

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KAYSERİ İL MERKEZİNDE SEÇİLMİŞ KENT TİPİ BİR
SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE ÖZÜRLÜLÜK SIKLIĞI
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tezi Hazırlayan
Seher ALIÇ

Tezi Yöneten
Yrd.Doç.Dr.İskender GÜN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Haziran 2007
KAYSERİ

T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KAYSERİ İL MERKEZİNDE SEÇİLMİŞ KENT TİPİ BİR
SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE ÖZÜRLÜLÜK SIKLIĞI
VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Tezi Hazırlayan
Seher ALIÇ

Tezi Yöneten
Yrd.Doç.Dr.İskender GÜN

Halk Sağlığı Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Haziran 2007
KAYSERİ

Yrd. Doç. Dr. İskender GÜN danışmanlığında **Seher ALIÇ** tarafından hazırlanan “**Kayseri İl Merkezinde Seçilmiş Kent Tipi Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Özürlülük Sıklığı ve Etkileyen Faktörler**” konulu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalı’nda **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

08 / 06 /2007

JÜRİ :

İmza

Üye : Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

Üye : Prof. Dr. Hüseyin DEMİR

Üye : Yard. Doç. Dr. İskender GÜN (DANIŞMAN)

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulununtarih ve sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Meral AŞÇIOĞLU

TEŐEKKÖR

Bu araştırmanın planlanması, yürütölmesi ve yazımı aŐamalarında katkı ve desteğini esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı BaŐkanı Prof.Dr.Yusuf ÖZTÖRK'e, tez danıŐmanım Yrd.Doç.Dr.İskender GÖN'e ve Anabilim dalındaki diğer öğretim üyelerine, araştırmanın tüm aŐamalarında bana sonuna kadar destek olan aileme, iş ve yakın arkadaŐlarıma teŐekkörü bir borę bilirim.

KAYSERİ İL MERKEZİNDE SEÇİLMİŞ KENT TİPİ BİR SAĞLIK OCAĞI BÖLGESİNDE ÖZÜRLÜLÜK SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ÖZET

Bu araştırma, kent tipi bir sağlık ocağı bölgesinde özürllülük sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı. Özürllülüğü tanımlamak amacıyla DSÖ özürllülük sınıflaması kullanıldı. Bölgenin sosyoekonomik durumu gözetilerek, tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 406 hanede 1647 kişiye bu sınıflamaya göre özürllülük değerlendirmesi yapıldı.

Araştırmada bölgedeki özürllülük sıklığı % 11.5 olarak bulundu. Özürllülük sıklığı kadınlarda (%57.7) erkeklere (%42.3) göre anlamlı ölçüde yüksekti.. Özürllü bireylerin yaş ortalaması 51.9 ± 17.8 bulundu. 65 ve üzeri yaş grubunda özürllülük sıklığı en fazlaydı (%48.5). Özürllü bireylerin % 21.2'si okur-yazar değildi ve % 3.7'si herhangi bir sosyal güvenceye sahip değildi.

Özürllü bireylerin % 66.1'inde kronik iç organ bozuklukları, % 37.6'sında kas-iskelet sistemi bozuklukları, % 8.5'inde göz ve görme ile ilgili bozukluklar, % 8.5'inde lisan ve konuşma bozuklukları, %7.9'unda psikolojik bozukluklar, % 7.4 'ünde ise öğrenme bozukluğu saptandı.

Özürllü bireylerin %11.1'inin özürlü doğuştan, %88.9'unun özürlü ise sonradan meydana gelmişti. Sonradan meydana gelen özürlülerin nedenleri arasında ilk sırayı kronik hastalıklar, doğuştan özürlü nedenleri arasında ise genetik veya kalıtsal bozukluklar almaktaydı.

Özürllü bireylerin % 3.2'sinin özürlüne yönelik olarak tedavi görmediği, % 90.5'inin rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmadığı ve % 88.4'ünün özürlüne yönelik alet yada cihaz kullanmadığı, % 18'inin günlük yaşam aktivitelerinde tamamen bağımsız olmadığı saptandı.

Anahtar kelimeler: Özürllülük, sıklık, etkileyen faktörler

**DISABILITY PREVALENCE AND AFFECTING FACTORS IN A SELECTED
URBAN HEALTH CENTER AREA IN KAYSERİ**

ABSTRACT

This research was carried out to define the disability prevalence and affecting factors in a urban health center area. The disability classification of WHO was used to define the disability. With taking in to consideration of socioeconomic status of region 1647 people in 406 houses were selected with clustering sampling method according to this classification.

Disability prevalence at the region was found as 11.5 % in this research. Disability prevalence in the women (57.7 %) was significantly higher than men (42.3 %). Mean age of disabled people were 51.9 ± 17.8 . Disability prevalences were highest in 65 and over age group (% 48.5). 21.2 percent of the disabled people were ineducated and 4.9 percent of them didn't have any social security.

In the study group 66.1 % of the disabled individuals had chronic visceral organ disorders, 37.6 % had musculo-skeletal system disorders, 8.5 % had eye and vision problems, 8.5 % had language and speech problems, 7.9 % had psychological disorders and 7.4 % of them had intellectual disorders.

11.1 % of disabled individuals' disabilities were congenital, 88.9 % of disabilities occurred after birth. First of the disability causes which occurred after birth was found as chronic diseases, the first inborn disability cause was found as genetics or hereditary disorders.

It is defined that 3.2 % of the disabled individuals didn't take any suitable medical treatment for their disability, 90.5 % didn't use rehabilitation services, 88.4 % didn't use any device or equipment and 18.0 % were not completely independent in daily living activities.

Key words: Disability, prevalence, affecting factors

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. TANIMLAR	5
2.1.1. Uluslararası ve Ulusal Örgütler Tarafından Yapılan Özürlü Tanımları	7
2.2. ÖZÜRLÜLÜĞÜN SINIFLANDIRILMASI	8
2.2.1. ICIDH.....	8
2.2.1.1. ICIDH'nin Amacı.....	11
2.2.1.2. ICIDH'nin Uygulamaları	11
2.2.1.3. ICIDH'nin Özellikleri	11
2.2.2. ICF	12
2.2.3. DSÖ'nün Saha Çalışmaları İçin Önerdiği Kısa Özürlülük Listesi	12
2.3. ÖZÜRLÜLÜK SIKLIĞI	13
2.3.1. Dünya'da Özürlülük Sıklığı	13
2.3.2. Türkiye'de Özürlülük Sıklığı	14
2.4. ÖZÜRLÜLÜĞE YOL AÇAN FAKTÖRLER.....	18
2.4.1. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlamasındaki Aksaklıklar	20
2.4.2. Akraba Evlilikleri.....	21
2.4.3. Kazalar	22
2.4.3.1. Trafik Kazası.....	23
2.4.3.2. İş Kazası.....	23
2.4.4. Mental Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar	25
2.4.5. Beslenme Bozuklukları	26
2.4.6. Yaşlılık ve Kronik Hastalıklar.....	26

	<u>Sayfa No</u>
2.5. ÖZÜRLÜLÜKTEN VE SAKATLIKLARDAN KORUNMA	28
2.6. REHABİLİTASYON	30
2.6.1. Tıbbi Rehabilitasyon	31
2.6.2. Mesleki Rehabilitasyon	32
2.6.3. Sosyal Rehabilitasyon	33
2.6.4. Toplum Temelli Rehabilitasyon	33
2.7. ÖZÜRLÜLERİN İSTİHDAMI VE TÜRKİYE'DEKİ DURUM	35
2.8. ÖZÜRLÜ HAKLARI VE İLGİLİ MEVZUAT	38
2.8.1. Uluslararası Belgelerde Özürlü Hakları	38
2.8.2. Türkiye'de Özürlü Hakları ve İlgili Mevzuat	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM	46
4. BULGULAR	48
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	69
6. KAYNAKLAR	86
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa no</u>
Tablo 2.1. Çeşitli Ülkelerde Yapılan Özürlülük Sıklığı Çalışmaları	15
Tablo 2.2. Türkiye’de Özürlü Çocukların Dağılımı.....	16
Tablo 2.3. Ülkemizde Yapılan Özürlülük Sıklığı Çalışmaları.....	17
Tablo 2.4. 2004 Yılı Sonu İtibariyle İş Arayan, İşe Yerleştirilen ve Sıra Bekleyen Özürlülerin Durumu.....	37
Tablo 4.1. Araştırmaya Alınanların Bazı Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	49
Tablo 4.2. Araştırma Grubunun Ev ve Gelir Durumuna Göre Dağılımı.....	50
Tablo 4.3. Anne- Babası Arasında Akriba Evliliği Olanların Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı	51
Tablo 4.4. Araştırmaya Alınan Bireylerin Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Dağılımı	51
Tablo 4.5. Araştırma Grubunun Eğitim Durumu ve Cinsiyete Göre Dağılımı	52
Tablo 4.6. Araştırma Grubunun Meslek Ve Cinsiyete Göre Dağılımı.....	52
Tablo 4.7. Araştırmaya Alınan Bireylerin Özürlülük Durumuna Göre Dağılımı	53
Tablo 4.8. Araştırmaya Alınan Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Özürlülük Durumlarının Dağılımı	54
Tablo 4.9. Araştırmaya Alınanların Cinsiyete Göre Özürlülük Durumlarının Dağılımı	55
Tablo 4.10. Araştırma Grubundaki Bireylerin Sosyal Güvenlik Durumlarına Göre Özürlülük Durumlarının Dağılımı	55
Tablo 4.11. Araştırmaya Alınanların Medeni Durumlarına Göre Özürlülük Durumlarının Dağılımı	56
Tablo 4.12. Araştırma Grubunun Eğitim Durumuna Göre Özürlülük Durumlarının Dağılımı	57
Tablo 4.13. Araştırmaya Alınanların Mesleklere Göre Özürlülük Durumlarının Dağılımı	58
Tablo 4.14. Araştırma Grubundaki Bireylerin Gelir Düzeylerine Göre Özürlülük Durumunun Dağılımı.....	59
Tablo 4.15. Araştırmaya Alınanların Akrabalık Durumuna Göre Özürlülük Durumlarının Dağılımı	59
Tablo 4.16. Araştırmaya Alınan Grupta Aralarında Akrabalık Olanların Akrabalık Derecelerine Göre Özur Durumlarının Dağılımı	60
Tablo 4.17. Akrabalık Durumuna Göre Özrün Ortaya Çıkış Zamanı	60
Tablo 4.18. Araştırmada Saptanan Özürlü Bireylerin Özur Türlerine Göre Dağılımı.....	61
Tablo 4.19. Yaş Gruplarına Göre Özur Türlerinin Dağılımı.....	62
Tablo 4.20. Cinsiyete Göre Özur Türlerinin Dağılımı	63
Tablo 4.21. Araştırmada Tespit Edilen Özur Türlerinin Dağılımı	64
Tablo 4.22. Araştırmada Tespit Edilen Özürlü Bireylerin Özurlerinin Ortaya Çıkış Zamanına Göre Dağılımı	65

	<u>Sayfa no</u>
Tablo 4.23. Araştırmada Tespit Edilen Sonradan Ortaya çıkan zrlerin Nedenlerine Göre Dağılımları	66
Tablo 4.24. Araştırmada Tespit Edilen zrl Bireylerin zrlarına İlişkin çeşitli zelliklerinin Dağılımları	67
Tablo 4.25. Araştırmada Tespit Edilen zr Türlerinin Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumuna Göre Dağılımları	68

KISALTMALAR

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ILO	: Uluslar arası Çalışma Örgütü
BM	: Birleşmiş Milletler
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ICIDH	: Bozukluk, Yetiyitimi ve Engelliliğin Uluslar arası Sınıflaması
ICF	: İşlevsellik, Yetiyitimi ve Engelliliğin Uluslar arası Sınıflaması
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
UNICEF	: Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
TTR	: Toplum Temelli Rehabilitasyon
KVS	: Kardiyovasküler Sistem
SVO	: Serebrovasküler Olay
CP	: Serebral Palsi
DKÇ	: Doğumsal Kalça Çıkığı
GYA	: Günlük Yaşam Aktivitesi
GİS	: Gastrointestinal Sistem

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıklı yaşam kavramı, tüm toplumlar için olabilecek en üst sağlık düzeyinin sağlanmasını gerektirir. Dünya Sağlık Örgütü'nün esas sosyal hedefi; tüm insanların mümkün olan en yüksek sağlık seviyesine ulaştırılmaları, en azından, yaşadıkları toplumun sosyal yaşantısında faal olarak yer alabilmeleri ve üretken çalışmalarına izin verecek sağlık seviyesine sahip olmalarıdır

DSÖ'nün tanımına göre sağlık, yalnızca bedensel rahatsızlık ve hastalığın olmayışı değil, aynı zamanda ruhsal, zihinsel ve toplumsal yönlerden de tam bir iyilik halidir. Tam iyilik halinin ortadan kalkmasıyla sağlık durumu bozulan kişiye erken dönemde etkili tedavi yapılmadığı takdirde, kişi özürlü ya da engelli olarak karşımıza çıkacaktır. Rogers bu durumu “Sağlık Durumu Cetveli“ ile açıklamış ve optimum sağlık olarak adlandırmıştır. Buna göre “sağlıklılık” tan “sağlıksızlık” durumuna kadar geçen aşamalar; optimum sağlık, suboptimum sağlık, belirgin hastalık yada sakatlık, yaklaşan ölüm ve son olarak ölüm olarak tanımlanmıştır ve optimum sağlığın nadiren uzun süre korunabildiği belirtilmiştir.

İnsan, yaşamının her döneminde hastalık- özürlülük durumu ile karşı karşıyadır. Özürlülük tarih boyunca toplumların önemli bir sorunu olarak varlığını sürdürmüştür ve teknolojinin gelişimi, sağlık ve insan tanımlamalarındaki genişleme ve insan haklarının gündeme gelmesiyle son yüzyılda üzerinde durulan ve önlemler alınan bir konu haline gelmiştir.

Yüzyıllardan beri toplumda varolan sakatlık sorunu insanlık tarihi kadar eskidir. Ancak bu sorunun ortadan kaldırılmasına yönelik çabaların hiç birisi sakatlığı ortadan kaldıramamıştır. Savaşlar, terör olayları, depremler, yangın, su baskını gibi doğal afetler, toprak, bina çökmeleri, heyelanlar, trafik kazaları, deniz kazaları, ev kazaları, iş kazaları, yangınlar, ilaç, uyuşturucu madde, besin ve kimyasal madde zehirlenmeleri, yaralanmalar, çarpmalar ve uygarlığın beraberinde getirdiği sayısız birçok nedenin, özellikle gelişmekte olan ülkelerde özürllülerin sayısını hızla arttırdığı bilinmektedir. Sağlık hizmetlerinin yeterince gelişmemiş olduğu ülkelerde, yukarıda belirtilen nedenlere ek olarak doğum öncesi ve doğumdan kaynaklanan sakatlıklar da eklendiğinde, sakatlığın mevcudiyetinin önemli boyutlarda olduğu görülmektedir.

Gelecekte özürllü insan sayısı azalmayacak aksine artacaktır. Bu durum yalnızca özürllüler ve aileleri için değil; buldukları toplum içinde ekonomik, sosyal, fiziksel ve psikolojik olarak ciddi sorunlar oluştururlar. Giderek artan nüfusla birlikte, beklenen yaşam süresindeki artış, yaşlı nüfusun artması anlamına gelmektedir. Doğum hızındaki azalma ve kronik hastalıkların tedavisinde kaydedilen gelişmeler ile birlikte nüfustaki bu artış toplumun demografik özelliklerinde önemli değişikliklere neden olmuştur. Nüfusun yaşlanması demek potansiyel olarak özürllü sayısının artması demektir. Özürllülüğe neden olan pek çok kronik hastalığın prevalansı yaşla birlikte artmaktadır. Kardiyovasküler sistem hastalıkları, kanser ve inme tedavisindeki gelişmeler ile bu hastalıklar tam olarak iyileşme ile sonuçlanmasalar da yaşam süresi uzamıştır. Kronik pulmoner hastalık, alzheimer, parkinson, duyu ve görme bozuklukları gibi yaşlılarda sık görülen hastalıklar bireyin yetisinde belirgin azalmalara neden olmaktadır. Yaşam süresinin uzaması ile daha da sık görülür olacaklardır. Ayrıca mortalite istatistiklerinde yer almayan fakat önlenemeyen alzheimer, parkinson, osteoporoz ve osteoartrit gibi hastalıklar ölüme neden olmasalar da ciddi özürllülüğe neden olurlar.

Özürllü oranını arttıran bir diğer faktör paradoksal gibi görünse de tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelerdir. Bunların sayesinde hastalıktan kurtulan kişi karşımıza özürllü olarak çıkabilmektedir.

Kişilerin sağlığını etkileyen en önemli faktörlerden biri olan çevre koşulları da günümüzde giderek bozulmaktadır. Su, hava ve gıdaların kirlenmesi ve zararlı atıklar, artan trafik kazaları, yaşam biçimi ve beslenme alışkanlıklarımızdaki değişiklikler, tütün kullanımındaki artış giderek büyüyen bir özürllü nüfusu karşımıza çıkaracaktır.

Özörlölere yardım için alınacak önlemler ve uygulanacak tedavilerde öncelikleri saptayabilmek için özörlü sayısı, özörlölük türü ve nedenleri konusunda yeterli bilimsel verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bilgilere ancak tüm nüfusu kapsayacak etkili bir kayıt sisteminin kurulmasıyla ya da geniş çaplı epidemiyolojik çalışmalarla ulaşılabilir.

Bu araştırmanın amacı;

1. Seçilmiş bir Sağlık Ocağı Bölgesi'nde, bölgeyi temsil eden bir örnekte tüm yaş gruplarında özörlölük sıklığını belirlemek.
2. Bölgede görölen özür türlerini, nedenlerini ve her bir özür türünün tüm özörlöler içerisindeki yerini tespit etmek.
3. Özörlölüğün bazı sosyoekonomik, kültürel ve demografik değişkenlerle ilişkilerini incelemek.
4. Özörlü bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık ve özre yönelik alet ya da cihaz kullanma durumlarını, ne ölçüde tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlandıklarını değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

İnsan sağlığı ve hastalıkları ile ilgili bilim dalları üç büyük gruba ayrılabilir (1):

1. Temel tıp bilimleri (anatomi, fizyoloji, biyokimya, patoloji gibi) ,
2. Klinik tıp bilimleri (dahiliye, cerrahi, pediatri, kadın hastalıkları-doğum ve diğer klinik bilimler) ,
3. Toplum tıp bilimleri (bu gruba bazı kaynaklarda halk sağlığı, toplum hekimliği, koruyucu tıp, sosyal tıp gibi adlarda verilmektedir).

Toplum tıp bilimlerinin amacı insan topluluklarının, toplumdaki çeşitli grupların sağlık düzeyini, hastalıklarını ve bunların çözüm yollarını belirlemektir (1).

Amerikalı hekim Charles Edward Amory Winslow 1923 yılında halk sağlığını şu şekilde tanımlamıştır: “Halk sağlığı, organize olmuş toplum faaliyetleri aracılığı ile çevreyi insan sağlığı için olumlu hale getirerek, bulaşıcı hastalıkları kontrol ederek, kişisel temizlik için bireyleri eğiterek, hastalıkların erken tanı ve koruyucu tedavisi için tıp ve hemşirelik hizmetlerini organize ederek ve herkesin sağlığını uygun bir yaşam tarzı biçiminde geliştirerek sürdürülmesini sağlamak ve böylece her bireyin sağlık ve yaşamını uzatmasının doğuştan bir hak olduğunu anlayabilmesi için, bu yararları organize ederek yaşamın uzatılmasını ve sağlık ile verimliliğin artırılmasını ve hastalığın önlenmesini sağlayan bir bilim ve sanattır”(2).

Sağlık hizmetleri planlanırken toplumun tüm sağlık gereksinimleri dikkate alınmalıdır. Bu bakımdan planlamada en önemli bilim dallarından biri “Epidemiyoloji”dir. Epidemiyoloji, hem klinik hem de toplum tıp bilimlerinde hastalıkların/sağlık sorunlarının dağılımı (tanımlayıcı epidemiyoloji), nedenleri (analitik epidemiyoloji) ile bunların teşhis, tedavi ve önlenmesi için (deneysel epidemiyoloji) uygun yöntemleri belirlemeye yarayan araştırma tekniklerini öğreten bir bilim dalıdır (1).

Epidemiyolog Moris epidemiyolojinin kullanım alanlarını 7 büyük grupta toplamıştır. Bunlar aşağıda belirtilmiştir (3):

1. Sağlık sorunlarının zaman süresi içinde gösterdiği değişimin incelenmesi,
2. Toplumsal tanı,
3. Bir hastalığın klinik tablosunun tam olarak belirlenmesi,
4. Kişilerin sağlık sorunları ile karşılaşma risklerinin ve prognozlarının tahmini,
5. Sendromların belirlenmesi,
6. Hastalık ve sağlık sorunlarının nedenlerinin araştırılması,
7. Sağlık hizmeti sunan kişi-kurum araç/gereçlerin ve hizmetten yararlananların çeşitli özelliklerinin değerlendirilmesi.

2.1. TANIMLAR

Özürlü kavramı ve tanımı konusunda bir kavram kargaşası görülmektedir. Genel toplumda sakat, özürlü ve engelli terimleri aynı amaçla kullanılmaktadır. Özürlü kavramı bazen sakat, engelli, yetersiz gibi sözcüklerle de ifade edilmektedir. Toplumumuzda, özellikle sakat kelimesine karşı yoğunlaşan olumsuz tepkilerden dolayı, hangisinin tercih edilmesi gerekeceği konusunda bir araştırma yapılmış ve özürlü terimi daha fazla taraftar bulmuştur. Hatta konu, Türkiye Sakatlar Konfederasyonu’na ele alınarak, isim değişikliği tartışılmıştır. Ancak Anayasamızda ve birçok mevzuat metninde, kanun, tüzük ve yönetmelikte “sakat”ve “sakatlık” kavramı kullanılmaktadır (4).

Sözlüğe göre “özürlü” kelimesi; bir şeyin düşük ve işe yaramaz kısmı; fena ve faydasız şey; bozuk ya da yanlış anlamına gelmektedir (5). Kavram ‘birey’ açısından ele alındığında özürlü, insanlarla bulunabilen fiziksel ya da düşünsel kaynaklı her türlü eksiklik veya bozukluk şeklinde ifade edilmektedir. Buna bağlı olarak, fiziksel yada

düşünsel kaynaklı her türlü eksiklik ya da bozukluğu olan bireye ‘özürlü’denmektedir (6).

Halk Sağlığı Sözlüğü’nde bu konudaki kavramlar şöyle yer almaktadır (7).

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

İş göremezlik (disability, disablement, incapacity): Kişide bulunan sakatlığın bireyin bedensel ya da düşünsel işlevlerini yeterli ve gereğinde sürdürebilmesini engellediği durum. Örneğin; kol, bacak kırıkları, felç gibi durumlar bireyin işlevlerini kısıtlar yada tümüyle engeller. Bu durum, bireyi işini yapamayacak duruma getirir ise “engelli kişi”den söz edilir.

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

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

Süresiz iş görmezlik (temporary disablement): Kol-bacak kırığı, diş ağrısı, ayak incinmesi, üzüntü gibi geçici bir süre iş görmezliğe neden olan sakatlıktır.

Tam iş göremezlik(total disablement, total disability, full disability): Bir kişinin mesleği gereği yapması gereken işleri tümüyle engelleyen sakatlık. Bireyin bedensel yada düşünsel yeteneklerini tüm olarak ortadan kaldıran durum. Sakat birey böyle bir sakatlık nedeniyle iş bulup çalışabilmesini ve gelir sağlayabilmesinin engellenmesinin yanı sıra doğal ve toplumsal gereksinimlerini bile karşılayabilmede başkasının yardım ve bakımına bağımlı durumdadır.

Tam Sakatlık (invalidity): Bireyi giyinme, yemek yeme gibi alışılmış işleri yapamaz duruma getiren sakatlık.

2.1.1. Uluslararası ve Ulusal Örgütler Tarafından Yapılan Özürlü Tanımları

Özürlülerle ilgili bazı kavramlar ulusal ve uluslararası bazı kuruluşlarca şöyle tanımlanmıştır (8) :

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)

Haziran 1983 tarih ve 159 sayılı “Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı” Sözleşmesi’nin 1. maddesine göre “sakat” terimi, kendisine uygun bir iş temini, bu işin muhafazası ve kendisinin işinde ilerleyebilme hususundaki beklentileri, kabul edilmiş fiziksel ve zihinsel bir özür sonucunda önemli ölçüde azalmış olan bir bireyi ifade eder.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); Hastalık sonuçlarına dayanan ve sağlık yönüne ağırlık veren bir tanımlama ve sınıflandırma yapılmış, sakatlık için şu üç ayrı kategoride tanım geliştirilmiştir.

Yetersizlik (İmpairment): Sağlık bakımından psikolojik, fizyolojik ve anatomik (fiziksel) yapı ve fonksiyonlardaki eksikliği ve anormalliği ifade eder.

Özürlülük (Disability): Bir aktiviteyi normal tarzda veya normal kabul edilen sınırlar içinde gerçekleştirmekteki kısıtlılık veya yetersizliktir.

Engellilik (Handicap): Bir yetersizlik veya özür nedeni ile yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden beklenen rollerin kısıtlanması veya yerine getirilememesi halidir.

Birleşmiş Milletler (BM); Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nun İnsan Hakları Evrensel Bildirgesine ek 3447 sayılı Sakat Kişilerin Hakları Bildirisi’nin 1. maddesine göre özürlü, “normal bir kişinin kişisel yada sosyal yaşantısında kendi kendine yapması gereken işleri, bedensel veya ruhsal yeteneklerindeki kalımsal yada sonradan olma herhangi bir noksanlık sonucu yapamayanlar sakattır” şeklinde tanımlanmaktadır.

Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu; Bu Kurula göre, “bedensel, zihinsel, duygusal ve sosyal özelliklerinde belirli bir oranda fonksiyon kaybına neden olan organ yokluğu veya bozukluğu sonucu normal yaşamın gereğine uymayacak düzeyde

özürlenmiş kişi “sakat”, ve onun özürlenme durumu “sakatlık”tır. Kurul, sakatlığı bedensel ve zihinsel özellikleri bakımından iki kategoriye ayırmaktadır.

2.2. ÖZÜRLÜLÜĞÜN SINIFLANDIRILMASI

Uluslararası düzeyde standardize edilmiş ve karşılaştırılabilir özürlülük verilerin elde edilmesine yönelik çalışmalarda önemli bir aşama WHO tarafından geliştirilen bir sınıflandırma sistemidir. Bu sınıflandırma sistemi ilk kez 1980 yılında International Classification Impairment, Disability and Handicap (ICIDH-1) adıyla geliştirilmiş, daha sonra International Classification Functioning and Disability (ICIDH-2) olarak yeniden düzenlenmiş ve son olarak da International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) olarak yayınlanmıştır. ICF standardize edilmiş kavramlar ve terminoloji ile özürlülükle ilgili verilerin toplanması ve sınıflanmasında genel bir kavramsal çerçeve sağlar. Genel bir kavramsal çerçevenin kullanılması, ulusal ve uluslararası düzeyde verilerin karşılaştırılabilmesi ve verilerin geniş kapsamlı kullanılabilmesi için önemli bir araçtır (9).

2.2.1. ICIDH

Araştırmalarda uygun sınıflamaların kullanılmaması özür, sakatlık yada engel kavramlarının birbirinin içine girmesi ve sınırlarının kesin olarak çizilememesi ve yine bu çalışmalarda ülkeler arasında sabit standartlar bulunmaması nedeniyle beklenen yarar elde edilememektedir. Örneğin 1985 Genel Nüfus Sayımı’nda “Görünür vücut sakatlığınız veya zihinsel, ruhsal bir sakatlığınız var mı?” sorusu ile belirleme yapılmaya çalışılmış ve varsa şöyle bir sınıflama kullanılmıştır: İki gözü kör, iki kulağı sağır, çolak, topal, kambur, kötürüm, zihinsel ve ruhsal özür (10).

Bazı çalışmalarda kişilere “Herhangi bir sakatlığınız var mı ?” şeklinde sorulmaktadır. Bu soruyu yanıtlayan halkın “özür” kavramı anlayışına göre sınıflamalar değişebilmektedir.

ICIDH özürlülük sürecinin tanımlanmasında kullanılan bir modeldir ve özürlülükle ilgili kavramları şöyle tanımlamış ve sınıflandırmıştır (11, 12).

Yetersizlik ya da Özürlülük: Kişinin fizyolojik, psikolojik, anatomik yapı yada işlevlerindeki herhangi bir eksiklik yada anormalliktir. Geçici yada kalıcı olabilir. Yetersizlik organ düzeyinde olan bir olaydır. Şu şekilde sınıflandırılır:

- a) Entellektüel (zeka, hafıza ve düşünce ile ilgili) bozukluklar
- b) Diğer psikolojik bozukluklar (epilepsiler, bilinç, algılama, dikkat vb.)
- c) Lisan ve konuşma bozuklukları (disfazi, disleksi, kekemelik vb.)
- d) İşitme bozuklukları (tam yada kısmi işitme kayıpları)
- e) Göz ve görme ile ilgili bozukluklar (körlük, nistagmus vb.)
- f) Visseral (iç organ) bozukluklar (dolaşım, solunum, boşaltım vb. sistemlerin uzun süreli hastalıkları)
- g) İskelet sistemi bozuklukları (felçler, ekstremitte kayıpları, kırık, çıkıklar vb.)
- h) Şekil, görünüm bozuklukları (yarım damak-dudak, toraks deformitesi, depigmentasyon vb.)
- i) Jeneralize, duyuşal ve diğer bozukluklar.

Sakatlık: Yetersizlik sonucu oluşan ve normal bir insanın başarı ile sonuçlandırabileceği herhangi bir aktiviteyi gerçekleştirmede ortaya çıkan bir eksiklik veya sınırlamadır. Geçici yada kalıcı, geriye dönüşü olan (reversibl) yada olmayan (irreversibl), ilerleyici (progressive) yada gerileyici (regressive) olabilir. Sakatlık kişi düzeyindedir. Şöyle sınıflandırılır:

a) Davranış sakatlıkları: Olumlu sosyal tepki gösterememe aile içindeki rolünü üstlenememe, çalışma hayatıyla ilgili görev ve sorumlulukları yerine getirememeye gibi sakatlıklar bu gruba girmektedir.

b) İletişim sakatlıkları: Konuşma, dinleme, görme, yazabilme gibi yeteneklerindeki bozukluk nedeniyle iletişim kuramama durumları bu gruba alınmıştır.

c) Kişisel bakımla ilgili sakatlıklar: Kişinin boşaltım ve beslenme gibi temel fizyolojik gereksiniminde, kendine bakabilme yeteneğindeki eksikliklerdir.

d) Hareket ile ilgili sakatlıklar: Kişinin hareket etme yeteneğini yitirmesi durumudur.

e) Vücut pozisyon bozuklukları sonucu oluşan bozukluklar: Vücut kısımlarının kullanılmasıyla gerçekleştirilen bazı aktiviteleri yapabilme yeteneğinde azalmalardır. (Alışveriş yapamama, sebze ayıklayamama, pişirememeye, yıkayamama gibi)

f) Beceri ve hünlerle ilgili sakatlıklar: Kilidi açıp-kapayabilme, telefonda numarayı çevirebilme gibi işlev kayıpları bu gruba girer.

g) Tolerans azlığı, mekanik gereçlere bağımlılık gibi kişinin içinde bulunduğu durumla ilgili sakatlıklar: Hayatını devam ettirebilmek için özel cihaz yada işlemlere (dializ, peacemaker, respiratör, protez gibi) gereksinim gösteren kimseler.

h) Özel becerilerle ilgili sakatlıklar: Özellikle mesleki rehabilitasyon için yapılacak değerlendirme çalışmalarında, ortaya çıkabilecek özel beceri eksiklikleri bu bölüme konabilir.

i) Diğer sakatlıklar.

Engellilik: Yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel etmenlere bağlı olarak özürülük ve sakatlık sonucu oluşan, o birey için normal olan bir işlevin yerine getirilememesi, tamamlanamaması yada eksik kalmasıdır. Eksik kalan işlev bir aktivite ile sınırlı olmayıp yaşantıyı oluşturan rollerden biridir. Engellik toplum düzeyindedir ve sakatlık sonucu kişinin toplum içindeki rolünü gerçekleştirememesidir. Bir başka deyişle, yetersizliğin ya da sakatlığın sosyal hayata yansımalarıdır. Şöyle sınıflandırılır:

- a) Oryantasyonla ilgili engellilikler.
- b) Fizik bağımlılık yaratan engellilikler.
- c) Hareketle ilgili engellilikler.
- d) Sosyal durum ve entegrasyonla ilgili engellilikler.
- e) Çalışma yada iş hayatı ile ilgili engellilikler.
- f) Ekonomik yeterliliği önleyen engellilikler.
- g) Diğerleri.

Pek çok araştırmada DSÖ'nün ICIDH sınıflaması kullanılmıştır. 1993'te bu sınıflamaya bazı ufak eklemeler yapılmışsa da asıl büyük değişiklik 1999 yılında gerçekleştirilmiştir ve aynı yıl DSÖ ICIDH-2 sınıflamasını yayınlamıştır (13, 14) 14-18 Kasım 2000'de ise ICIDH-2'nin yeniden gözden geçirilmesi için toplanılmıştır (15).

ICIDH-2 fonksiyon görme ve özürülüğün uluslararası bir sınıflamasıdır. Sağlık ile ilgili fonksiyonel durumları sistematik olarak sınıflandırılır. Bu sınıflandırmanın amacı sağlığın önemli bir bileşeni olarak bireyin fonksiyon görme ve özürülüğün standart bir dil ve çerçeve içerisinde değerlendirilebilmesidir. Fonksiyonel durumdaki herhangi bir bozukluğu vücut, birey ve toplum bazında değerlendirmektedir. Fonksiyon görme ve özürülük 3 boyutu kapsar (14):

1. Vücut Fonksiyonları ve yapısı
2. Birey seviyesindeki aktiviteler

3. Topluma katılma

2.2.1.1. ICIDH'nin Amacı

Bu sınıflandırma değişik disiplinler ve bölümler tarafından kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Amaçlar şöyle sıralanabilir (14):

- Sağlık ile ilgili fonksiyonel durumların daha iyi anlaşılabilmesi ve üzerinde çalışılabilmesi için bilimsel bir baz oluşturmak.
- Sağlık çalışanları, diğer sektörler ve özürlü bireyler arasındaki iletişimi sağlamak üzere sağlık durumları ile ilgili olarak ortak bir dil oluşturmak.
- Çalışmalardan elde edilen bilgilerin ülkeler, sağlık disiplinleri ve servisleri ve zaman açısından kıyaslanmasını sağlamak.
- Sağlık enformasyon sistemleri için bir kodlama sistemi oluşturmak.

Tüm bu amaçlar birbirleri ile bağlantılıdır.

2.2.1.2. ICIDH'nin Uygulamaları

1980 yılında ilk tanımlandığından beri ICIDH pek çok amaca yönelik olarak kullanılmıştır (14);

- İstatistik aracı olarak, bilginin toplanması ve kaydedilmesi
- Araştırma aracı olarak, sonuçların ölçülmesi, hayat kalitesi yada çevresel faktörlerin etkisinin araştırılması
- Klinik bir araç olarak, ihtiyaçların belirlenmesi, spesifik durumlarla tedavilerin eşleştirilmesi, rehabilitasyon ve sonuçların değerlendirilmesi
- Sosyal politika aracı olarak, sosyal güvenliğin planlanması, politikaların belirlenmesi ve işletilmesi
- Eğitim aracı olarak

2.2.1.3. ICIDH'nin Özellikleri

ICIDH-2 insanın fonksiyon görmesinin ve özürülüğünün tüm yönlerini kapsamaktadır. ICIDH sağlık durumu ile ilgili fonksiyonel durumları ele alır ancak sağlık ile ilgili olmayan örneğin sosyoekonomik faktörlerle ilgili olanları ele almaz. Örneğin bireylerin cins, ırk, din nedeni ile ilgili kısıtlamaları varsa bunları ele almaz (16).

2.2.2. ICF

ICF disiplinler arası standart dilin oluşturulmasını hedefleyen, çok amaçlı bir sınıflandırma sistemidir (17).

ICF, İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması olup, ICIDH, Bozukluklar, Yeti yitimi ve Engellilerin Uluslararası Sınıflandırması'nın düzeltilmiş baskısıdır. ICF, beş yıllık süre boyunca sistematik alan çalışmaları ve uluslar arası bilgi alışverişinden sonra geliştirilmiş, 22 Mayıs 2001 tarihinde 54. Dünya Sağlık Toplantısı'nda uluslar arası kullanım için onaylanmıştır. ICF, bir insan için herhangi bir sağlık koşulunda, farklı alanları sistematik bir biçimde gruplandırır. İşlevsellik, tüm vücut işlevlerini, etkinlikleri ve kişinin katılımını kapsayan geniş bir terimdir. Benzer şekilde, yeti yitimi işlev veya yapı bozuklukları, etkinlik sınırlılıkları veya tüm bu yapılarla etkileşimi olan çevresel etmenler de sıralanmıştır (18).

ICF; DSÖ tarafından sağlık durumuna göre fonksiyonel durumun araştırıldığı çalışmalara bilimsel temel oluşturmak, sağlıkla ilgilenen profesyoneller, diğer ilgili sektörler ve özürlü bireyler arasında iletişimi artıracak standart dili oluşturmak, ülkelerdeki sağlık sistemi ve hizmetlerinin değerlendirmesini sağlamak, sağlık bilgi sistemi için sistematik bir kodlama oluşturmak amaçları ile geliştirilmiştir (17).

ICF; özürlülüğün sınıflandırılmasında kişinin bedensel, zihinsel, ruhsal, işitsel ve duysal azalması ve kaybedilmesi; kişinin aktivitelerinin ve katılımının sınırlanması; kişisel ve çevresel faktörleri de içine alan çok boyutlu bir değerlendirme sistemidir (17).

2.2.3. DSÖ'nün Saha Çalışmaları İçin Önerdiği Kısa Özürlülük Listesi

DSÖ saha çalışmalarında kullanmak üzere özürleri içeren kısa listeler önermektedir. Önerilen liste aşağıdaki gibidir (19):

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

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

2.3. ÖZÜRLÜLÜK SIKLIĞI

2.3.1. Dünya’da Özürlülük Sıklığı

Dünyada yaşayan sakatların sayısını kesin olarak belirlemek olanaksızdır (20). Son yıllarda engelliğin sıklığında ve nedenlerinde değişimler olduğu görülmektedir. Genel anlamda engelliliğin sıklığı, dünya çapında % 5.2 ile % 18.2 arasında değişmektedir (21).

DSÖ’nün verilerine göre dünya nüfusunun % 10 kadarı özürdür. Elde edilen ilk veriler gelişmekte olan ülkelerde yaşayan sakatların %1.5’inin rehabilitasyon aldığını göstermiştir. Oysa tahminlere göre bu ülkelerde 40 milyon sakat insan rehabilitasyon hizmeti beklemektedir (22). Gelişmekte olan ülkelerde yapılmış değişik çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, bu ülkelerdeki özür oranı %7-10 arasındadır ve bu oranın gelişmiş ülkelere az olduğu görülmektedir. Bunun yanında gelişmekte olan ülkelerdeki özürünün yaşam süresi daha kısadır. Bu ülkelerde çok sayıda çocuk özür olarak ortaya çıkar ve bu çocukların yaşam süreleri ortalama 20 yıldır, benzer olarak yaşlı bireyler özür olduktan sonra imkansızlıklar nedeniyle çok fazla yaşayamamaktadır. Sonuç olarak gelişmekte olan ülkelerdeki özür sıklığı

endüstrileşmiş ülkelerdekinden daha azdır. Buna karşın, endüstrileşmiş ülkeler, bu özürllüleri nasıl rehabilite edecekleri konusunda daha deneyimlidir (23).

ABD’de 1992’de yapılan tespitlerde 37.7 milyon kişinin başka bir deyişle, bu ülkede yaşayanların %15’inin yaşam aktivitelerinde bir kısıtlılık ile birlikte yaşadığı tespit edilmiştir (24). Yine ABD’de 1994’de 15 yaş ve üstü bireylerde yapılan bir araştırmada özürllülük sıklığı %15.0 olarak tespit edilmiştir (25).

Kansas’ta yapılmış bir çalışmada, ebeveynlerinde sakatlık bulunmayan ailelerin sahip olduğu çocuklardan, özel bir merkezde tedaviye ihtiyacı olanların sıklığı %9.8, konuşma yada fiziksel aktivite sınırlanması olanların sıklığı %6.9 olarak tespit edilmiştir (26).

İngiltere’de genel nüfusun % 14.2’sinin (6 milyon) engelli olduğu ve bunların da % 70’ini 60 ve üzeri yaştakilerin oluşturduğu görülmektedir. Çocuklarda engellilik nedeni daha çok genetik ve doğumsal hastalıklar iken yaşlılarda temel nedenler kas-iskelet hastalıkları, kalp damar hastalıkları ve nörolojik hastalıklardır (27).

İngiltere’de nüfus sayımları sırasında yapılan tespitlere göre, 16 yaş ve üstünde sakatlığı olanların sıklığı %13.5 olarak tespit edilmiştir (12).

Çeşitli ülkelerde yapılmış çalışmalarda elde edilen özürllülük sıklıkları Tablo 2.1’de görülmektedir (28, 29).

2.3.2. Türkiye’de Özürllülük Sıklığı

Türkiye’de 1985 Nüfus Sayımına göre özürllü nüfus 695 071 kişi ile (%1.4) DSÖ’nün 4.5 milyon olarak belirlenen tahminlerin çok altında kalmıştır. Bunun başlıca nedeni her ülkenin özürllüleri saptamasında kendi modelini geliştirmiş olmasıdır (30).

Ülke nüfusunun %9’u konuşma, görme ve işitme bozukluklarından zihinsel gelişme eksikliği ve ortopedik sorunlara kadar uzanan çeşitli özürllülük durumlarına sahiptir. Toplam özürllü nüfusun %44’ü, 0-18 yaş grubundaki insanlardan oluşmaktadır. Özürllü çocukların yaşlara ve özürllülüklerine göre dağılımları Tablo 2.2’de görülmektedir (30).

Ülkemizde yapılan en kapsamlı çalışma, İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı’nın öncülüğünde başlatılan ve daha sonra Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara Üniversitesi tıp Fakültesi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi’ndeki Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dallarınca

aynı doğrultuda yürütülen araştırmadır (31, 32). Bu araştırma 1993 yılında sonuçlanmış ve sakatlık oranı %10.3 olarak tespit edilmiştir (33).

Ülkemizde özürlülük 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 2.1’de görölmektedir.

Tablo 2.1. Çeşitli Ülkelerde Yapılan Özürlülük Sıklığı Çalışmaları

Ülke Adı	Araştırma Yılı	Sakatlık Yüzdesi	Yaş Grubu
Tayland	1990	0.3	Tüm Yaşlar
Norveç	1991	33.0	Tüm Yaşlar
Brezilya	1991	0.9	Tüm Yaşlar
Uganda	1991	1.2	Tüm Yaşlar
Kanada	1991	6.6	Tüm Yaşlar
Bermuda	1991	7.6	Tüm Yaşlar
Uruguay	1992	16.0	Tüm Yaşlar
Kıbrıs	1992	4.0	Tüm Yaşlar
şili	1992	2.2	Tüm Yaşlar
Almanya	1992	8.4	Tüm Yaşlar
Cezayir	1992	1.2	Tüm Yaşlar
Avustralya	1993	18.0	Tüm Yaşlar
Sudan	1993	1.6	Tüm Yaşlar
Kolombiya	1993	1.8	Tüm Yaşlar
Umman	1993	1.0	Tüm Yaşlar
ABD	1994	15.0	Tüm Yaşlar
İtalya	1994	5.0	6 yaş ve üstü
Ürdün	1994	1.2	Tüm Yaşlar
Lübnan	1994	1.0	Tüm Yaşlar
Tunus	1994	1.2	Tüm Yaşlar

Tablo 2.1. 'in devamı

Ülke Adı	Araştırma Yılı	Sakatlık Yüzdesi	Yaş Grubu
Büyük Britanya	1994	15.0	15 yaş ve üstü
Yemen	1994	0.5	Tüm Yaşlar
Filipinler	1995	1.3	Tüm Yaşlar
Malta	1995	4.6	15 yaş ve üstü
Mısır	1996	4.4	Tüm Yaşlar
Yeni Zelanda	1996	20.0	Tüm Yaşlar

Tablo 2.2. Türkiye'de Özürlü Çocukların Dağılımı

Özür Grubu	%	Yaş Grupları			Toplam
		0-6	7-14	15-18	
Görme Özürlü	0.02	19.540	20.568	9.256	49.364
İşitme Özürlü	0.06	58.620	61.705	27.767	148.092
Konuşma Özürlü	3.5	341.948	359.945	161.976	863.869
Ortopedik Özürlü	1.4	136.779	143.978	64.790	345.547
Süreğen Hastalığı Olan	1	97.699	102.842	46.279	246.820
Eğitilebilir Zihinsel Özürlüler	2	195.399	205.683	92.557	493.639
Öğretilebilir Zihinsel Özürlüler	0.03	29.310	30.852	13.884	74.046
Toplam	9	879.295	925.393	416.519	2.221.377

Tablo 2.3. Ülkemizde Yapılan Özürlülük Sıklığı Çalışmaları

Araştırmanın Yapıldığı Yer	Yılı	Özürlü Prevalansı %
Ankara Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesi (34)	1986	6.2
Edirne İl Merkezi (35)	1989	2.28
Antalya İl Merkezi (36)	1990	4.5
İstanbul İkitelli-Atatürk Mahallesi (37)	1990	10.7
Silivri İlçe Merkezi (38)	1990	9
İstanbul Bezirgan Bahçe Mahallesi (39)	1990	11.3
İzmir-Bornova Kazım Dirlik Mahallesi (40)	1990	15.99
İstanbul Eski Bağlar Mahallesi (41)	1990	10.4
Ankara Park Sağlık Ocağı Bölgesi (42)	1991	9.98
Diyarbakır İl Merkezi (43)	1992	13.2
İstanbul İl Merkezi (44)	1998	9.7
Isparta İli (45)	2002	12.7
Aydın İl Merkezi (46)	2003	4.9
Türkiye Özürlüler Araştırması (47)	2002	12.29

Ülkemizde özürlüler konusunda bilgi ve veri eksikliğini gidermek amacıyla Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı işbirliği ile “2002 Türkiye Özürlüler Araştırması” 2002 yılı Aralık ayında gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada özürlülük sıklığı %12.29 olarak tespit edilmiştir. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürlülerin oranı %2.58 ve süregen hastalığa sahip olanların oranı %9.70’dir. Erkeklerde özürlülük sıklığı %11.10 ve kadınlarda %13.45’dir (47).

2.4. ÖZÜRLÜLÜĞE YOL AÇAN FAKTÖRLER

Bir raporda özürlülük durumlarının nedenleri arasında yetersiz beslenme (100 milyon kişi, bütün özürülülerin %20'si), kazalar/travma/savaşlar (78 milyon kişi, %15.6), bulaşıcı olmayan hastalıklar (100 milyon kişi, %20), bulaşıcı hastalıklar (56 milyon kişi, %11.2), doğuştan gelen hastalıklar (100 milyon kişi, %20) yer almaktadır (48).

Ülkelerde hükümet ve hükümet dışı örgütlerden gelen raporlara göre, en yaygın olarak görülen özürlülük nedenlerinin bir çoğu çocukluk döneminde oluşmaktadır: genetik hastalıklar, doğum öncesi bakım alınmaması ve doğumun sağlık kuruluşunda olmaması, doğum travmaları, doğuştan olma anomaliler, yetersiz konut koşulları, doğal afetler, öğrenim düzeyinin düşük olması, yetersiz hijyenik koşullar, yetersiz beslenme, trafik kazaları, iş kazaları, spor kazaları, bulaşıcı olmayan hastalıklar (kalp damar hastalıkları, kimyasal etmenler, beslenme ve yaşam tarzının değişimi vb.) yakın akraba evlilikleri, ev kazaları, solunum yolu hastalıkları, metabolik hastalıklar (şeker, böbrek hastalıkları vb.), uyuşturucu kullanımı, alkol kullanımı, sigara kullanımı, hipertansiyon, yaşlılık, çocuk felci, kızamık (48).

Özürlü İnsanlarla İlgili Dünya Eylem Programı, özürlülükle yoksulluk arasındaki ilişkiyi şöyle netleştirmektedir. “Yoksulluk içindeki insanların sakat ve özürlü olma riskleri büyükken, bunun tersi de doğrudur. Yoksul bir ailenin özürlü bir çocuğunun olması ailenin yoksulluğunu daha da artırmaktadır. Bu etmenler birbirlerini etkilemektedir”(48).

DSÖ tarafından hazırlanan bir rapora göre, silahlı çatışmalar ve siyasal şiddet, sakat kalma ve bedensel özürlülük gibi durumların başlıca nedenidir ve halen özürlü olarak yaşamlarını sürdüren 4 milyon çocuk da yine aynı nedenle bu hale gelmiştir. Tek başına Afganistan'da yaklaşık 100 bin çocukta savaşla ilgili özürler vardır ve bunların çoğuna kara mayınları yol açmıştır (48).

Özürlülüğe ya da sakatlığa yol açan nedenler aşağıda başlıklar halinde verilmiştir (49).

1. Doğum Öncesi ve Doğum Dönemi

- a) Doğumsal ve genetik bozukluklar(Kromozom anomalileri, doğumsal anomaliler, kalıtsal bozukluklar-nörofibromatozis, polikistik böbrek, fenilketonüri, Marfan Sendromu).
- 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 yada ateşli hastalık geçirme.
 - Doktor önerisi dışında ilaç kullanımı.
 - Annenin kötü ve yetersiz beslenmesi.
 - Annenin sigara, alkol yada 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

- a) İntrauterin enfeksiyonlar
- b) Perinatal enfeksiyonlar
- c) Postnatal enfeksiyonlar

3. Kazalar

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

4. Mental Bozukluklar

- Şizofreni
- Demans
- Epilepsi
- Mental retardasyon
- Alkol ve ilaç bağımlılığı

5. Beslenme Bozuklukları

- Malnütrisyonu bağlı mental retardasyon
- Kronik hastalıklar
- Körlük

6. Yaşlılık ve Kronik Hastalıklar

2.4.1. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlamasındaki Aksaklıklar

Ana çocuk sağlığı ve aile planlamasının temel amacı Türkiye’de bebek ölüm hızını azaltmak, ruh ve beden sağlığı açısından daha sağlıklı çocukları yetiştirmeye ve bu çerçevede içinde ailelerin istedikleri kadar çocuk sahibi olmalarına olanak sağlamaya çalışmaktır. Bu hizmetlerde meydana gelebilecek aksaklıklar; çok erken, çok geç, çok fazla, çok sık gebeliklerin oluşmasıyla, gebelikte verilen bakımda azalma nedeniyle ve/veya uygun olmayan koşullarda ve ellerde yapılan doğumların komplikasyonlarına bağlı olarak, anne ile çocuğun hastalanma, sakat kalma yada ölüm riskini arttıracaktır (45).

Sağlık Bakanlığı sağlık personeli tarafından gebelerin en az 6 kez izlenmesini önermiştir. Ancak herhangi bir riskli durumda bu izlemler daha sık yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı, son yıllarda Dünya Sağlık Örgütü'nün de önerisiyle bu izlem sayısını dört olarak belirlemektedir (3). 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) gebelerin ancak %81'inin en az bir kez sağlık personelinden doğum öncesi bakım aldığını göstermektedir. Kırsal alanda yaşayan, eğitimsiz, çok doğum yapmış ve yaşı 35'i aşan kadınlar doğum öncesi bakımdan en az yararlanan grubu oluşturmaktadır. 2003 TNSA'da doktor veya eğitimli sağlık personeli yardımıyla gerçekleşen doğumların oranı %83'tür (50).

Türkiye'de ana sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinde yıllar içinde önemli gelişmeler olduğu yadsınamaz. Ancak ana çocuk sağlığı hizmetlerindeki aksamalar sonuçları bakımından son derece önemlidir (45).

2.4.2. Akraba Evlilikleri

Akraba evliliği, eşler arasında kan bağı bulunması yani aynı atadan gelme durumudur. Kan bağı olan akrabalar, toplumun genelinde görülen ortak gen yüzdesinin dışında, ayrıca akraba oldukları için ve bunun derecesine göre daha da fazla ortak genleri vardır (51).

Akraba evliliği genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen önemli durumlardan biridir ve dünya toplumunun % 20'si belki de daha fazlası tarafından yeğlenmektedir. Doğan çocukların en azından % 8.4'ü akraba evliliklerinden doğmaktadır. Özellikle Batı Akdeniz ve Güney Hindistan'da çok yaygındır. Akraba evliliği yapan popülasyonda özürlü çocuk doğma riski diğer popülasyona göre iki kat artarak %8-9 olmaktadır (51,52).

Birinci dereceden kuzen evlilikleri diye isimlendirebileceğimiz kardeş çocuklarının evlilikleri, ülkemizde en sık rastlanan akraba evliliğidir. Almanya'da kuzen evliliklerine çok ender rastlanmaktadır. Halkın eğitim düzeyinin ve genetik hastalıklar konusundaki bilgisinin artması, bu tür evliliklerin oranının %0.3'ün altına düşmesine ve hatta büyük şehirlerde daha da azalmasına neden olmuştur. Başka kültürlerde ise yakın akraba evlilikleri ekonomik çıkarlar, çiftin ailelerinin birbirini daha yakın tanıyıyor olması, coğrafi konum gibi nedenlerle desteklenebilmektedir (51, 53).

Ülkemizde akraba evliliklerinin nedenleri değişik olmakla birlikte; gelenekler (özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde görülen ve geniş aile yapısı içinde aileye yabancı birini sokmama eğilimi), maddi-ekonomik nedenler (aileler arasında mal varlıklarının bölünmemesi isteği, başlık vermeden evlenme), nedenlerin başında gelmektedir (45). Özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde diğer bölgelere göre akraba evliliği sıklığının yüksek olduğu ve çoğunlukla kırsal kesimde ve amca çocukları arasında yapıldığı bildirilmektedir (51, 54).

Ülkemiz akraba evliliğinin yoğun olarak görüldüğü ülkeler arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda 1980'lerden bu yana Türkiye genelinde akraba evliliği sıklığında hemen hiç değişiklik olmadığı ve 1993'de %23 olduğu tespit edilmiştir (55).

2.4.3. Kazalar

Kazalar dünyada ve ülkemizde sık görülen, ölüm ve sakatlanmalara neden olan önemli bir sağlık problemidir (3). DSÖ'nün tanımına göre, "Kaza; İhmal, tedbirsizlik, dikkatsizlik veya herhangi bir işte ehliyetsizlik sonucu ani olarak ve istenmeden meydana gelen ve sonunda maddi ve manevi bir kayba veya üzüntüye neden olan olaylardır (3).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olan tüm kazaların %30'unu trafik kazaları, %25'ini ev kazaları, %20'sini iş kazaları ve %15'ini ise ateşli silah yaralanmaları ile meydana gelen kazalar oluşturmaktadır. Kazalara bağlı ölümlerin ise %30'unu trafik kazaları, %25'ini intiharlar, %20'sini tarım kazaları, %18'ini ev kazaları, %10'unu ise diğer kazalar ve spor yaralanmaları ile ilgili kazalar oluşturmaktadır (56).

Çeşitli türdeki kazalar, çoğu kez klinik bakımdan benzer yaralanmalara sebep olmakta ise de, kaza nedeni ve korunma epidemiyolojisi yönünden bunları oluş şartlarına göre kitlesel ve bireysel kazalar şeklinde sınıflandırmak gerekmektedir (57).

Kazalar genellikle nedenlerine yada meydana geldikleri yere göre de sınıflandırılabilirler. Meydana geldikleri yere göre kazalar genellikle üç bölümde incelenir (57):

1. Trafik kazası
2. Ev kazası
3. İş kazası

2.4.3.1. Trafik Kazası

Karayolu üzerinde, hareket halinde olan, bir veya birden fazla aracın karıştığı ölüm, yaralanma ve zararlı sonuçlanan olaylara “trafik kazası” denir (58).

Tüm Dünyada cinsiyete göre fark gözetmeksizin en sık rastlanan kaza tipi trafik kazalarıdır. DSÖ'nün 1990 istatistiklerine göre her 100 ölümün 45'i kazalardan ve bu kazalara bağlı ölümlerin yine 36'sı trafik kazalarından olmuştur. DSÖ trafik kazalarının önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunun altı çizilerek, dünyada her yıl bu yüzden yaklaşık 127 bin kişinin hayatını kaybettiğini, 2.4 milyon kişinin ise yaralandığı, trafik kazalarının neden olduğu maddi kayıpların bir ülkenin gayri safi yurtiçi hasılasının yüzde 2'sine ulaştığını bildirmiştir (59).

Ülkemizdeki karayolu taşımacılığının birçok gelişmiş ülkenin aksine tüm taşımacılığın %95'ini oluşturmasının yanı sıra trafik kazalarının trafik hacmine oranı da gelişmiş ülkelere göre oldukça yüksektir. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verilerine göre ülkemizde 2004 yılı itibarıyla taşıt sayısı 10.236.358, kaza sayısı 537.384, toplam ölü sayısı 4428, yaralı sayısı 136.229'dur. Yani, Türkiye'deki yollarda her gün yaklaşık 12 kişi ölmekte ve 373 kişi de yaralanmaktadır. Yaralananlardan bazıları ömürleri boyunca sakat kalmaktadır (60).

2.4.3.2. İş Kazası

İş kazasının birçok tanımı bulunmaktadır. DSÖ iş kazasını “önceden planlanmamış, çoğu zaman yaralanmalara, makine ve teçhizatın zarara uğramasına veya üretimin bir süre durmasına yol açan olay” olarak tanımlamaktadır. ILO ise iş kazasını "belirli bir zarar veya yaralanmaya yol açan, önceden planlanmamış beklenmedik bir olay" şeklinde tanımlamıştır (61).

İş kazası tanımının ülkemizdeki hukuki yapısının değerlendirilmesinde 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu esas alınmıştır. Bu yasanın halen yürürlükte bulunan 11. Maddesinin A bendine göre (61):

İş kazası, aşağıdaki hal ve durumlardan birinde meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedenen veya ruhsal olarak arızaya uğratan olaydır (61).

- a) Sigortalının işyerinde bulunduğu sırada,
- b) İşveren tarafından yürütülmekte olan iş dolayısıyla,
- c) Sigortalının işveren tarafından, görevle başka bir yere gönderilmesi yüzünden, asıl işini yapmaksızın geçen zamanda,
- d) Emzikli kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrıldığı zamanlarda,
- e) Sigortalının, işverence sağlanan bir taşıtla, işin yapıldığı yere toplu olarak götürülüp getirilmeleri sırasında meydana gelen kazalar şeklinde tanımlamaktadır.

İş kazalarının oluşmasında üretim teknolojisi, üretim araçları, çevre koşullarının yanında sosyolojik, psikolojik, fizyolojik birçok etken rol oynamaktadır. Ancak, iş kazalarının oluşmasına neden olan etkenlerin tümü temel iki etkene indirgenebilir. Bunlar işyerlerindeki güvensiz durumlar ile çalışanların yaptığı güvensiz davranışlardır. Yine son yıllarda iş kazaları üzerinde yapılan çalışmalar da belirli kişisel ve duygusal değişkenlerin yüksek kaza oranlarına neden olduğunu ortaya çıkarmıştır (62).

İş yerindeki iş kazalarına neden olan güvensiz davranışlar:

- İş bilincisiz yapmak, dalgınlık ve dikkatsizlik
- Makine koruyucularını çıkarmak, görevi dışında iş yapmak
- İş disiplini uymamak, işe uygun makine kullanmamak
- Yetkisiz ve izinsiz olarak tehlikeli bölgede bulunmak
- Kişisel koruyucuları kullanmamak, ehliyetsiz ve tehlikeli hızda araç kullanmaktır.

İş yerindeki iş kazalarına sebep olan güvensiz durumlar ise:

- Koruyucusuz makine tezgâhlar, güvensiz çalışma yöntemi
- Güvensiz ve sağlıksız çevre koşulları
- Topraklanmamış elektrik makineleri, işe uygun olmayan el aletleri
- Kontrol ve testleri yapılmamış basınçlı makineler
- Tehlikeli yükseklikte istifleme
- Kapatılmamış boşluklar ve işyeri düzensizliğidir (62).

Amerika Birleşik Devletleri'nde sadece işçinin değil, makinelerin de hasar gördüğü kazalar, iş kazasından sayılmaktadır. Türkiye'de ise sadece işçilerin maruz kaldığı kazalar, iş kazasından sayılmakta ve Sosyal Sigortalar Kurumu (S.S.K) istatistiklerine dahil edilmektedir. Diğer taraftan Türkiye'de iş kazası olaylarının istatistiklere dahil olması için belli bir günden fazla iş göremezlikle sonuçlanması gibi koşullar

aranmamaktadır. Ayrıca, ülkemizde devlet memurlarının maruz kalabileceği olaylar iş kazası kavramına dahil değildir (63).

S.S.K istatistiklerine göre ise ülkemizde 2004 yılında 83.830 iş kazası olmuş, bu kazaların 841'i ölümlle sonuçlanmıştır. Aynı yıl ülkemizde iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu kaybedilen iş günü sayısı ise, 1.983.410'dur. Ülkemizde ise en iyimser yaklaşımla, iş kazaları ve meslek hastalıklarının toplam maliyetinin yılda 4 katrilyon TL olduğu tahmin edilmektedir (63).

2.4.4. Mental Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar

Günümüzde, ruhsal sorun ve bozukluklar yaygınlıkları, yüksek süregenleşme eğilimleri ve taşıdıkları sağaltım güçlükleri ile "bir toplum sağlığı sorunu" konumundadır (3).

Ruhsal bozukluklar, mortaliteye pek az yol açmakta, ancak fiziksel durumlara göre daha fazla iş günü kaybına yol açmakta dolayısıyla hastalıkların küresel faturasının artmasına neden olmaktadır. Affektif bozukluklar, demans, şizofreni, travma sonrası stres, epilepsi ile alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı sağlık alanına ayrılan kaynakların önemli bir bölümünü tüketmektedir (64).

Dünyada bugün, en az kırk milyon kişide şizofreni ve demans gibi ağır ruhsal bozukluk olduğu, yaklaşık yirmi milyonunda epilepsi bulunduğu, iki yüz milyon kişinin de şiddetli nevroz, zeka geriliği ve periferik nöropati gibi ruhsal ve nörolojik rahatsızlıklardan zarar gördüğü bildiriliyor. Bunlara alkol ve ilaca bağlı sorunlar ile bedensel hastalıklara ikincil gelişen ruhsal bozukluklar da eklenince hastalar ve toplum açısından sorunun büyüklüğü ortaya çıkıyor (3).

DSÖ'nün rakamlarına göre dünyada ruhsal ve davranışsal bozukluğu olan 874 milyon kişi olduğu ve bunların 224 950 000'inin bu nedenle aktivitelerinin ciddi biçimde sınırlandığı bildirilmektedir (64).

Türkiye'de ruhsal bozuklukların epidemiyolojisi ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalarda şu sonuçlara ulaşılmıştır: Türkiye'de, toplum içinde tedaviyi gerektirecek düzeyde ruhsal sorunu olanlar % 20; kesin ruhsal bozukluğu olanlar ise % 5-10 dolayındadır. Nevrozlar, depresif bozukluklar ve psikosomatik hastalıklar toplum içinde en yaygın ruhsal bozukluklar olarak belirmektedir. Çeşitli düzeylerde depresif belirtiler % 20, klinik düzeyde depresyon ise % 10 gibi yüksek prevalans hızlarına sahiptir (3).

2.4.5. Beslenme Bozuklukları

Sakatlık nedenlerinin en önemlilerinden biri çocukluk çağındaki malnütrisyonudur. Üzerinde önemle durulan, oldukça büyük boyutlu ve az gelişmiş ülkelerde sebepleri arasında malnütrisyonun yer aldığı bir sorun körlüktür. Dünya’da 1.5 milyon kör çocuk olduğu ve bunların bir milyonun Asya’da bulunduğu bildirilmektedir. Her yıl bir milyon yeni vaka eklenmektedir ve bunların %70’i vitamin A eksikliğine bağlı olarak meydana gelen körlüklerdir (65). Tüm dünyada yaklaşık 4.4 milyon okul öncesi çocukta A vitamini yetersizliği yüzünden görme bozuklukları ve göz hasarları bulunmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık 20 milyon gebe kadında A vitamini yetersizliği bulunmaktadır. Bu kişilerin üçte birinde klinik olarak gece körlüğü bulunmaktadır (3).

Özre neden olan kronik ve dejeneratif hastalıklardan olan hipertansiyon, koroner ve serebral ateroskleroz, osteoporoz ve kanser bu gruptaki önemli sağlık sorunlarındanır. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte,bedenle yapılan uğraşların azalması, insanların fiziksel olarak daha hareketsiz bir yaşantıya yönelmesi, zenginleştirmeye, enerji yoğunluğu ve yağ içeriği yüksek besinlerle, saflaştırılmış yiyecek ve içeceklerin tüketiminin artması kronik ve dejeneratif hastalıklar için önemli bir risk faktörü olan şişmanlığa (obezite) yol açmıştır. Obezite dünya genelinde hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artan oranlarda görülmektedir. Yapılan çalışmalar Avrupa ülkelerinde son 10 yılda obezite prevalansının % 10-40 oranında arttığını göstermiştir . Günümüzde obezitenin prevalansı erkeklerde % 10-20, kadınlarda % 10-25 olup, ortalama olarak erkeklerin % 15’i, kadınların ise % 22’si obezdir (3). TNSA 2003 verilerine göre kadınların % 22,7’si şişmandır (50).

2.4.6. Yaşlılık ve Kronik Hastalıklar

Yaşlanma bireyde fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden gerilemeye neden olan doğal bir süreçtir.Yaşlanma ile birlikte bireylerde fiziksel ve ruhsal yönden bazı işlevlerde, sosyal ilişkilerde azalma ve kayıplar meydana gelir (3). DSÖ yaşlılık sınırı olarak 65 yaş kabul etmektedir (66). Yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki payına göre toplumların genç yada yaşlı nüfus yapısına sahip olduğu şeklinde yorum yapılır. 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. Nüfus yapılarına göre ABD yaşlı toplum, Avrupa ülkeleri ise çok yaşlı toplumlar olarak

değerlendirilmektedir. Türkiye ise nüfusunun % 5.1'lik bölümünün 65 yaş üzerinde olması sebebiyle olgun nüfus grubuna girmektedir (3).

Son 20-30 yıl içinde enfeksiyon hastalıkları ile mücadele edilmesi, beslenme koşullarının daha iyiye doğru gitmesi ve genel sağlık koşullarının düzelmesi, sonucu ortalama yaşam süresini uzatmış ve dünyada yaşlı nüfus artmıştır. DSÖ, 65 yaş üstü nüfusunun 2025 yılında 800 milyona ulaşarak dünya nüfusunun%10'unu oluşturacağını, yaşam beklentisinin 73 yıla ulaşarak, çalışmakta olan erişkin nüfusun bakması gereken yaşlı nüfusa oranının %17.2'ye varacağını tahmin etmektedir (64).

Kronik hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan özürülük durumu günlük yaşamın sürdürülmesini engellemektedir. Kas iskelet sistemi hastalıkları ve romatizmal hastalıklar ile inmeler, diyabete bağlı böbrek yetmezliği, körlük, bacak ve ayak amputasyonları bütün dünyada en önemli özürülük nedeni, olarak ortaya çıkmaktadır. Kronik hastalıkların tedavi ve izlemleri pahalıdır. ABD'de 2001 yılı sağlık harcamalarının % 75'i (1.4 trilyon Amerikan Doları) kronik hastalıkların tedavisi için yapılmıştır (3).

Kronik hastalıklara bağlı toplum ve insan sorunlarının maliyetinin şimdiden gerekli tedbirler alınmadığı takdirde hızla artacağı açıktır. Dünya nüfusunun yaşlanması ile birlikte kanser, diyabet, kardiovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalığı, mental hastalıklar (özellikle demans) gibi hastalıkların sayısında artış beklenmektedir. Yaşla beraber gelen morbiditenin artmasında önemli faktörler olan sigara, sedanter yaşam tarzı, obezite, sağlıksız beslenme gibi faktörlerin önüne geçilmesi gereklidir. Daha uzun ömür sahibi olmamızı kutlarken, artmış yaşam kalitesi olmadan artmış yaşam beklentisinin boş bir ödül olduğu; sağlık beklentisinin, yaşam beklentisinden çok daha önemli olduğu bir gerçektir (67).

Dünya nüfusunun küresel olarak yaşlanması son 20 yılda yaşlılık ve sorunlarına yönelik ilgiyi artırmış, DSÖ ve BM bu konuda çalışmalarını yoğunlaştırmıştır. 26 Temmuz-6 Ağustos 1982 günleri arasında Yaşlılar Asamblesi Viyana'da toplanmış, Uluslararası Hemşireler Birliği 1992 yılında "Sağlıklı Yaşlanma" temasını ele almış ve Mart 1992'de toplanan Sağlık Bakanlığı I. Ulusal Kongresi'nde yaşlılık sorunları bir grup çalışmasında ele alınmış ve önerilerde bulunulmuştur (68). Yine Uluslararası düzlemde DSÖ sağlıklı yaşlanmanın tüm dünyada mümkün olabilmesi için 1995 yılında "Yaşlanma ve Sağlık" programını onaylamıştır. Bu program hem ileri yaş, hem de

yaşlanmayı kapsamlı olarak ele almakta; yalnızca yaşlanmanın getirdiği sağlık problemlerine odaklanmak yerine, öncelikle sağlıklı yaşlanmayı hedefleyen planlama ve araştırmaları önermekte ve desteklemektedir (67).

Ülkemizde bu konuda yapılmış çok merkezli bir çalışmanın sonuçlarında 60 yaş üzerinde kadınlarda özürülük sıklığı %33.2, erkeklerde %29.7 olarak bildirilmiştir ve çoğunluğunu ortopedik (%9.6) ve görme (%8.3) özürülü olanların oluşturduğu tespit edilmiştir (16).

Yaşlılıkta bedensel sorunların yanında bu dönemde ölüm, hastalık ve göç gibi nedenlerle psikolojik yıkım da yaşanabildiğinden, sosyal izolasyon ve giderek insan ilişkilerinde azalma sık görülür (69).

DSÖ tarafından bildirilen rakamlara göre dünyada 135 milyon görme özürülü bulunmaktadır ve bunların 45 milyonu günlük yaşamda ailesine yada başka bakım merkezlerine bağımlı olarak yaşamını sürdürmektedir. Yaşlı populasyonun artması ile acil glokom, diyabetik retinopati ve yaşla ilişkili maküler dejenerasyonun neden olduğu körlüklerin 21. yüzyılda artması beklenmektedir (70). Yaşla ilgili olarak görme ile ilgili bozuklara neden olan bir diğer neden ise kataraktır. Son rakamlara göre dünyada 45 milyon kişide katarakt mevcuttur ve bunların 20 milyonunda körlük gelişmiştir (65).

2.5. ÖZÜRLÜLÜKTEN VE SAKATLIKLARDAN KORUNMA

Özürülük ve sakatlıklardan korunmada koruyucu önlemler başlıca üç düzeyde ele alınmaktadır (22).

1. Birincil Koruma : Kişisel ya da toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması.

2. İkincil Korunma: Sağlığın bozulma olasılığı karşısında erken tanı ve tedavi önlemlerinin kişisel ve toplumsal düzeyde alınması.

3. Üçüncül Koruma: Hastalığa bağılı olarak gelişebilecek sakatlık ve kalıcı bozuklukların en aza indirgenmesi, hastanın yeni duruma uyumunun sağlanarak yaşam kalitesinin artırılması için alınması gereken önlemlerdir. Bir anlamda rehabilite edici hizmetlerin alanına girmektedir.

Özürülük ve sakatlıklardan korunmada yapılabilecekler şöyle sıralanabilir:

Birincil Korumada Yapılabilecekler (3):

- ✓ 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,
- ✓ 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,
- ✓ Uyuşturucu kullanımının önlenmesi,
- ✓ 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.

İkincil korumada yapılabilecekler (49):

- ✓ 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 erken 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 bakımın önlenmesi,
- ✓ Psikolojik destek,
- ✓ Taramalar (fenilketonüri, hipotiroidi, talasemi, orak hücreli anemi vb.)

Üçüncül korumada yapılabilecekler :

- ✓ Üçüncül koruma, rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır.

2.6. REHABİLİTASYON

Rehabilitasyon kişinin fiziksel, ruhsal, toplumsal, mesleki ve eğitsel durumunu en üst düzeye çıkararak tanımlanabilir (71). Rehabilitasyon, 1.7.2005 tarihinde kabul edilen, 5378 no'lu Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanununun 3. maddesinde “doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle oluşan özrü ortadan kaldırmak veya özürülüğün etkilerini mümkün olan en az düzeye indirmek, özürlüye 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 (72).

Rehabilitasyon konusundaki ilk bilgiler Roma İmparatorluğu dönemindeki kayıtlardan elde edilmektedir. 18. ve 19. yüzyıllarda özellikle Amerika ve İngiltere’de görülen yaygın epidemik hastalıklar rehabilitasyon uygulamalarının temelini oluşturmuştur. 1919 yılında kurulan ilk uluslararası kuruluş olan ILO çalışmalarını ilk olarak özürülü kişiler üzerinde gerçekleştirmiştir. Birinci Dünya Savaşı sonrasında savaş sakatlarının, özellikle ortopedik sakatlıkların çokluğu nedeniyle özellikle Anglosakson ülkelerinde ve Batı ülkelerinde savaş dönüşü askerlerin kaybettikleri hareket organlarını olabildiğince düzeltmek için bir takım sağlık merkezleri kurulmaya başlanmıştır. Başlangıçta her ülkenin kendi gereksinimini karşılamak üzere yaptığı bu çalışmalar 2. Dünya Savaşı’ndan sonra daha da hız kazanmıştır (73). 1943 yılında İngiltere’de Goodman ilk rehabilitasyon kliniğini açmıştır. BM 1946’da sosyal yardım servisleri ile rehabilitasyon hizmetlerine destek vermiştir. 1960’lı yılların başında rehabilitasyon alanında çalışan kişilerin eğitim ve özelleşmelerine ağırlık verilmeye başlanmış ve rehabilitasyon kavramının fiziksel uygulamalarının yanı sıra fizyolojik, mesleki ve emosyonel alanlarda da ele alınması görüşü gelişmiştir (74).

Özürüllük tiplerine göre farklı rehabilitasyon çalışmaları gerekmektedir. Rehabilitasyon hizmetlerinin bir ekip anlayışı ile sunulması gerekmektedir. 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 almalıdır. Hizmetin

sunumu öncesinde kişinin durumunun saptanması ve kişiye uygulanacak rehabilitasyon hizmetlerinin planlanması gerekir. Bu hizmet planlaması sırasında ekipte yer alan her profesyonel meslek sahibi kişinin plana katkısı alınmalıdır. Kişilerin bilgi ve deneyimleri çerçevesinde kişiye uygulanacak hizmet planı yapılmalıdır. Özürlü bir kişinin kişisel rehabilitasyon planı beş aşama içermelidir (3) :

1. Rehabilitasyon amaçlarının özelleştirilmesi ve formüle edilmesi.
2. Problemlerin ergonomik olarak belirlenmesi.
3. Problemlerin çözümü için yaklaşımlar.
4. Toplam rehabilitasyon yaklaşımlarının sonuçlarının değerlendirilmesi.
5. Özur durumu ve yaşam kalitesindeki değişimin izlenmesi.

Rehabilitasyonun Başlıca Bölümleri (75)

- Tıbbi rehabilitasyon
- Mesleki rehabilitasyon
- Psiko-sosyal rehabilitasyon
- Ev rehabilitasyonu
- Toplum temelli rehabilitasyon

2.6.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Özrü ortadan kaldırmak yada minimum düzeye indirmek, hastalığın değerlendirilmesi, teşhisi, tedavisi, cihazlama (protez, vb), izleme ve kontrol aşamalarından oluşmaktadır. Kişinin fonksiyonel ve psikolojik yeteneklerini geliştirmeyi amaç edinmiştir. Özürlünün aktif hayata yönelmesini sağlamaktadır (4). Tıbbi tedavileri bitmiş veya daha erken evrelerde, tanı ile birlikte yürütülen çalışmalardır. Savaş yaralanmaları, iş kazaları, ev kazaları, çeşitli hastalıkların başlangıç evrelerinde birlikte veya kalan fonksiyonların düzeltilmesi için yapılmaktadır. Tıbbi rehabilitasyon, rehabilite edilecek hastanın özelliğine göre: klinik rehabilitasyon, fizik tedavi, oksijen ve aerosol tedavileri, postüral drenaj, boş zamanları değerlendirme, tıbbi jimnastik, sporlar, uğraşı tedavisini içermektedir. Bu hizmetler fizik tedavi uzmanları, rehabilitasyon hemşireleri, fizyoterapistler, spor eğiticileri, sosyal hizmet uzmanları, mühendisler ve teknisyenler tarafından koordineli bir çalışma içinde yürütülmektedir (73).

Tıbbi rehabilitasyon süreci içinde asıl amaçlanan, özürlü kişinin fiziksel kapasitesini artırarak onun, günlük yaşamda mümkün olabilen maksimum fonksiyonel bağımsızlığına ulaşmasını sağlamaktır. Özürlü kişi, fizyoterapist tarafından fiziksel

fonksiyonel düzey açısından değerlendirilir ve fizyoterapi-rehabilitasyon programına alınır. Rehabilitasyon süreci içerisinde uygulanan fizyoterapi-rehabilitasyon yaklaşımları, özrün şiddetine, özürlü kişiden beklentilere ve rehabilitasyon ekibinin yaptığı değerlendirmenin sonucuna göre değişiklik gösterir. Tıbbi rehabilitasyonun etkili bir şekilde gerçekleştirilmesinde ekip çalışmasının yanında rehabilitasyon merkezlerinin mekan, kadro ve ekipman açısından yeterli olması önem taşır (75).

Ülkemizde engellilere yönelik tıbbi rehabilitasyon hizmetlerini yürütme yükümlüğü T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre Sağlık Bakanlığı'nın çalışma alanına girmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı rehabilitasyon hizmeti veren farklı illerde 10 rehabilitasyon merkezi ve bunların 1320 yatağı bulunmaktadır. Ülkemizde yaklaşık 7 milyon engelli olduğu düşünüldüğünde bu sayının ne kadar yetersiz olduğu çarpıcı bir şekilde ortaya çıkmaktadır (75)

2.6.2. Mesleki Rehabilitasyon

Mesleki rehabilitasyon tıbbi tedavi ve tıbbi rehabilitasyondan sonra özürlü kişinin mesleğini sürebilmesini sağlamak yada yeni bir işe yönlendirmektedir. Bu çalışmalar üç basamakta incelenmektedir (73).

1. İş yeri alanının seçildiği değerlendirme bölümü (assessment): Bu bölümde dört ayrı disiplin görev yapar.

- Birinci disiplin tıptır. Rehabilitate edilecek kişinin fizik yeteneklerini ölçerek engeli (handicape) saptanır ve rehabilitasyona hazırlanır.
- İkinci disiplin iş veya endüstri psikolojisidir. Psikolog engellinin ruhsal yetenekleri aletle veya kalem kağıt testleri ile ölçer.
- Üçüncü disiplin teknik eğitim uzmanlığıdır. Diğer bir deyişle öğretmendir. Bu aşamada pratik beceri testleri ile kişinin elektrik, elektronik, mekanik, teknik resim veya büro işlerindeki yetenekleri değerlendirilir.
- Dördüncü disiplin, her ülkenin resmi otoritesini temsil eden yetkilidir. Örneğin bu Almanya'da "arbeitsamt"iş bulma kurumu yetkilisidir. Kendi endüstrisinin ne kadar ve hangi meslekte çalışma gereksinimi oluşunu saptar ve mesleki rehabilitasyon merkezi alanındaki boşlukları belirleyerek merkezi kadrolarının oluşmasında yardımcı olur.

2. Mesleki Eğitim (Vocational Training) : Bu bölümde engelliye mesleki eğitim verilir. Burada tıp ve psikoloji disiplinleri normal bir okul içeriğinde ki mediko-sosyal kadar görev yapar. Genellikle büyük merkezlerde yataklı kurumlardır.

3. İşe yerleştirme, istihdam: Mesleki rehabilitasyonu biten engelli eğitildiği alanda kendisine iş bulunarak görevine başlar.

Türkiye’de 1981 yılında ILO uzmanı Carl Jang “Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu Konusu’nda Türk Hükümetine Memorandum”adlı bir rapor hazırlamıştır. Bu raporda mesleki rehabilitasyonun ancak tıbbi rehabilitasyonun olumlu sonuç vermesiyle başlayabileceği vurgulanmakta ve mesleki rehabilitasyona olabildiğince erken başlanması gerektiği belirtilmektedir (76).

2.6.3. Sosyal Rehabilitasyon

Rehabilitasyon sürecine engel olacak ekonomik ve sosyal güçlükleri ortadan kaldırarak kişinin aile toplum ve iş hayatına uyumunu sağlamaktadır. Burada kişiye ve ailesine profesyonel bir yardım söz konusudur. Hastalığı nedeniyle alıştığı çevreden soyutlanın kişinin rehabilitasyon devresi içinde ve sonunda çoğu kez fizik ve psikolojik olarak değişik bir görünüm kazanarak aynı çevreye dönmesi yada yeni bir çevreye girmesi, kişide bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu sorunlar özürünün ilişkilerini etkileyebilmektedir. Sosyal rehabilitasyon yeni bir uyum sürecinin ve bağımsızlığı kazanmanın profesyonel bir yardımla sağlandığı bir hizmetler bütünüdür (73).

Ülkemizde rehabilitasyonla ilgili mevzuatta ayrıca “sosyal rehabilitasyon” diye bir kavramdan söz edilmemiştir (76).

2.6.4. Toplum Temelli Rehabilitasyon

Toplum Temelli Rehabilitasyon (TTR) gelişmekte olan ülkelerde özürli insanların hayat standartlarını geliştirmek için artarak benimsemeye başladıkları nispeten yeni bir stratejidir. Bir strateji olarak “yeni” ve yapısı itibariyle de “yeni” düşüncelerin sentezi üzerine kuruludur (77).

Toplum temelli rehabilitasyonun genel yapısı, 1978 yılında Kazakistan’ın başkenti Alma Ata’da düzenlenen uluslar arası konferansta birçok sağlık bakanının kabul ettiği bir bildirgeyle ortaya çıkmıştır. DSÖ bu bildirgenin yayımlanmasından sonra toplum temelli rehabilitasyon programını, Dünya Özürlüler Yılı’nda (1981) resmen

başlatmıştır. 1980'lerin başında UNİCEF dünyanın en fakir ülkelerindeki TTR programlarına aktif destekte bulunmuştur (78).

TTR yaklaşımı, özürlü bireylerin yaşadıkları toplum içinde günlük yaşamlarında bağımsız, aktif ve üretken kişiler haline gelmelerini hedefler. TTR, tüm özürlü bireylerin toplum içinde rehabilitasyonu, sosyal uyumu ve fırsatların eşitlenmesini sağlayacak bir stratejidir. TTR özürlü bireylerin, ailelerinin ve sivil toplum örgütlerinin ortak çabasını gerektirir. Kurum temelli rehabilitasyon yaklaşımı ile karşılaştırıldığında daha fazla sayıda özürlü bireye ulaşabilen daha yüzeysel ve daha ekonomik bir yaklaşımdır. TTR hiçbir zaman kurum temelli rehabilitasyon modelinin alternatifi değildir. Tam tersine iki yaklaşım birbirinin tamamlayıcısı olduğu zaman başarı sağlanabilir (78).

TTR konusunda en geniş katılımlı toplantı 25–28 Mayıs 2005 tarihinde Helsinki'de gerçekleşmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün düzenlediği "Uluslararası Toplum Temelli Rehabilitasyon Gözden Geçirme Toplantısı" Birleşmiş Milletler Kuruluşları, Dünya Sağlık Örgütü'nün üyeleri, sivil toplum ve özürlü kuruluşlarının katılımıyla, Finlandiya Hükümetinin ev sahipliğinde yapılmıştır. Bu toplantıda tartışılan görüşler ve alınan kararlar, Dünya Sağlık Örgütü'nün "Uluslararası Toplum Temelli Rehabilitasyon Gözden Geçirme Konsültasyon Raporu" ile duyurulmuştur (78).

Toplum temelli rehabilitasyona önem verilmesinin nedenleri:

- Dünyanın hemen her ülkesinde çok sayıda özürlü ve buna karşın az sayıda rehabilitasyon uzmanı, konuyla ilgili az sayıda 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 özürlülük durumunda basit bazı bilgilerle özürünün durumu iyileştirebilir, onlara yardımcı olunabilir.
- İdeal rehabilitasyon kliniklerinin genişlemesini beklemek, yeterli rehabilitasyon profesyoneli sayısına ulaşmayı beklemek doğru değildir. Özürlüler şimdi hizmet beklemektedirler.
- Rehabilitasyonun amacı ve temel ilkelerinin yaygın bir biçimde tanıtılması, ilgili toplumda özürülülerle ilgili bilincin artmasını, durumlarının düzelmesini sağlayacaktır (79).

2.7. ÖZÜRLÜLERİN İSTİHDAMI VE TÜRKİYE'DEKİ DURUM

Özürlülerin istihdamında öncelikle kabul edilmesi gereken konu, özürlülerin sağlam insanlara göre istihdam edilmeye daha çok ihtiyaç duyduklarıdır. Çünkü bu ihtiyacın karşılanması, her şeyden önce özürünün bir biçimde toplumdan soyutlanmasını önlemekte, diğer bir deyişle özürliye sosyal ve psikolojik olarak tedavi edici etki yapabilmektedir. Diğer taraftan, hem çalışarak kazandığı para ile başkasına muhtaç olmamak, hem de yetişkin bir insan olarak üretime katılmak, özürli bile olsa her insanın gösterdiği normal bir istek olmalıdır (75).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu 20.11.1993 tarihinde 48/96 sayılı kararıyla “Sakatlar İçin Fırsat Eşitliği Konusunda Standart Kurallar”ı kabul etmiştir. Kural 7, istihdamla ilgilidir. İstihdamla ilgili kuralların sakatlara yönelik ayırım yapmayan ve özürlülerin istihdam edilmeleri konusunda engeller koymayan bir yapıda olması gerektiği ifade edilmiştir. Devlet, sakatların istihdam edilmelerini kolaylaştırıcı, destekleyici faaliyetlerde bulunmalıdır. Devletin kamu sektöründe işveren rolünün bulunması nedeniyle, özürlülerin kamu sektöründe istihdam edilmelerini sağlayıcı koşullar oluşturulmalıdır. Özel sektör için, özürlülerin eğitim ve istihdam programlarının kapsam içinde olmasını sağlayıcı yasal düzenlemeler yapılmalıdır (78).

Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından 01.06.1983'te kabul edilen ve Türkiye tarafından da 08.07.1999'da onaylanan “159 Sayılı Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı Hakkında Sözleşme”de, özürlülere yönelik mesleki rehabilitasyon ve istihdam politikalarının ilkeleri, mesleki rehabilitasyon ve istihdam hizmetlerinin geliştirilmesi için ulusal düzeyde gerçekleştirilecek faaliyetlere ilişkin düzenlemeler yer almaktadır (78).

Avrupa Konseyi tarafından, 26.02.1965 tarihinde yürürlüğe giren Avrupa Sosyal Şartı, Türkiye tarafından 1989 yılında bazı maddeleri dışlanarak onaylanmıştır. Şartın 15. maddesinde, bedensel ya da zihinsel özürlülerin mesleki eğitim, mesleğe ve topluma yeniden uyarlanma hakkı düzenlenmiştir (78).

Türkiye’de 1967 yılında yürürlüğe giren 854 sayılı Deniz İş Kanunu ile özürlülerin istihdam edilmesine yönelik kota sistemi ilk kez mevzuat içinde yerini almıştır. 1457 sayılı İş Kanunu’nda özürlülerin istihdamına yönelik olarak kota uygulaması konusunda düzenlemeler yer almıştır. Bu kanun üzerinde zaman içinde değişiklikler yapılmakla birlikte, 2003 yılında 4857 sayılı İş Kanunu kabul edilinceye kadar yürürlükte kalmış ve

özürlülerin istihdamına ilişkin uygulamalar da bu Kanun'da yer alan hükümler çerçevesinde uygulanmıştır (78).

5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un 14. maddesine göre, "İşe alımda; iş seçiminden, başvuru formları, seçim süreci, teknik değerlendirme, önerilen çalışma süreleri ve şartlarına kadar olan safhaların hiçbirinde özürlülerin aleyhine ayrımcı uygulamalarda bulunulamaz. Ayrıca, özürlülük durumları sebebiyle işgücü piyasasına kazandırılması güç olan özürlülerin istihdamı, öncelikle korumalı işyerleri aracılığıyla sağlanması gibi yenilikler içermektedir (78).

Türkiye'de, İş Kanunlarında özürlü istihdamına yönelik olarak yapılan düzenlemeler geçmişten günümüze kota uygulamasıyla sınırlı kalmıştır. 4857 sayılı İş Kanunu, 22.05.2003 tarihinde kabul edilmiştir. Bu kanun'un 30. maddesinde, "Özürlü, Eski Hükümlü ve Terör Mağduru Çalıştırma Zorunluluğu" başlığı altında özürlülerin istihdam edilmesine ilişkin düzenlemelere yer verilmiştir (78).

5378 sayılı Kanununun 20. maddesi ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 53. maddesinin birinci fıkrasında değişiklik yapılmıştır. Buna Göre; "Özürlülerin Devlet Memurluğuna alınmaları: Mevzuata uygun olmak kaydıyla; özürlülerin mesleklerine uygun münhal kadrolara atanması, mesleklerini icra ve infaza yardımcı araç ve gerecin kurumlarınca temin edilmesi esastır. Özürlülerin Devlet memurluğuna alınma şartları ile hangi işlerde çalıştırılacakları, mesleklerini icra ve infazda hangi yardımcı araç ve gereçlerin kurumlarınca temin edileceği, zihinsel özürlülerin hangi görevlere atanmasında asgari eğitim şartından istisna edileceği hususları Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Özürlüler İdaresi Başkanlığı ve Devlet Personel Başkanlığınca müştereken hazırlanacak yönetmelikle düzenlenir"(78).

193 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu'nda yer alan en önemli düzenleme "sakatlık indirimi" uygulamasıdır. Gelir Vergisi Kanunu'nun 31. maddesinde, 01.01.2004 tarihinde 4842 sayılı Kanun'la yapılan değişiklikle, çalışma gücünün asgari %80'ini kaybetmiş bulunan hizmet erbabı birinci derecede sakat, asgari %60'ını kaybetmiş bulunan hizmet erbabı ikinci derece sakat, asgari %40'ını kaybetmiş bulunan hizmet erbabı ise üçüncü derece sakat sayılmaktadır ve aşağıda sakatlık dereceleri itibarıyla belirlenen aylık tutarlar, hizmet erbabının ücretinden indirilecektir.

5393 Sayılı Belediye Kanunu'nda (R.G. tarih 13.07.2005, sayı 25874) da özörlöleröe yönelik hükümler öngörölmüştür. Belediyenin Görev ve Sorumlulukları başlığını taşıyan Belediye Kanunu Madde 14/5'e göre, "Belediye hizmetleri, vatandaşlara en yakın yerlerde ve en uygun yöntemlerle sunulur. Hizmet sunumunda özörlö, yaşlı, düşkün ve dar gelirlilerin durumuna uygun yöntemler uygulanır"(78).

Özörlölerin istihdamı konusunda en büyük sorun, işe yerleştirilecek özörlöünün bir mesleki bilgi ve beceriye sahip olmamasıdır. Diğer bir deyişle mesleki rehabilitasyon almamış olmasıdır. Ülkemizde bu konuda yapılmış bir çalışmada Konya İli'nde İş ve İşçi Bulma Kurumu tarafından işe yerleştirilmiş olan 220 özörlöden yalnız 10'unun işe girmeden önce rehabilite edildikleri tespit edilmiştir (80).

Ülkemizin en önemli sorunlarından biri de işsizliktir. 2004 Hanehalkı İşgücü Anketi'ne göre ölkemizdeki işsizlik oranı %10.3 iken, özörlölerde bu oran %15.5'tir. İşgücüne katılma oranı ise sadece %21.7'dir. Dolayısıyla, her beş özörlöden birisi işgücü piyasasında yer almaktadır. İstihdamın ve işsizliğin bu denli önem arz ettiği bir dönemde, özörlölerin işgücü piyasasına katılımları ve istihdamları daha da büyük bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (78).

1978–2004 yılları arasında özörlölere yönelik işgücü yetiştirme kurslarının sayısı 485 ve bu kurslara katılan kursiyer sayısı 6704'tür (78). Bu kursların amacı, işin özelliğine göre eğitim süresi içinde, mevcut açık işsiz özörlöleri, özörlölük gruplarına göre ayırarak, belli iş alanlarına yöneltmek ve istihdamlarına olanak sağlamaktır (76).

Türkiye İş Kurumu İstatistiklerine göre; 2004 yılı sonu itibariyle özörlö işe yerleştirme oranları Tablo 2.4'deki gibidir (78):

Tablo 2.4. 2004 Yılı Sonu İtibariyle İş Arayan, İşe Yerleştirilen ve Sıra Bekleyen Özörlölerin Durumu

Cinsiyet	İş Arayan	İşe Yerleştirme			Sıra Bekleyen
		Toplam	Kamu	Özel	
Kadın	5.578	2.180	168	2.012	9.673
Erkek	33.377	14.992	1.152	13.840	63.049
Toplam	38.955	17.172	1.320	15.852	72.722

2.8. ÖZÜRLÜ HAKLARI VE İLGİLİ MEVZUAT

2.8.1 Uluslararası Belgelerde Özürlü Hakları

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nin 2., 3., 16.,22. ve özellikle 25. ve 26. maddeleri engellilik konusuna devletlerin yaklaşımı ile ilgili temel dayanaklardır. BM Genel Kurulu'nun İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'ne ek 9 Aralık 1975'de 3447 sayılı Kararı ile "Sakat kişilerin Hakları Bildirisi" yayımlanmıştır. 13 Maddeden oluşan bu bildiri, uluslar arası tarihi bir belge niteliğinde olup engelli kişilerin toplumda gereken yerlerini alarak yaşamları ve aynı zamanda toplumun engellilere karşı yükümlülüklerini belirlemektedir. Bu bildirinin özellikle 3. maddesi engelli kişilerin, engellilerin doğası, ciddiyeti ve derecesi ne olursa olsun, yaşlıları ile aynı temel haklara ve düzgün yaşam standartlarına sahip olduklarını vurgulamaktadır (75).

BM'e bağlı ILO ve DSÖ'nün özürlülük ve özürülülerin sorunlarını kendi ilgi alanları açısından daha ayrıntılı biçimde ele aldıkları görülmektedir. DSÖ daha çok özürülülerin nüfus içindeki dağılımlarına ilişkin araştırmalar yapıp, istatistiksel veriler yayımlarken, ILO 1987 yılında 63. oturumunda özürülülerin mesleki rehabilitasyonu ve istihdamlarına ilişkin 159 sayılı sözleşmeyi kabul etmiştir (75).

BM Genel Kurulu'nca 1981 yılı Dünya Sakatlar Yılı ve 1981 yılını izleyen 10 yıl Dünya Sakatlar On Yılı olarak ilan edilmiştir. Bu dönemde "Eşitlik ve Toplumsal Yaşama Tam Katılım" anlayışı kabul edilmiş ve tüm ülkelerin sakatlar için eylem planı yapmaları ve bunları hayata geçirmeleri istenmiştir (75).

1989 tarihli ve 3581 Sayılı Yasa ile onaylanan "Avrupa Sosyal Şartı"nın 15. maddesi ile sözleşmeyi kabul eden ülkelerin bedensel yada zihinsel engellilerin mesleki eğitimleri, mesleğe ve topluma yeniden uyum hakkının etkin biçimde kullanılmasını sağlamak üzere yeterli önlemler almayı taahhüt ettikleri kabul edilmiştir (75).

İnsan Hakları Evrensel beyannamesi çerçevesinde BM 20 Kasım 1989 tarihinde "Çocuk Haklarına Dair Sözleşmeyi" kabul etmiş bu sözleşmenin 23. maddesinde engelli çocukların haklarına yer verilmiştir. Çocuk hakları sözleşmesi uluslar arası antlaşma olarak bağlayıcı güce sahiptir. Bağlayıcılık uluslar arası olduğu kadar katılan ve onaylayan devletlerin iç hukuku bakımından da söz konusudur (75).

BM Genel Kurulunun 20 Aralık 1993 tarihinde yapılan toplantısında alınan 48/96 sayılı kararla "Engelliler İçin Fırsat Eşitliği Konusunda Standart Kurallar" başlığıyla kapsamlı

ve ayrıntılı bir haklar bildirgesi kabul edilmiştir. “Standart Kurallar”1975 yılında kabul edilen “Engelli Kişilerin Hakları Bildirgesi”n deki hakları daha ayrıntılamakta ve kapsamlı bir biçimde yeniden tanımlamaktadır (75).

Standart Kurallar BM Genel Kurulu’nda kabul edilmekle birlikte tavsiye niteliğindedir ve yaptırımdan yoksundur. Bu yüzden uluslar arası bir sözleşme metnine dönüştürülmesi yolundaki çalışmalar sürmektedir (75).

2.8.2. Türkiye’de Özürlü Hakları ve İlgili Mevzuat

Ülkemizde engellilere yönelik mevzuatın gelişmesine ulusal ve uluslar arası bazı önemli olguların katkıda bulunduğu görülmektedir. Osmanlı Devleti döneminde insan hakları dolayısıyla engelli hakları ile ilgili konular söz konusu olmamakla birlikte, engellilerin yaşlılar evinde koruma altına alındığı yada bazılarının yeteneklerine uygun işlerde çalıştırıldıkları hizmetler yönünden dikkati çekmektedir. Öte yandan Osmanlı Devleti dönemindeki “enderun” üstün yeteneklilerin eğitiminin dünyadaki ilk sistemli seçim, eğitim ve istihdam örneği olarak görülmektedir. Cumhuriyet Döneminde Kasım 1923 tarihinde Gazi Mustafa Kemal tarafından uluslar arası nitelikte önemli bir gelişme ve çocuk hakları bağlamında engelli çocuklardan da söz eden 5 maddelik “Cenevre Sözleşmesi”olmuştur (75).

1949 yılında çıkarılan “Korunmaya Muhtaç Çocuklar Yasası” ile yatılı özel eğitim kurumları için yasal koşullar hazırlanmıştır (75).

1950’li yıllarda özel eğitim açısından önemli gelişmeler izlenmiştir. 1951 yılında çıkarılan yeni bir yasayla daha önce Sağlık Bakanlığı’na bağlı olan özel eğitim hizmetleri Milli Eğitim Bakanlığı’na devredilmiştir (75).

1950 yılında Altı Nokta Körler Derneği Eğitime ve Kalkındırma Derneği kurulmuştur. Korunmaya muhtaç çocuklar için 15.5.1957 tarihinde 6972 sayılı bir yasa çıkarılarak, bu yasanın 22. maddesi ile korunmaya muhtaç çocuklardan özel eğitime gereksinimi olanlar için Milli Eğitim Bakanlığı’nca gerekli önlemlerin alınması güvence altına alınmıştır. Daha sonra 1983 tarihinde çıkarılan 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile okul çağındaki çocukların eğitim ve öğretimleri MEB ile diğer kamu kurumlarına ait okullarda gerçekleştirilmesi hükme bağlanmıştır (75).

1976 yılında çıkarılan 1739 sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu’nun 8. maddesi ile de özel eğitimin genel eğitim sistemi içinde yer alması hükme bağlanmıştır (75).

1960'lı yıllarda engellilerin rehabilitasyonu konusu ele alınmış bir yandan vakıflar aracılığıyla, diğer yandan devlet eliyle rehabilitasyon merkezleri kurulmuştur. 1976 yılında işsiz engellileri ve 65 yaş üzerindeki yaşlıları belirli bir gelire kavuşturan 2022 sayılı Yasa çıkarılmıştır. Böylece 1980'lere kadar engellilerin eğitimi, rehabilitasyonu, istihdamında ve istihdam edilemeyenlerin belirli bir gelire kavuşturulmasında kısmi de olsa bazı ilerlemeler gözlenmiştir (75).

20.04.1967 tarihinde kabul edilen 854 sayılı Deniz İş Kanunu'nun 13. maddesinde "Sakatlar ve Eski Hükümlü Çalıştırma" başlığı altında düzenlenen hüküm, Türkiye'de, özürülülerin istihdamına ilişkin ilk düzenleme olması bakımından önemlidir (78).

1971 yılında 1475 sayılı İş Yasası'nda değişiklik yapılarak engellilere %2 kontenjan tanınmıştır. Daha sonra bu oran 30.5.1997 tarih ve 572 sayılı KHK ile %3 olarak değiştirilmiştir (75).

1982'de yürürlüğe konulan Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 2. maddesindeki "sosyal devlet" ilkesi, 10. maddedeki "ayırım gözetmeksizin kanun önünde eşitlik" ilkesi, 17. maddedeki "herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı", 41. maddedeki "ailenin korunması ve aile planlamasının öğretilmesi hakkı", 42. maddedeki "eğitim, öğretim hakkı", 49. maddedeki "çalışmanın bir hak olduğu, devletin çalışanları koruyarak çalışmasını desteklemek ve işsizliği önlemek için gerekli tedbirleri alacağını", 60. maddedeki "herkesin sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu", 61. maddedeki "sakatların korunmaları ve toplum yaşamlarına uyumlarını sağlayıcı önlemleri alma görevi" yasalara kaynak oluşturmuş kurallardır (75).

Türkiye ILO'nun 1975 tarihinde kabul etmiş olduğu İnsan Haklarının Değerlendirilmesinde Mesleki Eğitim ve Yönlendirmenin Yeri Hakkındaki 142 No'lu Sözleşmeyi 3850 sayılı Kanun ile 1992 Aralık ayında onaylamış bulunmaktadır. Böylece çiraklık eğitimi kapsamına alınan engelli öğrencilere aynı hakları sağlamakla yükümlü duruma gelmiştir (75).

1983 yılında yürürlüğe giren 2908 Sayılı Dernekler Yasası ile dört engel grubundaki örgütlerin (Körler Federasyonu, Sağırklar Federasyonu, Ortopedik Özürülüler Federasyonu, Zihinsel Özürülüler Federasyonu) kendi adlarını taşıyan federasyonlara girmeleri zorunlu hale getirilmiş, bu federasyonların da Türkiye Sakatlar Konfederasyonu çatısı altında birleştirilmeleri öngörülmüştür (88. Madde) (75).

24.05.1983 tarih ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'na göre (madde 4; fıkra (h)) “Çocuk yuvaları ile yetiştirme yurtlarının korunmaya muhtaç çocukların yaş, cinsiyet, sosyal ve psikolojik özellikleri ile özür dereceleri dikkate alınarak, kaynaştırma anlayışına göre gruplandırılması ve özellikle çocuk yuvalarını huzurevleri ile aynı mahallerde tesis ederek dede-torun, nine-torun ilişkilerinin sağlanması esas alınır.” Aynı kanunla özürlü ve yaşlıların tespiti, korunması, bakımı ve rehabilitasyonu hizmetlerini yürütmek, gerekli sosyal hizmet kuruluşlarını kurmak ve işletmek Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun görevleri arasında yer almaktadır (81).

Özel Eğitime muhtaç çocukların eğitimini düzenlemek üzere 12 Ekim 1983 tarih ve 2916 sayılı “Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanunu” yürürlüğe konmuştur. Bu kanun ile özel eğitime gereksinimi olan çocukların Türk Milli Eğitim Sistemi'ni düzenleyen genel esaslar doğrultusunda eğitilmeleri, iş ve meslek sahibi yapılmaları, çevre ve topluma uyum sağlamaları ile ilgili esasları düzenlemeyi amaçlamaktadır. Yasanın 3. maddesinde “özel eğitime muhtaç çocuklar; beden, zihin, ruh, duygu, sosyal ve sağlık özellikleri ve durumlarındaki olağan dışı ayrılıkları sebebi ile normal eğitim hizmetinden yararlanamayan 4–18 yaş grubundaki çocuklar” olarak belirtilmiştir (82).

Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanunu doğrultusunda “Rehberlik Hizmetleri Yönetmeliği”, “Özel Eğitim Okulları Yönetmeliği”, “Eğitilebilir Çocuklar İş Okulu Yönetmeliği” gibi yönetmelikler yayımlanmıştır. Bu yasa ve yönetmelikler özel eğitimin amaçlarının gerçekleştirilebilmesi, başarıya ulaşabilmesi yönünden hazırlandığı dönem itibarıyla reform niteliği taşır (82).

30 Mayıs 1997'de 571 sayılı Özürlüler İdaresi Başkanlığı Teşkilat ve Görevleri Hakkında KHK yayımlanmıştır. Bu kararnamenin amacı, özürlülere yönelik hizmetlerin düzenli, etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesini temin etmek için ulusal ve uluslar arası kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak, özürlülerle ilgili ulusal politikaların oluşmasına yardımcı olmak, özürlülerin problemlerini tespit etmek ve bunların çözüm yollarını araştırmak üzere Başbakanlığa bağlı Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın kurulmasına, teşkilat ve görevlerine dair esasları düzenlemektir (Madde 1) (81).

Anayasamızın 90. Maddesinin son fıkrası uyarınca “usulüne göre yürürlüğe koyulmuş milletlerarası anlaşmalar kanun hükmündedir”. Dolayısıyla 27 Ocak 1995 tarihinde

resmi gazetede yayımlanan “Çocuk Haklarına Dair Sözleşme” iç hukukumuzda girmiş bulunmaktadır (75). Bu sözleşmenin 23. maddesi özürlü çocuklarla ilgilidir (83).

22.11.2001 tarih ve 4721 sayılı Türk Medeni Kanunu’nun 340. maddesinde “Ana ve baba, çocuğu olanaklarına göre eğitirler ve onun bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlâkî ve toplumsal gelişimini sağlar ve korurlar. Ana ve baba çocuğa, özellikle bedensel ve zihinsel özürlü olanlara, yetenek ve eğilimlerine uygun düşecek ölçüde, genel ve meslekî bir eğitim sağlarlar.” hükmü yer almaktadır (72).

27.10.1999 tarih ve 4458 sayılı Gümrük Kanunu’nun 167. maddesinde gümrük vergilerinden muaf tutulacak eşyalar arasında malul ve sakatların kullanımına mahsus eşyalarda sayılmıştır (72).

3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu ile özürliülerin çeşitli sosyal ve ekonomik sorunlarına çözümler bulunması amaçlanmıştır (6).

03.07.2005 tarih ve 5393 sayılı Belediye Kanunu’nun 14., 38., 60. ve 77. maddelerinde de engellilere yönelik hizmetlere değinilmektedir (78).

10 Temmuz 2004 tarih ve 5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunu’nda Büyükşehir belediyelerine verilen görev, yetki ve sorumluluklar arasında engellilerle ilgili hususlar yer almaktadır (78).

Ayrıca 5302 sayılı İl Özel İdareleri Kanununa engellilerle ilgili hususlar eklenmiştir (78).

İmar Kanunu: (Kanun No: 3194, Tarih: 03.05.1985 ve 572 sayılı KHK ile yapılan değişiklik) Ek Madde1. Fiziksel çevrenin özürliüler için ulaşılabilir kılınması için, imar planları ile kent teknik altyapı alanlarında ve yapılarda Türk Standartları Enstitüsü’nün ilgili standartlarına uyulması zorunludur (78).

Sağlık Temel Kanunu: (Kanun No: 3359, Tarih: 07.05.1987, 572 sayılı KHK ve 5378 sayılı Kanun’la yapılan değişiklik) (Ek: 30/5/1997 - KHK - 572/24 md.) Özürliü çocuk doğumlarının önlenmesi için, gebelik öncesi ve gebelik döneminde tıbbi ve eğitsel çalışmalar yapılır. Yeni doğan bebeklerin metabolizma hastalıkları için gerekli olan testlerden geçirilerek risk taşıyanların belirlenmesine ilişkin tedbirler alınır. (Ek: 1/7/2005-5378/34 md.) Rehabilit edici tıbbi hizmetlerde kullanılan yardımcı araç ve gereçleri üretmek amacıyla, kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve tüzel kişiler tarafından kurulacak kuruluşların açılış iznini vermeye Sağlık Bakanlığı yetkilidir. Bu

kurum ve kuruluşların açılış izninin verilmesine, üretim ve personel standardına, işleyiş ve denetimi ile daha önce açılmış olan kurum ve kuruluşların durumlarına ilişkin esaslar Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir (72).

Milli Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun: (Kanun No:3797 Tarih: 30.04.1992 ve 5378 sayılı Kanun'la yapılan değişiklik) Ek Madde 3. Görme, ortopedik, işitme, dil-konuşma, ses bozukluğu, zihinsel ve ruhsal özürli çocuklardan özel eğitim değerlendirme kurulları tarafından, özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerine devam etmeleri uygun görülenlerin eğitim giderlerinin, her yıl bütçe uygulama talimatında belirlenen miktarı Milli Eğitim Bakanlığı bütçesine konulacak ödenekten karşılanır (72).

Devlet Memurları Kanunu: (Kanun No: 657 Tarih:14.07.1965, 572 sayılı KHK ve 5378 sayılı Kanun'la yapılan değişiklik) Özürlülerin devlet memurluğuna alınmaları ile ilgili 53. madde (Yeniden düzenleme: 12/2/1982 - 2595/3 md.), (Değişik birinci fıkra: 1/7/2005-5378/20 md.) Mevzuata uygun olmak kaydıyla; özürlülerin mesleklerine uygun münhal kadrolara atanması, mesleklerini icra veya infaza yardımcı araç ve gerecin kurumlarınca temin edilmesi esastır. Özürlülerin Devlet memurluğuna alınma şartları ile hangi işlerde çalıştırılacakları, mesleklerini icra ve infazda hangi yardımcı araç ve gereçlerin kurumlarınca temin edileceği, zihinsel özürlülerin hangi görevlere atanmasında asgari eğitim şartından istisna edileceği hususları Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Özürlüler İdaresi Başkanlığı ve Devlet Personel Başkanlığınca müştereken hazırlanacak yönetmelikle düzenlenir. (Ek: 30/5/1997 - KHK - 572/15 md.) Kurum ve kuruluşlar bu Kanuna göre çalıştırdıkları personele ait kadrolarda % 3 oranında özürli çalıştırmak zorundadır. %3'ün hesaplanmasında ilgili kurum veya kuruluşun (taşra teşkilatı dahil) toplam dolu kadro sayısı dikkate alınır. (Ek: 30/5/1997 - KHK - 572/15 md.) Kurum ve kuruluşlar, çalıştırdıkları ve işten ayrılan özürli personel sayısını üç ayda bir Devlet Personel Başkanlığına bildirmekle yükümlüdür. Bu Kanun kapsamındaki kurum ve kuruluşlarda, ikinci fıkrada tespit edilen oranda özürli personel çalıştırma yükümlülüğünün yerine getirilmesinin takip ve denetiminden Devlet Personel Başkanlığı sorumludur (72).

Gelir Vergisi Kanunu: (Kanun No: 193 Tarih:31.12.1960 ve 01.01.2004 tarih ve 4842 sayılı Kanun'la yapılan değişiklik) Madde 31- Çalışma gücünün asgarî % 80'ini kaybetmiş bulunan hizmet erbabı birinci derece sakat, asgarî % 60'ını kaybetmiş

bulunan hizmet erbabı ikinci derece sakat, asgarî % 40'ını kaybetmiş bulunan hizmet erbabı ise üçüncü derece sakat sayılır ve aşağıda sakatlık dereceleri itibariyle belirlenen aylık tutarlar, hizmet erbabının ücretinden indirilir. Sakatlık derecelerinin tespit şekli ile uygulamaya ilişkin esas ve usuller Maliye, Sağlık ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik bakanlıklarınca bu konuda müştereken hazırlanacak bir yönetmelik ile belirlenir (78).

İş Kanunu: (Kanun No:4857 Tarih:22.05.2003) “Özürü, eski hükümlü ve terör mağduru çalıştırma zorunluluğu” başlığı altındaki 30. madde özürülülerle ilgilidir. Bu maddeye göre, “İşverenler 50 veya daha fazla işçi çalıştırdıkları işyerlerinde her yılın Ocak ayı başından itibaren yürürlüğe girecek şekilde Bakanlar Kurulunca belirlenecek oranlarda özürü işçiyi meslek, beden ve ruhi durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlüdürler. Bu kapsamda çalıştırılacak işçilerin toplam oranı yüzde altıdır. Ancak özürülüler için belirlenecek oran, toplam oranın yarısından az olamaz”. Bakanlar Kurulu, İş Kanunu’nun 30. maddesi çerçevesinde çalıştırılması gerekenlere ilişkin oranları, 1.1.2006’dan itibaren geçerli olmak üzere yeniden belirlemiştir. 27.06.2005 tarih ve 2005/9077 sayılı, “İşverenlerin Elli Veya Daha Fazla İşçi Çalıştırdıkları İşyerlerinde Çalıştırmaları Gereken Özürü, Eski Hükümlü ve 3713 Sayılı Terörle Mücadele Kanunu’nun Ek 1. Maddesinin (B) Fıkrası Kapsamındaki Terör Mağduru Çalıştırma Oranlarının Belirlenmesine İlişkin Bakanlar Kurulu Kararı22 (08.07.2005 tarih ve 25869 sayılı Resmi Gazete) Madde 2’ye göre, “4857 sayılı Kanun’un 30. maddesi kapsamına giren işyerlerinde oranlar; kamu işyerlerinde özürülüler için %4, eski hükümlüler için %2 olarak; özel sektör işyerlerinde özürülüler için %3, eski hükümlüler için %1, terör mağdurları için %2 olarak belirlenmiştir”(78).

Yine İş Kanunu’nun 30. maddesine göre, işyerinin işçisi iken sakatlananlara öncelik tanınacaktır. İşverenler çalıştırmakla yükümlü oldukları işçileri Türkiye İş Kurumu aracılığı ile sağlayacaklardır. Bu kapsamda çalıştırılacak işçilerin nitelikleri, hangi işlerde çalıştırılabilecekleri, bunların işyerlerinde genel hükümler dışında bağlı olacakları özel çalışma ile mesleğe yönltilmeleri, mesleki yönden işverence nasıl işe alınacakları, Adalet Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca birlikte çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir (78).

Özürülüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun: (Kanun No:5378 Tarih :01.07.2005 (Yayımlandığı Resmi Gazete: Tarih:07.07.2005 Sayı:25868)) “Madde1.- Bu Kanunun amacı;

özürlülüğün önlenmesi, özürllülerin sağık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunlarının çözümlü ile her bakımdan gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirleri alarak topluma katılımlarını sağlamak ve bu hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemeleri yapmaktır”(72).

5378 Sayılı Kanunun özürllüleri ilgilendiren bir takım yasal düzenlemelerde değişiklik yapmış ve yeni bir takım düzenlemeler getirmiştir (78).

T.C. Başbakanlık Özürllüleri Dairesi Başkanlığı’nca hazırlanan, Özürllüleri Kanunu ve İlgili Mevzuat adlı kitapta özürllüleri ilgili yürürlükte olan: 41 adet Kanun, 2 adet KHK, 26 adet Yönetmelik, 6 adet Genelge ve 4 adet Tebliğ yer almaktadır (72).

Yine T.C. Başbakanlık Özürllüleri İdaresi Başkanlığı ilki 29 Kasım–02 Aralık 1999, ikincisi 26-28 Eylül 2005 tarihlerinde olmak üzere “Çağdaş Toplum Yaşam ve Özürllüleri”ve “Yerel Yönetimler ve Özürllüleri”adları altında, özürllü ve özürllülük konusunda, her türlü görüş ve çözümlü önerilerini tartişmak ve ulusal politikalara esas olacak ilke ve programlar oluşturmak, kamuoyunun bu konuda bilinçlenmesine katkıda bulunmak, ulusal ve uluslararası alanlardaki görüş ve düşünce ve gelişmelerin aktarılmasını, tartişılmasını sağlamak ve özürllüleri ilgili konularda tetkik ve teklif niteliğinde kararlar almak amacıyla I. ve II. Özürllüleri Őurasi’nı düzenlemiştir (75, 78).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma, amacına göre tanımlayıcı, kapsadığı zamana göre kesitsel bir çalışmadır.

Araştırma, H.M. Güldüoğlu Sağlık Ocağı bölgesinde yapılmıştır. Güldüoğlu Sağlık Ocağı, Kayseri il merkezinde, Melikgazi ilçesinde hizmet vermekte olan kent tipi bir ocaktır. Sağlık Ocağına Yanıkoğlu, Kalpaklıoğlu, Gavremoğlu, Camiikebir, Tacettinveli, Seyit Gazi, Kılıçaslan ve Gültepe mahalleleri bağlıdır. Nüfusun % 49.7'si kadın, % 50.3'ü erkektir. Bölgenin öğrenim durumu oldukça yüksek olup okuma yazma oranı % 85.2' dir.

Sağlık Ocağı Bölgesi 2006 yılı yıl ortası nüfusu 29317'dir. DSÖ' nün 1981 yılında yayınladığı istatistiklerde dünyada özürlülük sıklığı %10 olarak bildirilmiştir. 29317 nüfuslu bölgede görülme sıklığı % 10, kabul edilebilir en düşük oran % 5 kabul edilerek Epi İnfö 6.0 programı ile % 99,9 olasılık için alınması gereken örnek büyüklüğü 385 olarak bulunmuştur. Sağlık Ocağı ev halkı tespit fişlerinden % 10 örnekleme yapılması ve örnekleme 400 kişi alınması planlanmıştır.

H.M. Güldüoğlu Sağlık Ocağı bölgesinde 01 Mayıs- 30 Eylül 2006 tarihleri arasında, 406 hane ziyaret edilmiş ve 1647 kişiye ait veri toplanmıştır. Veriler bizzat araştırmacı tarafından yüz yüze anket uygulanarak toplanmıştır. İlk adreslerin bulunmasında sağlık ocağının bölgeden sorumlu ebesinden bilgi alınmıştır. Hane ile ilgili tam bilgiye ulaşmak amacıyla görüşme için aile reisi veya evin hanımı tercih edilmiştir. Araştırmaya alınanların % 84'ü hakkında bilgi evin hanımından alınmıştır.

Araştırmada kullanılan anket üç bölümünden oluşmaktadır. Birinci bölümde hane halkının sosyodemografik özellikleri sorgulanmıştır. Bunlar yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, medeni hal, akraba evliliği, sosyal güvence, hanenin gelir düzeyi, konut özelliği vs. ile ilgilidir. Bu özellikler Ek 1’de yer almaktadır. Daha sonra DSÖ’ nün önerileri doğrultusunda hazırlanmış özörlölük listesi kullanılarak evde yaşayan özörlölü birey olup olmadığı sorgulanmıştır (Ek 1).

Üçüncü bölümde ‘‘Özörlölü Değerlendirme Formu’’ doldurulmuştur (Ek 2). Bu formda özörlölölüğün türü, zamanı, nedeni, özre yönelik; tedavi olma, yardımcı cihaz kullanma, rehabilitasyon hizmetinden yararlanma ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumları sorgulanmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce amaca uygun hazırlanan anket yöntemiyle 01 Nisan–15 Nisan 2006 tarihleri arasında bir ön uygulama yapılmış, anketin işlerliği değerlendirilmış ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra veri toplanmaya başlanmıştır.

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 10.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmıştir. Tablolarda sayılar yüzdelerle birlikte, ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiştir. İstatistiksel analizlerde ki kare testi kullanılmış ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırma, 406 hanede 1647 kişiyi kapsamaktadır. Araştırma sonucunda hanede yaşayan kişi sayısı ortalama 4.1 olarak bulunmuştur. Elde edilen bulgular dört grupta toplanmıştır:

1. Bölgede yaşayan nüfusun yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, sosyal güvence, gelir durumu, akraba evliliği, oturulan evin özelliği gibi sosyo-demografik özellikleri.
2. Özürlü olan ve olmayan kişilerin sosyo-demografik özellikleri.
3. Özürlülük türleri ve özürlülük nedenlerine ait veriler.
4. Özürlü bireylerin özürlerine yönelik tedavi olma, alet ya da cihaz kullanma, rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma ve günlük yaşam aktivitelerine ait veriler.
5. Araştırma kapsamına dahil olan kişilerin bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Araştırmaya Alınanların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler (n=1647)	Sayı	%
Cinsiyet		
Erkek	819	50.3
Kadın	828	49.7
Yaş Grupları		
0-14	388	23.6
15-29	448	27.2
30-44	362	21.9
45-64	346	21.0
65 ve üzeri	103	6.3
Eğitim Durumu		
Okul öncesi dönem	151	9.2
Okur- yazar değil	73	4.4
İlkokul ve altı	676	41.1
Ortaokul mezunu	193	11.7
Lise mezunu	367	22.3
Üniversite mezunu	187	11.3
Medeni Durum		
Evli	849	51.6
Bekar	353	21.4
Boşandı	17	1.0
Eşi öldü	40	2.4
0-14 yaş grubunda	388	23.6
Meslek		
İşçi	215	13.1
Memur	59	3.6
Serbest Meslek	76	4.6
Esnaf	49	2.9
Emekli	176	10.7
Ev Hanımı	433	26.3
İşsiz	76	4.6
0-14 yaş grubu/Öğrenci	563	34.2
Anne- Baba Akrabalığı		
Akrabalık var	299	18.2
Akrabalık yok	1348	81.8
Sosyal Güvence		
SSK	960	58.3
Emekli Sandığı/ Resmi	254	15.4
Bağ-Kur	256	15.5
Yeşil Kart	21	1.3
Diğer	12	0.7
Sosyal Güvencesi Olmayan	144	8.8

Yaş gruplarına bakıldığında, incelenen nüfusun %23.6'sının 0-14 yaş grubunda, %27.3'ünün ise 45 yaş ve üzeri grupta olduğu görülmektedir. Araştırma grubunun yaş ortalaması ise 31.39 ± 19.59 olarak saptanmıştır.

Yine tablo incelendiğinde araştırma grubunun %4.4'ünün okur-yazar olmadığı, %41.1'inin ise ilkökul ve altı eğitim düzeyinde olduğu görülmektedir. Araştırma nüfusunun %51.6'sının evli olduğu görülmektedir. İncelenen nüfusun %24.2'si herhangi bir işte çalışırken, %10.6'sı emeklidir. İşsizlerin oranı ise % 4.6 olarak saptanmıştır.

Araştırma grubunda akraba evliliği oranı %18.2'dir. Araştırmaya katılanların %58.3'ü SSK olmak üzere %91.3'ü herhangi bir sosyal güvenceye sahip iken , sosyal güvencesi olmayanların oranı %8.7'dir.

Araştırma grubunun ev ve gelir durumuna göre dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Araştırma Grubunun Ev ve Gelir Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Ev Kime Ait		
Kendinin	267	65.8
Kira	106	26.1
Yakınının/Kira Vermiyor	33	8.1
Gelir Durumu		
0-499 YTL/ay	47	11.6
500-999 YTL/ay	148	36.5
1000-1999 YTL/ay	179	44.1
2000 YTL ve üstü	32	7.9
Toplam	406	100.0

Tablo incelendiğinde araştırmaya alınan hanelerden %65.8'i kendi evinde otururken, %26.1'inin kirada oturmakta olduğu görülmektedir. %8.1'i ise yakınının evinde ya da kira vermeden oturmaktadır. Yine hanelerin % 11.6'sının geliri 0-499 YTL/ay iken % 52.0'ı ayda 1000 YTL ve üstü gelire sahiptir.

Anne- babası arasında akraba evliliği olanların yakınlık derecesine göre dağılımı Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Anne- Babası Arasında Akraba Evliliği Olanların Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı

Akrabalık Derecesi*	Sayı	%
Kardeş çocukları	155	51.8
2. dereceden akraba	46	15.4
Uzak akraba	98	32.8
Toplam	299	100

* Bireyin babasının annesine yakınlık derecesi

Anne-babası arasında akraba evliliği olanların %51.8'inde birinci derece akrabalık tespit edilmiştir. %32.8'i ise uzak akrabadır.

Araştırmaya katılanların yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.4'de verilmiştir.

Tablo 4.4. Araştırmaya Alınan Bireylerin Yaş Grubu ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş Grubu	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-14	201	24.5	187	22.6	388	23.6
15-29	212	25.9	236	28.5	448	27.2
30-44	169	20.6	193	23.4	362	22.0
45-64	184	22.5	162	19.6	346	21.0
65 ve üstü	54	6.5	49	5.9	103	6.2
Toplam	819	100.0	828	100.0	1647	100.0

$X^2= 4.754$

$p>0.05$

Tablo incelendiğinde genel olarak orta ve ileri yaşta bir nüfus ile çalışıldığı görülmektedir. Yaş grupları ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırma grubunun eğitim durumu ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.5'de görülmektedir.

Tablo 4.5. Araştırma Grubunun Eğitim Durumu ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Eğitim Durumu	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okul öncesi dönem	85	10.3	66	7.9	151	9.1
Okur-yazar değil	12	1.5	61	7.4	73	4.4
İlkokul ve altı	299	36.5	377	45.5	676	41.1
Orta okul	103	12.6	90	10.8	193	11.7
Lise	199	24.3	168	20.3	367	22.3
Üniversite ve üstü	121	14.8	66	7.9	187	11.3
Toplam	819	100.0	828	100.0	1647	100.0

 $X^2= 63.9$ $p<0.001$

Araştırma grubunda üniversite ve üstü eğitime sahip olan grupta erkeklerin, okuryazar olmayan grupta da kadınların oranı daha yüksektir. Bu iki fark nedeniyle cinsiyetler arasındaki eğitim düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı biçimde birbirinden farklı olarak bulunmuştur.

Araştırma grubunun meslek ve cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Araştırma Grubunun Meslek ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Meslek	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İşçi	175	21.4	40	4.8	215	13.1
Memur	41	5.0	18	2.2	59	3.6
Serbest Meslek	73	8.9	3	0.4	76	4.6
Esnaf	48	5.8	1	0.1	49	3.0
Çalışmıyor*	166	20.3	443	53.5	609	37.0
İşsiz	33	4.0	43	5.2	76	4.6
0-14 yaş grubu/Öğrenci	283	34.6	280	33.8	563	34.1
Toplam	819	100.0	828	100.0	1647	100.0

* Ev hanımı ve emekliler de bu gruba dahildir

 $X^2= 330.57$ $p<0.001$

Tablo incelendiğinde çalışmayan grupta kadınların oranı yüksek iken işçi, memur, serbest meslek ve esnaflarda ise erkeklerin oranı daha yüksektir. Bu farklılıklardan dolayı meslek gruplarının cinsiyetlere göre dağılımı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Araştırmaya alınan bireylerin özürlülük durumuna göre dağılımı Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Araştırmaya Alınan Bireylerin Özürlülük Durumuna Göre Dağılımı

Özürlülük Durumu	Sayı	%
Özürlülük durumu yok	1458	88.5
Bir özürlü var	118	7.2
İki özürlü var	56	3.4
Üç ve daha fazla özürlü var	15	0.9
Toplam	1647	100.0

Araştırmaya alınan bireylerin %11.5’inde özürlülük durumu olmakla birlikte %7.2’sinin bir özürlü, %3.4’ünün aynı anda iki özürlü, %0.9’unun ise üç ve daha fazla özürlü olduğu görülmektedir.

Araştırmaya alınan bireylerin yaş gruplarına göre özürlülük durumlarının dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8. Araştırmaya Alınan Bireylerin Yaş Gruplarına Göre Özürlülük Durumlarının Dağılımı

Yaş Grubu	Özürlülük Durumu				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-14	11	2.8	377	97.2	388	100.0
15-29	11	2.5	437	97.5	448	100.0
30-44	32	8.8	330	91.2	362	100.0
45-64	85	24.6	261	75.4	346	100.0
65 ve üstü	50	48.5	53	51.5	103	100.0
Toplam	189	11.5	1458	88.5	1647	100.0

$X^2=264.560$ $p<0.001$

Araştırmaya alınanların yaş gruplarına göre özürlülük durumunun dağılımına bakıldığında, yaş ilerledikçe özürlülük sıklığında artma olduğu görülmektedir. 65 yaş ve üzeri grupta özürlülük sıklığı en fazla olup, bu oran % 48.5'tir. Özürlülük sıklığı en düşük 15-29 yaş grubunda olup bu oran %2.5'tir.

30 yaşın altındaki gruplarda özürlülük görülme bakımında fark bulunmazken 30 yaşın üzerindeki yaş gruplarında özürlülük istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olarak bulunmuştur.

Araştırmada özürlü olmayanların yaş ortalaması 28.7 ± 18.2 , özürlü olanların yaş ortalaması ise 51.9 ± 17.8 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya alınanların cinsiyete göre özürlülük durumlarının dağılımı Tablo 4.9'da verilmiştir.

Tablo 4.9. Araştırmaya Alınanların Cinsiyete Göre Özürlülük Durumlarının Dağılımı

Cinsiyet	Özürlülük Durumu				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	80	42.3	739	50.7	819	49.7
Kadın	109	57.7	719	49.3	828	50.3
Toplam	189	100.0	1458	100.0	1647	100.0

$$X^2= 4.83 \quad p < 0.05$$

Araştırmaya alınanların cinsiyete göre özürlülük durumlarının dağılımı incelendiğinde, kadınlarda özürlülük sıklığının anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırma grubundaki bireylerin sosyal güvenlik durumlarına göre özürlülük durumlarının dağılımı Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Araştırma Grubundaki Bireylerin Sosyal Güvenlik Durumlarına Göre Özürlülük Durumlarının Dağılımı

Sosyal Güvence	Özürlülük Durumu				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SSK	115	60.8	845	58.0	960	58.3
Emekli Sandığı/Resmi	35	18.5	219	14.9	254	15.4
Bağ-Kur	23	12.2	233	16.0	256	15.5
Yeşil Kart	7	3.7	14	1.0	21	1.4
Diğer	2	1.1	10	0.7	12	0.7
Sosyal Güvencesi Olmayan	7	3.7	137	9.4	144	8.7
Toplam	189	100.0	1458	100.0	1647	100.0

$$X^2=19.527 \quad p < 0.05$$

Özürllük durumu, yeşil kartlılarda daha yüksek, sosyal güvencesi olmayanlarda ise daha düşük olarak bulunmuştur ve bu iki gruptan kaynaklanan farklılık da istatistiksel olarak önemli bulunmuştur.

Araştırmaya alınanların medeni durumlarına göre özürllük durumlarının dağılımı Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11. Araştırmaya Alınanların Medeni Durumlarına Göre Özürllük Durumlarının Dağılımı

Medeni Durum	Özürllük Durumu				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Evli	141	16.6	708	83.4	849	100.0
Bekar	15	4.2	338	95.8	353	100.0
Boşandı	4	23.5	13	76.5	17	100.0
Eşi öldü	18	45.0	22	55.0	40	100.0
0-14 yaş grubunda	11	2.8	377	97.2	388	100.0
Toplam	189	11.5	1458	88.5	1647	100.0

$X^2=115.359$ $p<0.001$

Araştırmaya alınanların medeni durumlarına göre özürllük durumu değerlendirildiğinde, eşi ölmüş olanlarda özürllük sıklığının diğer gruplardan yüksek olduğu görüldü (%45.0). Bu grubu %23.5’lik oranla boşanmış olanlar, %16.6 ile evli olanlar takip ediyordu. Bekarlarda ise özürllük sıklığı %4.2 olarak bulundu. İstatistiksel olarak medeni durum ile özürllük durumu arasındaki fark önemli bulunmuştur.

Araştırma grubunun eğitim durumuna göre özürllük durumunun dağılımı Tablo 4.12’de verilmiştir.

Tablo 4.12. Araştırma Grubunun Eğitim Durumuna Göre zrllk Durumlarının Dağılımı

Eğitim Durumu	zrllk Durumu				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Okul ncesi dönem	4	2.1	147	10.1	151	9.2
Okur-yazar değil	40	21.2	33	2.3	73	4.4
İlkokul ve altı	96	50.8	580	39.8	676	41.0
Ortaokul	14	7.4	179	12.3	193	11.7
Lise	23	12.2	344	23.5	367	22.3
Üniversite ve st	12	6.3	175	12.0	187	11.4
Toplam	189	100.0	1458	100.0	1647	100.0

$$X^2= 169.27 \quad p< 0.001$$

Tablo incelendiğinde okur-yazar olmayan grupta zrl bireylerin oranı daha fazla iken okul öncesi dönemde sağlıklı bireylerin oranı daha fazladır. Genel olarak eğitim düzeyinin artmasıyla zrllk oranının düştüğü grlmektedir. Eğitim durumu ile zrllk durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Araştırmaya alınanların mesleklere göre zrllk durumlarının dağılımı Tablo 4.13'de verilmiştir.

Tablo 4.13. Araştırmaya Alınanların Mesleklere Göre Özürlülük Durumlarının Dağılımı

Meslek	Özürlülük Durumu				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İşçi	8	4.2	206	14.1	214	13.0
Memur	7	3.7	52	3.6	59	3.6
Serbest Meslek	3	1.6	73	5.0	76	4.6
Esnaf	3	1.6	46	3.2	49	3.0
Emekli	50	26.5	126	8.6	176	10.6
Ev Hanımı	92	48.7	342	23.5	434	26.4
İşsiz	14	7.4	62	4.3	76	4.6
0-14 yaş grubu/Öğrenci	12	6.3	551	37.7	563	34.2
Toplam	189	100.0	1458	100.0	1647	100.0

$$X^2=160.305 \quad p < 0.001$$

Tablo incelendiğinde özürlülük sıklığının en fazla ev hanımları (%48.7) ve emeklilerde (%26.5) olduğu görülmektedir. Özürlü bireylerin %11.1'i herhangi bir işte çalışırken %7.4'ü işsizdir. Meslek grupları ile özürlülük durumu arasındaki farklılık istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur.

Araştırma grubunun gelir düzeylerine göre özürlülük durumunun dağılımı Tablo 4.14'de verilmiştir.

Tablo 4.14. Araştırma Grubundaki Bireylerin Gelir Düzeylerine Göre Özürlülük Durumunun Dağılımı

Gelir Düzeyi	Özürlülük Durumu				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
0-499 YTL/ay	17	9.1	169	90.9	186	100.0
500-999 YTL/ay	83	15.3	459	84.7	542	100.0
1000-1999 YTL/ay	78	9.9	708	90.1	786	100.0
2000 YTL ve üstü	11	8.3	122	91.7	133	100.0
Toplam	189	11.5	1458	88.5	1647	100.0

$$X^2 = 12.067 \quad p < 0.05$$

Özürlülük sıklığı gelir düzeyi orta olanlarda 15.3'lük oranla en fazladır. Gelir düzeyi yüksek olanlarda ise özürlülük sıklığının en düşük olduğu gözlenmiştir (%8.3). Gelir düzeyi ile özürlülük durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Araştırmaya alınanların akrabalık durumuna göre özürlülük durumunun dağılımı Tablo 4.15'de verilmiştir.

Tablo 4.15. Araştırmaya Alınanların Akrabalık Durumuna Göre Özürlülük Durumlarının Dağılımı

Akrabalık Durumu	Özürlülük Durumu				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Akrabalık var	26	13.8	273	18.7	299	18.2
Akrabalık yok	163	86.2	1185	81.3	1348	81.8
Toplam	189	100.0	1458	100.0	1647	100.0

$$X^2 = 2.78 \quad p > 0.05$$

Araştırmada özürlülük ile akrabalık durumu arasındaki ilişki incelenmiş ve özürlü bireylerin %13.8'inin anne babası arasında akrabalık tespit edilmiştir. Özürlü olmayan bireylerinse %18.7'sinin anne-babası akrabadır. Özürlülük durumu ile akrabalık durumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Araştırmaya alınan grupta aralarında akrabalık olanların akrabalık derecelerine göre özürlülük durumlarının dağılımı Tablo 4.16’da verilmiştir.

Tablo 4.16. Araştırmaya Alınan Grupta Aralarında Akrabalık Olanların Akrabalık Derecelerine Göre Özür Durumlarının Dağılımı

Akrabalık Derecesi	Özürlülük Durumu				Toplam	
	Var		Yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kardeş çocukları	18	69.2	137	50.2	155	51.8
2. derece akraba	3	11.5	43	15.6	46	15.4
Uzak akraba	5	19.2	93	34.2	98	32.8
Toplam	26	100.0	273	100.0	299	100.0

$$X^2 = 3.529 \quad p > 0.05$$

Araştırmada özürlülük durumu ile akrabalık derecesi arasındaki ilişki incelenmiş ve özürlü olma ile akrabalık derecesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Akrabalık durumuna göre özrün ortaya çıkış zamanı Tablo 4.17’de verilmiştir.

Tablo 4.17. Akrabalık Durumuna Göre Özrün Ortaya Çıkış Zamanı

Akrabalık Durumu	Özür Durumu				Toplam	
	Doğuştan özürlü		Sonradan olma özürlü			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Akrabalık var	7	33.3	19	11.3	26	13.8
Akrabalık yok	14	66.7	149	88.7	163	86.2
Toplam	21	100.0	168	100.0	189	100.0

$$X^2 = 7.63 \quad p < 0.05$$

Akrabalık durumuna göre özrün ortaya çıkış zamanı incelendiğinde doğuştan özürlülerin %33.3'ünün anne babasında akrabalık bulunurken, sonradan olma özürlülerin %11.3'ünün anne babası arasında akrabalık vardı. Görüldüğü gibi doğuştan özürlü olan gruptaki bireylerin anne babaları arasında akraba evliliği oranı belirgin şekilde yükselmektedir. Doğuştan özürlü olanlarla sonradan özürlü olanlar arasında, akrabalık durumu açısından fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sağlık Ocağı Bölgesinde incelenen 1647 kişi arasında 189 özürlü tespit edilmiştir. Böylece, bölgedeki özürlülük sıklığı %11.5 olarak bulunmuştur. Toplam olarak 189 özürlü tespit edilmesine rağmen, özür sayısı 281 olarak bulunmuştur. Yani kişi başına 1.5 özür düşmektedir.

Araştırmada tespit edilen özürlü bireylerin özür türlerine göre dağılımı Tablo 4.18'de verilmiştir.

Tablo 4.18. Araştırmada Saptanan Özürlü Bireylerin Özür Türlerine Göre Dağılımı

Özür Türü (Özürlü sayısı=189)	Sayı	%
Kronik iç organ bozuklukları	125	66.1
Kas-İskelet sistemi bozuklukları	71	37.6
Göz ve görme ile ilgili bozukluklar	16	8.5
Lisan ve konuşma bozuklukları	16	8.5
Psikolojik bozukluklar	15	7.9
Öğrenme bozuklukları	14	7.4
Şekil- görünüm bozuklukları	7	3.7
İşitme bozuklukları	6	3.2
Diğer bozukluklar	11	5.8

Tablonun incelenmesiyle özürlü bireylerde en sık kronik iç organ bozuklukları görülmektedir (%66.1). Bunu %37.6'lık oranla kas-iskelet sistemi bozuklukları, %8.5'lik oranla göz ve görme ile ilgili bozukluklar ve lisan ve konuşma bozukluklarının takip ettiği görülmektedir. Psikolojik bozuklukların görülme sıklığı %7.9 iken, öğrenme bozukluklarının sıklığı %7.4'tür. İşitme bozuklukları ise %3.2'lik oranla en düşüktür.

Araştırmada tespit edilen özür türlerinin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4.19'da verilmiştir.

Tablo 4.19. Yaş Gruplarına Göre Özür Türlerinin Dağılımı

Özür Türü	Yaş Grupları						Toplam	
	0-14		15-44		45 ve üstü		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kronik iç organ bozuklukları	3	9.4	12	20.3	110	57.9	125	44.5
Kas-iskelet sistemi ve şekil-görünüm bozuklukları	8	25.0	19	32.3	51	26.8	78	27.8
Görme, işitme, konuşma ve diğer bozukluklar	15	46.9	12	20.3	22	11.6	49	17.4
Öğrenme bozuklukları ve psikolojik bozukluklar	6	18.7	16	27.1	7	3.7	29	10.3
Toplam	32	100.0	59	100.0	190	100.0	281	100.0

$$X^2 = 71.216 \quad p < 0.05$$

Tablo incelendiğinde 0-14 yaş grubunda en sık görülen özür türünün görme, işitme, konuşma ve diğer bozukluklar olduğu görülmektedir. 15-44 yaş grubunda ise en sık kas-iskelet sistemi ve şekil-görünüm bozuklukları görülmektedir. 45 ve üstü yaş grubunda ise kronik iç organ bozuklukları en sık görülen özür türüdür. Yaş grupları ile özür türleri arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Araştırmada tespit edilen özür türlerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.20'de verilmiştir.

Tablo 4.20. Cinsiyete Göre Özur Türlerinin Dağılımı

Özur Türü	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kronik iç organ bozuklukları	51	48.1	74	42.3	125	44.5
Kas-iskelet sistemi ve şekil-görünüm bozuklukları	17	16.0	61	34.9	78	27.8
Görme, işitme, konuşma ve diğer bozukluklar	25	23.6	24	13.7	49	17.4
Öğrenme bozuklukları ve psikolojik bozukluklar	13	12.3	16	9.1	29	10.3
Toplam	106	100.0	175	100.0	281	100.0

$$X^2 = 13.238 \quad p < 0.05$$

Araştırmada kas-iskelet sistemi ve şekil-görünüm bozukluklarının kadınlarda daha fazla görüldüğü, görme, işitme, konuşma ve diğer bozukluklarınsa erkeklerde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Özur türleri ile cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Araştırmada tespit edilen özur türlerinin dağılımı Tablo 4.21’de verilmiştir.

Tablo 4.21. Araştırmada Tespit Edilen Özur Türlerinin Dağılımı

Özur Türü	Sayı	%
Kronik İç Organ Bozuklukları (n=125)		
Hipertansiyon	78	62.4
Diabetes Mellitus	43	34.4
KVS Hastalıkları	34	27.2
Diğer	31	24.8
Kas İskelet Sistemi Bozuklukları (n=71)		
Osteoartroz	19	28.2
Serebral Palsi	10	14.1
Romatizmal Hastalıklar	10	14.1
Diğer	26	36.6
Göz ve Görme İle İlgili Bozukluklar (n=16)		
Strabismus	5	31.3
Katarakt	4	25.0
Diğer	8	50.0
Lisan ve Konuşma Bozuklukları (n=16)		
Zeka geriliğine bağlı	7	43.8
Serebral palsiye bağlı	6	37.5
Diğer	3	18.7
Psikolojik Bozukluklar (n=15)		
Depresyon	8	53.4
Psikoz-Nevroz-Alkol bağımlılığı	7	46.6
Öğrenme Bozuklukları (n=14)		
Zeka geriliği	6	42.9
Serebral palsi	6	42.9
Menenjite bağlı	2	14.2
Şekil ve Görünüş Bozuklukları (n=7)		
Cilt hastalıkları	3	42.8
Down sendromu	2	28.6
Diğer	2	28.6
İşitme Bozuklukları (n=6)		
Kronik otite bağlı	2	33.3
Hastalık	2	33.3
Diğer	2	33.4
Diğer Bozukluklar (n=11)		
Epilepsi	9	81.8
SVO	2	18.2
Kronik otite bağlı	2	33.3

Tablo incelendiğinde kronik iç organ bozukluğu olan bireylerde hipertansiyon sıklığının %62.4 ile ilk sırada yer aldığı görülmektedir. Bunu % 34.4 ile diabetes mellitus izlemektedir. KVS hastalıkları sıklığı % 27.2, kanser sıklığı ise % 4.8'dir. Kas-iskelet sistemi bozukluğu olan bireylerin % 28.2'sinde osteoartroz, % 14.1'inde serebral palsi, % 14.1'inde romatizmal hastalıklar tespit edilmiştir. Göz ve görme ile İlgili bozukluğu olan kişilerde strabismus sıklığı % 31.3, katarakt sıklığı ise % 25.0'dır. Lisan ve konuşma bozukluğu olanların % 43.8'inde zeka geriliği, % 37.5'inde serebral palsi mevcuttur. Psikolojik bozukluğu olan bireylerde depresyon sıklığı % 53.3'tür. Öğrenme bozukluğu olan kişilerin % 42.9'unda zeka geriliğine, % 42.9'unda serebral palsiye bağlı öğrenme bozukluğu tespit edilmiştir. Şekil ve görünüm bozukluğu olanların % 42.9'unda cilt hastalıkları mevcuttur. İşitme bozukluğu olanların % 33.3'ünde kronik otite bağlı, %16.7'sinde ise yaşlılığa bağlı işitme bozukluğu görülmektedir. Diğer bozukluğu olan bireylerin % 81.8'inde epilepsi, % 18.2'sinde SVO mevcuttur.

Araştırmada tespit edilen özürlü bireylerin özürlerinin ortaya çıkış zamanına göre dağılımı Tablo 4.22'de verilmiştir.

Tablo 4.22. Araştırmada Tespit Edilen Özürlü Bireylerin Özürlerinin Ortaya Çıkış Zamanına Göre Dağılımı

Özrün Ortaya Çıkış Zamanı	Sayı	%
Doğuştan	21	11.1
Sonradan	168	88.9
Toplam	189	100.0

Araştırmada tespit edilen özürlü bireylerin özürlerinin ortaya çıkış zamanı sorgulanmış ve özürlü nüfusun %11.1'inin özürlü doğuştan, % 88.9'unun özürlü ise sonradan meydana geldiği tespit edilmiştir.

Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında meydana gelen özre sahip bireylerin özürlülük nedenleri incelendiğinde genetik veya kalıtsal bozukluklar %23.8'lik oranla ilk sırada yer almaktadır. Bunu %19,0'lık oranla doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması izlemektedir. Nedenler arasında akraba evliliği üçüncü sırada yer almaktadır (%14.3).

Araştırmaya alınan, annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında özrü olduğu tespit edilen bireylerin %23.8'inin annelerinin gebelikleri ve doğumları ile ilgili bilgi toplanmıştır. Annelerin hepsi gebelikleri döneminde en az bir kez sağlık kontrolüne gitmişti. Yine annelerin hepsi doğumunu sağlık kuruluşunda ve sağlık personeli yardımıyla yapmıştı. Doğuştan özürlü bireylerin % 80.0'ı zamanında, %20.0'ı erken doğmuştu. Annelerin %80.0'ı normal vajinal yolla, %20.0'ı sezaryenle doğum yapmışlardı. Annelerin %60.0'ının doğumu esnasında oksijen yetmezliği meydana gelmişti ve %40.0'ı doğum esnasında herhangi bir problem olduğunu bilmiyordu. Yine annelerin hiçbiri gebeliği döneminde önemli bir hastalık geçirmemiş, doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanmamış, sigara yada alkol kullanmamış, röntgen çektirmemiş ve de önemli bir travma geçirmemişti.

Bu bireylerin hepsi doğum sonrası düzenli anne sütü almış, aşıları tam ve düzenli yapılmıştı. Çocukluk döneminde %80.0'ı önemli bir hastalık geçirmişti. Hepsinin özürlü olduğu bir yaşını doldurmadan anlaşılmiş ve özürlü oldukları anlaşıldığında ilk olarak doktora götürülmüştü.

Araştırmada tespit edilen sonradan ortaya çıkan özürlülerin nedenlerine göre dağılımı Tablo 4.23'de verilmiştir.

Tablo 4.23. Araştırmada Tespit Edilen Sonradan Ortaya Çıkan Özürlülerin Nedenlerine Göre Dağılımı

Özrünün Nedeni (Özürlü sayısı=168)	Sayı	%
Kronik hastalık	152	90.5
Kaza	13	7.7
Hastalık	12	7.1
Enfeksiyon	6	3.6
Diğer	21	12.5
Bilinmiyor	13	7.7

Buna göre en önemli özürlülük nedeni kronik hastalıklardı (%90.5). Özürlülük nedenleri arasında kazaların sıklığı %7.7'dir. Enfeksiyon ise %3.6'lık oranla en son sıradadır.

Sonradan ortaya çıkan özürlerin nedenleri arasında %7.7'lik orana sahip olan kazalar içinde ev kazalarının sıklığı % 61.5, trafik kazalarının sıklığı %30.8 ve iş kazalarının sıklığı % 7.7'dir.

Araştırmada tespit edilen özürlü bireylerin özürlerine ilişkin çeşitli özelliklerinin dağılımı Tablo 4.24'de verilmiştir.

Tablo 4.24. Araştırmada Tespit Edilen Özürlü Bireylerin Özürlerine İlişkin Çeşitli Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler (n=189)	Sayı	%
Tedavi Yapılma Durumu		
Evet yapılıyor	152	80.4
Yapıldı, tamamlandı	31	16.4
Hayır, yapılmıyor	6	3.2
Rehabilitasyon Hizmeti Alma Durumu		
Aldı	18	9.5
Almadı	171	90.5
Alet ya da Cihaz Kullanma Durumu		
Kullanıyor	22	11.6
Kullanmıyor	167	88.4
GYA 'da Bağımlılık Durumu		
Bağımsız	155	82.0
Yardıma gereksinimi var	24	12.7
Bağımlı	10	5.3

Araştırmada özürlü bireylerin özürlerine yönelik olarak tedavi yapılma durumları sorgulanmıştır. %80.4'ünün herhangi bir sağlık kuruluşunda tedavisinin devam ettiği, %16.4'ünün tedavisinin yapıp tamamlandığı ve %3.2'sinin özürüne yönelik hiçbir tedavi yapılmadığı tespit edilmiştir. Yine tüm özürülerin % 9.5'i özürüne yönelik rehabilitasyon hizmeti alırken, % 90.5'i herhangi bir rehabilitasyon hizmetinden yararlanmamıştır.

Tabloda görüldüğü üzere özürlü bireylerin %11.6'sı özrüne yönelik olarak herhangi bir alet yada cihaz kullanırken %88.4'ü kullanmamaktadır. Araştırmada tespit edilen özürlü bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumları bağımlı, yardıma gereksinimi var (yardımcı kişi yada gerece) ve bağımsız olarak değerlendirilmiştir. Görüldüğü gibi tüm özürlülerin %5.3'ü günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı iken, %12.7'si yardıma gereksinim duymaktadır. % 82.0'ı ise bağımsız olarak yaşamlarını sürdürmektedir. Tüm özürlülerin %18'i ise rehabilite edilmesi gereken özürlülerdir. Böylece toplumdaki özürlü oranı %11.5, rehabilitasyona ihtiyacı olan özürlü oranı ise %2.06'dır.

Araştırmada tespit edilen özür türlerinin günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumuna göre dağılımı Tablo 4.25'de verilmiştir.

Tablo 4.25. Araştırmada Tespit Edilen Özür Türlerinin Günlük Yaşam Aktivitelerinde Bağımlılık Durumuna Göre Dağılımı

Özür Türü	GYA'da Bağımlılık Durumu						Toplam	
	Bağımsız		Yardıma gereksinimi var		Bağımlı			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kronik iç organ bozuklukları	113	90.4	12	9.6	0	0.0	125	100.0
Kas-iskelet sistemi ve şekil-görünüm bozuklukları	57	73.0	14	18.0	7	9.0	78	100.0
Görme, işitme, konuşma ve diğer bozukluklar	23	46.9	15	30.6	11	22.4	49	100.0
Öğrenme bozuklukları ve psikolojik bozukluklar	15	51.7	8	27.6	6	20.7	29	100.0
Toplam	208	74.1	49	17.4	24	8.5	281	100.0

$$X^2 = 49.15 \quad p < 0.05$$

Görüldüğü gibi GYA'da bağımlılık oranı en fazla görme, işitme, konuşma ve diğer bozukluklardadır (% 22.4). Öğrenme bozuklukları ve psikolojik bozukluklarda bağımlılık oranı % 20.7 iken, kas-iskelet sistemi bozuklukları ve şekil-görünüm bozukluklarında % 9.0'dır. Kronik iç organ bozukluklarında ise bağımlı birey bulunmamaktadır. Özür türlerinin GYA'da bağımlılık durumları arasındaki bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada 406 hanede 1647 kişi araştırmaya alınmış ve özürölülük sıklığı % 11.5 olarak bulunmuştur. Tüm özürölülerin % 37.5'inde birden fazla özür tespit edilmiştir. DSÖ dünyadaki özürölülük sıklığını gelişmiş ölkelerde % 10 olarak bildirmiştir. Gelişmekte olan ölkelerde bu sıklık % 12 olarak bildirilmiştir (22).

Ölkemizde daha önceki yıllarda yapılmış özürölülük sıklığını saptamaya yönelik çalışmaların sonuçları farklılıklar göstermektedir. Ölkemizde 1985 Nüfus Sayımına göre özürölü nüfusun oranı % 1.4'tür (30). Bu oran DSÖ'nün tahminlerinin çok altında kalmıştır. Bunun başlıca nedeni bu sayımda belli bazı sakatlıkların dikkate alınmasıdır.

2002 Türkiye Özürölülük Araştırması verilerine göre, Türkiye'de özürölülük sıklığı % 12.29 olarak bulunmuştur (47). Ankara'da yapılan bir çalışmada özürölülük prevalansı % 9.98 olarak saptanmıştır (42). İstanbul ilinde yapılmış bir diğer çalışmada ise bu sıklık % 9.7 olarak tespit edilmiş, özürölülerin % 31'inin 6 yaş ve altında, % 12'sinin 65 yaş ve üzerinde olduğu bulunmuştur (44).

Uskun tarafından Isparta'da yapılan çalışmada özürölülük sıklığı % 12.7 olarak belirlenirken (45), Beşer ve arkadaşları Aydın'da bu sıklığı % 4.9 olarak saptamışlardır (46). DSÖ'nün sınıflamaları ya da ona yakın sınıflamalar kullanılarak değişik bölgelerde gerek araştırma, gerekse tez çalışması olarak yapılan özürölülük

epidemiolojisi ile ilgili çalışmalarda elde edilen sonuçlar % 2.28 ile % 15.99 arasında değişmektedir (Tablo 2.3). Özürlülük prevalansındaki bu farklılıklar, araştırmalarda kullanılan sınıflamaların farklılığına, özürlülük kavramının toplum tarafından algılanış biçimine, standart tarama araçlarının kullanılmamasına bağlı olabilir (45, 84).

Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda elde edilen sonuçlar % 0.3 ile % 33 arasında değişmektedir (Tablo 2.1). Çin’de 0-6 yaş grubu çocuklarda, özürlülük prevalansı ve risk faktörleri üzerine yapılan kesitsel bir araştırmada özürlülük sıklığı binde 11.45 olarak tespit edilmiştir (85).

Araştırmada özürlü olan ve olmayan kişilerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, 30 yaş ve üzeri nüfusta özürlülüğün giderek arttığı görülmektedir. 30 yaşın altındaki yaş gruplarında özürlülük görülmesi bakımından fark bulunmazken 30 yaşın üzerindeki yaş gruplarında özürlülük istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8). 65 yaş ve üzeri nüfusta özürlülük sıklığı en fazladır. Kronik hastalıkların yaşlılarda sık görülmesi bunun en önemli nedenidir. Beklenen yaşam süresinin giderek artması ile birlikte yaşlıların genel nüfus içindeki oranı yükselecek ve buna bağlı olarak özürlülük oranı da yükselecektir.

Çalışmada özürlü bireylerin % 57.7’sinin kadın olduğu saptanmıştır. Beşer ve arkadaşları tarafından Aydın’da yapılan bir çalışmada özürlülüğün erkeklerde daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (46). Yılmaz ve arkadaşları tarafından İstanbul’da yapılan bir çalışmada ise cinsiyet açısından bir fark bulunamamıştır (44). Diyarbakır’da yapılmış iki çalışmada, özürlülüğün bu çalışmada olduğu gibi kadınlarda daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (84, 86). Benzer şekilde Uskun tarafından Isparta’da yapılan bir araştırmada da özürlülük kadınlarda daha yüksek oranda bulunmuştur (45). Genel olarak gelişmiş ülkelerde cinsiyet farkı görülmemektedir (19). Bu çalışmada kadınlarda özürlülük sıklığı erkeklerden istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.9).

Araştırmaya alınan ve özürlü olduğu tespit edilen kişilerin % 3.7’sinin herhangi bir sosyal güvencesi yoktu. Sosyal güvenceye sahip olma ile özürlü olma arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.10). Özürlülerin bakım ve rehabilitasyon işlemlerinin getirdiği ekonomik yük nedeniyle, özürlü bireylerin herhangi bir şekilde devlet tarafından sağlanan sosyal güvenlik çerçevesi kapsamına girmeye çalışması sonucunda bu durumun ortaya çıkmış olması muhtemeldir. Çalışmada elde

edilen, özürülerin sosyal güvenceye sahip olma oranı (% 96.3) Aydın'da yapılan çalışmadan (%73.1) ve Isparta'da yapılan çalışmadan (% 86.9) daha yüksektir (46, 45). Yine bu çalışmada bulunan oran, 2002 Türkiye Özürüler Araştırması'nda bulunan sosyal güvenceye sahip olan özürülerden (% 45.21) daha fazladır (50). Sosyal güvencesi olmayanların çalışma ve yaşama koşullarının daha zor olması özürülük riskini arttırabilir. Özürü kişilerin sosyal güvenceye sahip olmamaları sağlık hizmetlerinden yararlanamamalarına neden olabilmekte ve özürülüğün derecesini arttırabilmektedir. Özürülüğün oluşması, ilerlemesi ve engelliliğe yol açmasının önlenmesinde erken tanı ve tedavinin önemi açıktır.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin sunulmasında bir dağınıklık söz konusudur. Ortaya çıkan durumun düzeltilmesi ve hizmette etkinliğin artırılabilmesi amacıyla Genel Sağlık Sigortası oluşturulması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu amaçla hiçbir güvencesi olmayan ve düşük geliri olan bireylere yönelik olarak, 1992 yılında 3816 sayılı kanunla yeşil kart uygulamaya konulmuştur. Ancak ülkemizdeki sosyal güvenlik sistemi, toplumu oluşturan herkesi bütün sosyal güvenlik gerektiren tehlikelere karşı koruma kapsamına alma hedefine yönelik temel amacı gerçekleştirilememiştir. Hala ülke nüfusunun % 27.7'si herhangi bir sosyal güvenlik kurumunun doğrudan veya dolaylı kapsamında değildir (75).

Araştırmada medeni durum ile özürülük durumu arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Eşi ölmüş olanlarda özürülük oranı en fazladır (% 45.0). Boşanmış olanlarda ise % 23.5'tir (Tablo 4.11). Ancak bu bireylerin boşanmadan ya da eşlerini kaybetmeden önce mi yoksa sonra mı özürü oldukları hakkında bilgi alınmamıştır. DSÖ'ye göre sakatlar eşleri tarafından daha çok terk edilmektedir (22). Yalnız yaşayan yaşlıların sakatlanmaya daha çok aday oldukları, yalnızlığın özellikle yaşlılar için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (87).

Araştırmada özürü bireylerin eğitim düzeylerinin özürü olmayan bireylere göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Özürü bireylerin % 21.2'si okur yazar değilken, % 50.8'i ilkökul ve altı eğitim almıştı. Üniversite ve üstü eğitim almış olanların ise % 6.3'ü özürüdü. Eğitim durumları arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$) (Tablo 4.12). Isparta, Aydın ve Diyarbakır'da yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyi benzer şekillerde düşük bulunmuştur (45, 46, 86). Bu durum bireylerin gerek fiziksel, gerek zihinsel, gerekse kronik hastalıkları nedeniyle eğitim olanaklarının

kısıtlanması ile açıklanabilir. DSÖ özürlü bireylerin, özürlü olmayanlara göre daha az okula gidebildiklerini, eğitim aldıklarını bildirmektedir (22). Özürlü bireylerin sosyal uyumunda ortaya çıkan güçlüklerin belki de en önemlisi özürlü olmayan bireylerin sahip oldukları eğitim olanaklarına sahip olamamalarıdır. Böylece özürsüzler toplum dışına itilmekte ve bağımlılıkları artmaktadır. Burada “özel eğitimin” önemi ortaya çıkmaktadır. “Özel eğitim; bedensel, duygusal, iletişimsel, zihinsel ve sosyal gelişimlerdeki özellikleri nedeniyle normal eğitimden yararlanamayan bireylere özel yetiştirilmiş elemanlar tarafından bir ekip çalışması anlayışıyla ve özel müfredat, farklı metot ve/ veya özel eğitim materyalleri kullanılarak verilen eğitimidir (88) “şeklinde tanımlanmaktadır.

Özel eğitim gerektiren bireylerin toplumdaki dağılımlarının toplumların gelişmişlik düzeyine bağlı olarak % 8- 14 arasında değişen bir oranda görüldüğü söylenebilir. Ülkemiz için bu oran % 12- 14 olarak düşünülmektedir. Özel eğitim gerektiren çocukların ülkemizdeki okullaşma oranı ise % 3 civarındadır (75).

Araştırmada mesleklere göre özürsüzlük durumu incelenmiş ve meslekler arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Özürsüzlük oranı en fazla ev hanımlarında (%48.7) ve emeklilerde (%26.5) görülmektedir (Tablo 4.13). Bu durum bu gruplardaki bireylerin ileri yaşlarda olmaları ve ileri yaşlarda kronik hastalıkların daha sık görülmesi ile açıklanabilir. Özürlü bireylerin %7.4’ü ise işsizdir (Tablo 4.13). DSÖ çalışmalarında özürsüzlerin daha az iş sahibi olduğunu ve önemli bir kısmının işsiz olduğunu saptamıştır (22). 2002 Türkiye Özürsüzler Araştırması sonuçlarına göre ülke genelinde özürsüzlerde işsizlik oranı % 15.46’dır (50). T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu’nun Hanehalkı İşgücü Araştırması 2006 Yıllık Sonuçları’na göre Türkiye’de işsizlik oranı % 9.9 olarak belirlenmiştir (89). Yılmaz’ın çalışmasında da özürsüzlerde % 14.1 olarak bulunan işsizlik oranı özürsüz olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur (44). Bu durumun eğitim eksikliği, özür nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinin kısıtlanmış olması, uygun iş imkanlarının azlığı ve özürsüzlerin istihdamına öncelik verilmemesinden kaynaklandığı düşünülebilir. Özürsüz ve sakatların işsiz olmasının kendisinde ve çevresinde ikincil patolojilerin gelişmesi için zemin hazırlayacağı unutulmamalıdır (90).

Araştırmada gelir düzeyi ile özür lülük durumu arasındaki ilişki incelenmiş ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Özür lülük sıklığı gelir düzeyi 500-999 YTL/ ay olanlarda en fazladır (% 15.3). Gelir düzeyi 2000 YTL ve üstü olanlarda ise bu oran % 8.3'tür (Tablo 4.14). Genel olarak gelir düzeyi arttıkça özür lülük sıklığı düşmüştür. Isparta (45), Diyarbakır (86), İstanbul (44) ve Aydın'da (46) yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Özür lü bireylerin özür leri nedeniyle aktif çalışma hayatına katılamamaları gelir düzeylerinin düşük olmasına neden olmaktadır. Bu durumsa özür leri ne yönelik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden yeterince yararlanamamalarına ve sonuç olarak yaşam kalitelerinin düşmesine neden olmaktadır (45).

Bu araştırmada, özür tipleri arasında ilk sırayı kronik iç organ bozuklukları almaktadır. Hipertansiyon, kardiyovasküler sistem hastalıkları, akciğer hastalıkları, diabetes mellitus, kanser vb. hastalıkların yer aldığı bu grubun tüm özür lüler içindeki oranı % 66.1 ve toplumda görülme sıklığı % 7.6'dır (Tablo 4.18). Kronik iç organ bozuklukları en sık 45 ve üzeri yaş grubunda görölmektedir ve kadınlarda görülme sıklığı erkeklerden daha fazladır (Tablo 4.19, 4.20).

Kronik iç organ hastalıkları, yaşamın ileri dönemlerinde toplumda görülme sıklığı artan ve günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayabilecek bozukluklara neden olan önemli sağlık problemlerindendir.

Araştırmada kronik hastalıklar içinde birinci sırayı alan hipertansiyon, kronik iç organ bozukluğu olan bireylerin % 62.4'ünde görölmektedir ve toplumda görülme sıklığı % 4.7'dir. Uskun yaptığı çalışmada hipertansiyon sıklığını % 4.1 olarak tespit etmiştir (45). Aydın ve arkadaşları tarafından İstanbul'da yapılan diğer bir çalışmada ise bu oran % 3.1 olarak saptanmıştır (39).

Hipertansiyon sıklığı toplumdan topluma coğrafik, kültürel ve sosyoekonomik özelliklere göre değişebilir, değişmeyen özelliği ise yaşın ilerlemesiyle artışıdır. Cinsiyet hayatın erken dönemlerinde hipertansiyon sıklığını çok az etkilemekte ancak ileri yaşlarda erkeklerde daha erken ölüm ve kadınların menapozal faktörleri nedeniyle kadınlarda daha sık görölmektedir (91). Erken tanı ile kontrol altına alınabilen, geç kalındığında, iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar gibi ölümcül seyreden komplikasyonlara ya da organ engeline yol açan hipertansiyon, bugün hem

gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde toplumun büyük bir kısmını etkileyen önemli bir hastalıktır (92).

Kronik iç organ bozukluğu olan bireylerin % 34.4'ünde diabetes mellitus mevcuttur. DM'nin toplumda görülme sıklığı ise % 2.6'dır. Üçüncü sırada görülen hastalık olan kardiyovasküler sistem hastalıkları bu bireylerin % 27.2'sinde tespit edilmiştir ve toplumda görülme sıklığı % 2.1'dir. Uskun'un yaptığı çalışmada ise bu oranlar sırasıyla % 2.14 ve % 2.11 olarak saptanmıştır (45). Yine ülkemizde yapılmış çalışmalarda DM sıklığı % 0.03 (38), % 0.8 (39) ve % 1.6 (41) olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada bulunan sıklıklar literatür verilerinin üstündedir. Bunun nedeni araştırmaya alınan grubun daha çok orta ve ileri yaşlarda olması ve kişilerin kronik hastalıklar açısından sağlık kuruluşlarından yararlanma oranının artması olabilir.

Diabetes Mellitus toplumda önemli bir sağlık problemidir. Uzun vadede göz, böbrek, damarlar ve sinirler üzerine etkileri ile sakatlıklara yol açabilir. Kontrolsüz kan şekeri düzeyi sürekli yüksek seyreden diabetiklerde körlük, böbrek yetmezliği, periferik nöropati, iskemik doku hasarı, amputasyon, kalp krizi ve felç riskini artırmaktadır (93). Bu sebeple diabetiklerin erken teşhis edilmeleri ve bu konu ile ilgili olarak eğitilmeleri oluşabilecek sakatlıkların önlenmesi için oldukça önemlidir.

Çalışmada toplumda görülme sıklığı % 2.1 olarak tespit edilen kardiyovasküler sistem hastalıkları gelişmiş ülkelerde ölüm nedenlerinin içinde birinci sırayı almaktadır. Toplumun risk faktörleri konusunda eğitimi ile bu hastalıkların sıklıklarının azaltılacağı bildirilmekte; sigarayı bırakma, anormal kan basıncının kontrolü, diyet değişikliği, egzersiz ve kilo vermenin bu konuda etkili olduğu belirtilmektedir (94).

Bu araştırmada kronik iç organ bozukluğu olan bireylerin % 9.6'sında kronik akciğer hastalığı tespit edilmiştir. Toplumda görülme sıklığı ise % 0.7'dir. Uskun çalışmasında bu oranı % 0.69 olarak saptamıştır (45). Ülkemizde yapılan farklı çalışmalardaki sıklıklar % 1.1 (39), % 0.74 (38) olarak tespit edilmiştir ve dünyada sıklığı binde 9-65 arasında değişmektedir (64). Bebek ve çocuklarda daha çok spastik bronşit ve astmatiform bronşitler özürülük oluştururken, ileri yaşlarda KOAH ön plana çıkmaktadır (64). Bireylerin bu konuda eğitilmeleri ve önemli bir risk faktörü olarak bilinen sigara kullanımının önlenmesi yaşam kalitelerinin artmasını sağlayacaktır.

Kronik iç organ bozukluğu olan bireylerin %4.8'inde kanser tespit edilmiştir. Kanser in toplumda görülme sıklığı ise % 0.36'dır. Dünyanın birçok bölgesinde kanser olaylarında çarpıcı değişiklikler gözlenmektedir. Henüz yeni sanayileşmiş birtakım bölgelerde kanser, hiç beklenmedik biçimde kısa sürede birincil ölüm nedeni durumuna gelmiştir. Batı Avrupa ülkeleri ve Kuzey Amerika'da tümörlerin % 30'undan fazlası beslenme alışkanlıklarıyla ilişkilendirilmiştir. Zengin ülkelerde son birkaç on yılda görülen artışın en önemli sorumlusu sigara olarak gösterilmektedir (64). Bu konu ile ilgili olarak akciğer hastalıklarında olduğu gibi sigara kullanımı ile mücadele etmek, toplumdaki bireylere doğru beslenme alışkanlıkları kazandırmak ve bunlar konusunda bireyleri eğitmeye öncelik verilmesi kanserden korunmada etkili olabilir.

Araştırmaya alınan bireylerin % 0.8'inde diğer kronik iç organ bozuklukları görülmektedir. Bu bozukluklar kronik böbrek hastalığı, kronik karaciğer hastalığı, kronik kan hastalığı ve kronik GİS hastalıklarıdır.

Özürlü bireylerin % 37.6'sında tespit edilen kas-iskelet sistemi bozuklukları tüm özürler içinde ikinci sırayı almaktadır. Toplumda görülme sıklığı % 4.3'tür. Uskun çalışmasında bu oranı % 4.1 olarak belirlemiştir (45). Ankara'da yapılan bir çalışmada ise % 2.86 olarak saptanmıştır (42). Bu çalışmada kas-iskelet sistemi bozuklukları arasında birinci sırayı osteoartroz (% 28.2) olguları almaktaydı. Toplumda görülme sıklığı % 1.2'dir. Bu sıklık Uskun'un çalışmasında % 1.3 (45), Ankara'da yapılan bir çalışmada % 0.72 (42), İstanbul'da yapılmış bir çalışmada ise % 0.25 (37) olarak tespit edilmiştir.

Kas-iskelet sistemi bozuklukları özellikle gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere dünya genelinde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (95).

Bu çalışmada serebral palsinin toplumda görülme sıklığı % 0.6 olarak belirlenmiştir. Uskun araştırmasında bu sıklığı % 0.23 olarak tespit etmiştir (45). Fransa'da yapılmış 3 kohort çalışmasının ortak sonuçlarının sunulduğu bir makalede CP sıklığı binde 1.30, 1.06 ve 1.08 olarak bildirilmiştir (96). Çinde ise bu sıklık binde 1.6'dır (97). Beşer ve arkadaşları tarafından Aydın'da yapılan bir çalışmada CP sıklığı % 0.3 olarak saptanmıştır (46). Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada yine bu sıklık % 0.14 (92) olarak tespit edilmiştir. Eicher ve Batshow okul çağı çocuklarındaki CP prevalansının % 0.2 olduğunu ve bu oranın gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde birbirine yakın olduğunu belirtmektedir (98). Türkiye genelinde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada 0-16 yaş

grubunda prevalansı % 0.2 olarak belirlenmiştir (99). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuç tüm bu sonuçlardan yüksektir. CP'de kas-iskelet sistemi bozukluklarının yanısıra işitme, konuşma, öğrenme bozuklukları da görülmektedir. Tayvan'da yapılan bir çalışmada öğrenme bozukluğu olan, down sendromlu ve CP'li bireylerde yaşla birlikte kardiyovasküler bozukluklar, nörolojik bozukluklar, görme ve işitme yetersizliklerinde artış gözlenmiştir (100). Seyri ağır bir hastalıktır ve mutlaka rehabilite edilmelidir. Rehabilitasyonun hedefi; optimal gelişimsel süreci hızlandırarak organik eksikliklerin izin verdiği fonksiyon ya da potansiyelleri tamamen gerçekleştirebilmek ve kişinin nihai fonksiyonel yeteneğinin maksimuma ulaştırılmasıdır (101). Araştırmada saptanan CP olgularının % 70'i ilde bulunan Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinden rehabilitasyon hizmeti almaktayken % 30'u herhangi bir rehabilitasyon hizmeti almamıştı.

Araştırmada romatizmal hastalıkların görülme sıklığı % 0.6 olarak tespit edilmiştir. DSÖ tarafından kronik romatizmal hastalıklar (osteoartrit, romatoid artrit, bel ağrısı, gut, osteoporoz ile yumuşak dokularda görülen diğer rahatsızlıklar) özürüllüğün başlıca nedenleri olarak sayılmaktadır. ABD'de bu rahatsızlıklar en yaygın görülen kronik durumları oluşturmaktadır. Bu ülkede 1995 yılında yaklaşık 40 milyon kişinin bu sorunları bulunmaktaydı. Bu sayının 2020 yılında 60 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir (64).

Çalışmada disk hernisinin toplumda görülme sıklığı % 0.5 olarak belirlenmiştir. Ankara'da yapılan çalışmada % 0.72 (42), İstanbul'da % 0.25 (37), Uskun'un çalışmasında % 0.97 (45) olarak saptanmıştır. Bu çalışmada bulunan sonuç diğer çalışmalarda bulunan sonuçlarla uyumludur.

Araştırmada hemiplejinin toplumda görülme sıklığı % 0.36 olarak saptanmıştır. Uskun çalışmasında bu sıklığı % 0.37 olarak belirlemiştir (45). Bulunan bu sonuç ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda elde edilen sonuçlarla da uyumludur (38, 41, 42).

Bu çalışmada kırık-çıkık sekelinin toplumda görülme sıklığı % 0.2 olarak tespit edilmiştir.

Araştırmada DKÇ, konjenital anomali ve paraplejinin toplumda görülme sıklıkları % 0.12 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda DKÇ sıklığı % 0.37 (45), % 0.15 (86), % 0.2 (43) olarak tespit edilmiştir. Konjenital anomalilerin sıklığı ise % 0.22 (86), % 0.11 (45) olarak saptanmıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde

doğan bebeklerde yapılan bir konjenital anomali taramasında ise % 2.2 olarak bulunmuştur (102). Parapleji sıklığı % 0.08 (86), % 0.13 (43) olarak bulunmuştur. Bu çalışmada tespit edilen sonuçlar literatürle uyumludur.

Araştırmada kas-iskelet sistemi bozukluklarının içinde parkinson, akondroplazi ve travmatik ekstremitte kaybı mevcut olan birer kişi tespit edilmiştir.

Araştırma grubunda üçüncü sırada göz ve görme ile ilgili bozukluklar ve lisan ve konuşma bozuklukları yer alıyordu. Bu bozuklukların tüm özürülüler içinde görülme sıklığı % 8.5 ve toplumda görülme sıklığı % 0.97 olarak tespit edilmiştir. Göz ve görme ile ilgili bozukluklarda ilk sırayı strabismus (% 31.3) almaktadır. Görme bozukluğu olan bireylerin % 25'inde katarakt mevcuttu ve kataraktın toplumda görülme sıklığı % 0.24 olarak saptanmıştır. Uskun'un çalışmasında katarakt sıklığı % 0.49 olarak tespit edilmiştir (45). DSÖ dünyada 179 200 000 görme özürülü bulunduğunu ve bu özürlerin en sık nedeninin katarakt olduğunu bildirmiştir (64). Umman'da yapılan bir çalışmada 40 yaş ve üstü yaşlarda görme bozukluklarının oranı % 6.95 olarak tespit edilmiştir. Opere olmamış katarakt nedeniyle kör olanların oranı ise % 2.3 olarak saptanmıştır (103). Tespit edilen diğer görme bozuklukları yaşlılık, glokom, ağır kırma kusuru, doğuştan körlük ve kaza/ travmaya bağlıydı.

Araştırmada tespit edilen lisan ve konuşma bozukluğu olan bireylerin % 87.5'inde aynı anda başka bir özür mevcuttu ve konuşma diğer özre bağlı olarak bozulmuştu. Bireylerin % 43.8'inde zeka geriliğine, % 42.8'inde CP 'ye ve % 7.1'inde işitme kaybına bağlı olarak konuşma bozukluğu vardı. Çalışmada konuşma bozukluklarının toplumdaki sıklığı % 0.97 olarak saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda bu sıklıklar % 0.14 (45), % 0.49 (40), % 0.73 (41) ve % 0.5 (42) olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada tespit edilen sıklık diğert çalışmalarda elde edilenlerin üstündedir.

Çalışmada dördüncü sırada tespit edilen özür türü psikolojik bozukluklardır. Özürülü bireylerin % 7.9'unda mevcuttu ve toplumda görülme sıklığı % 0.9 olarak tespit edilmiştir. Çalışmada saptanan psikolojik bozukluklar arasında depresyon, psikoz, nevroz ve alkol bağımlılığı mevcuttu. Psikolojik bozukluğu olanların % 53.3'ünde depresyon tespit edilmiştir ve depresyonun toplumdaki sıklığı % 0.48 olarak belirlenmiştir. Uskun bu sıklığı % 0.31 olarak saptamıştır (45). Son birkaç on yılda, yaşam süresinin uzaması ve sosyoekonomik kalkınma ile birlikte bazı ruhsal bozukluk

türlerinde artış görülmektedir (64). DSÖ'nün sınıflamasına göre tedavi gerektiren kesin ruhsal bozuklukların sıklığı % 7.7 olarak bildirilmiştir (104).

Depresyon yaygın, yüksek kronikleşme ve yineleme oranı, önemli intihar riski ve iş gücü kaybı oluşturması nedeniyle ciddi bireysel ve toplumsal sağlık sorunudur (105). Ülkemizde yapılan alan araştırmalarında psikiyatrik yardım gerektiren ruhsal bozukluklardan en sık, depresyon saptanmıştır. Toplum içinde klinik düzeyde depresyon yaygınlığının % 10 dolayında olduğu belirtilmektedir. Genel olarak depresif belirtilerin toplum içindeki nokta yaygınlığı % 13-20 arasında değişmektedir (106).

Çalışmada öğrenme bozukluğunun toplumda görülme sıklığı % 0.85 olarak belirlenmiştir. Uskun'un çalışmasında bu sıklık % 0.4'tür (45). Öğrenme bozukluklarının % 42.9'u zeka geriliğine, % 42.9'u CP'ye ve % 14.3'ü menenjite bağlı gelişmiştir. Öğrenme bozukluğunun sıklığı kesin olarak bilinmemektedir. Literatürde öğrenme bozukluğu sıklığının okula devam eden çocuk nüfusunun % 1 (Çin) ile % 33'ü (Venezuela) arasında değiştiği ve sıklık medyanının % 8 olduğu bildirilmektedir (107, 108). Çin'de 0-6 yaş grubu çocuklarda yapılan bir çalışmada mental retardasyon sıklığı binde 9.31 olarak tespit edilmiştir (85).

Araştırmada tespit edilen işitme bozukluğunun tüm özürllüler içinde oranı % 3.7 ve toplumda görülme sıklığı % 0.36'dır. Bu bozukluklar kronik otit, hastalık, yaşlılık ve travmalara bağlı olarak meydana gelmiştir. Uskun'un çalışmasında bu sıklık % 0.34'tür (45).

Çalışmamızda tespit ettiğimiz bir diğer özür türü şekil ve görünüm bozukluklarıdır. Bu gruptaki bozukluklar cilt hastalıkları, yanık sekeli, down sendromu ve akondroplazidir. Bu özür türünün tüm özürllüler içinde görülme sıklığı % 3.7 ve toplumda görülme sıklığı % 0.42'dir. Uskun çalışmasında bu sıklığı % 0.2 olarak tespit etmiştir (45).

Çalışmamızda diğer bozukluklar olarak gruplandırdığımız özür türü, epilepsi ve serebrovasküler olay (SVO) olgularıdır. Epilepsinin özürllü bireyler arasında görülme sıklığı % 4.8 ve toplumda görülme sıklığı % 0.54'tür. Benzer çalışmalarda epilepsi sıklığı % 0.29 (45), % 0.25 (36) ve % 0.28 (31) olarak saptanmıştır. Epilepsi gerek tanısı ve gerekse tedavisinde zorlukla karşılaşılan bir durumdur. Hekime ulaşan vakalarda tanı konulması genellikle kolay olmakla birlikte, birçok aile bu konudaki yetersiz bilgi nedeniyle geleneksel tedavileri seçmektedir. Ayrıca tedavinin uzun süreli olması, iyi bir aile hekim işbirliğinin sağlanamaması, hastaların ilaç almak istememesi

gibi nedenler tedavinin başarılı olmasını engellemektedir. İyi tedavi göremeyen epileptik kişi hem hastalığın kendisi hem de psikolojik sonuçları nedeniyle özürlülük olgusu ile karşıkarşıyadır. DSÖ'nün tahminlerine göre dünyada 40 milyon epilepsi hastası vardır ve bunların 10 milyonunun aktiviteleri bu nedenle ciddi biçimde sınırlanmaktadır (64).

SVO, Amerika Birleşik Devletlerinde üçüncü sıradaki mortalite nedenidir ve özürlülük nedenleri arasında ön sırada yer almaktadır. Son yıllarda SVO insidansı azalmakla birlikte, popülasyondaki SVO prevalansı, hayatta kalma oranının artması ve yaşlı popülasyonun artması nedeniyle artış göstermektedir. SVO sonrası özürlülüğün gerçek boyutunu saptamak zordur (3). Kamboçya'da nörolojik patolojiler arasında stroke ilk sırada yer almaktadır ve stroke bu ülkede özürlülük ve mortalitenin esas sebebidir (109). İspanya'da yapılan bir çalışmada SVO prevalansı binde 3.6 olarak tespit edilmiştir (110). Bu çalışmada SVO sıklığı % 0.12 olarak saptandı.

Çalışmada tespit edilen özürlü bireylerin, özürlerinin meydana geliş zamanı incelendiğinde, bireylerin % 11.1'inin özürlü annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında, % 88.9'unun özürlü ise sonradan meydana geldiği görüldü (Tablo 4.22).

Araştırmada, annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında özürlü olan bireylerin toplumda görülme sıklığı % 1.27 olarak tespit edilmiştir. Özürlülük nedenleri incelendiğinde bireylerin % 23.8'inin genetik veya kalıtsal bozukluklar sonucu, % 19.0'inin doğum sırasında oksijensiz kalma ve % 14.3'ünün akraba evliliği sonucu özürlü mevcuttu. Doğuştan sakatlıklar intrauterin genetik malformasyonlar, enfeksiyon ve gelişme gerilikleri ile doğum sırasında oluşan travmalardan kaynaklanmaktadır (111).

Araştırmaya alınanlardan doğumsal bir özürlü olan bireylerin % 23.8'inin annelerinin gebelik ve doğumla ilgili özellikleri incelenmiştir. Annelerin hepsi gebelikleri döneminde en az bir kez sağlık kontrolüne gitmişti ve doğumunu sağlık kuruluşunda ve sağlık personeli yardımıyla yapmıştı. TNSA 2003 sonuçlarına göre ülkemizde gebeliği süresince sağlık personelinden en az bir kez doğum öncesi bakım alanların oranı % 81 ve doğumunu sağlık kuruluşunda gerçekleştirenlerin oranı % 78'dir (50). Düzenli hamilelik kontrolleri olası prenatal ve natal risk faktörlerinin tespit edilmesi ve tedavi edilmesi açısından önemlidir. Temel sağlık hizmetlerinin yaygın olarak sağlandığı gelişmiş ülkelerde perinatal ve natal risk faktörleri azalmış olup daha çok prenatal faktörler etyolojide yer almıştır (112). Gebelik öncesi, gebelikte, doğum ve

doğum sonrası bakım hizmetleri genel sağlık kavramıyla birlikte, sakatlıkların önlenmesi açısından iç içedir. Gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonrası bakım hizmetleri, temel sağlık hizmetlerinin bir parçası olup ülkemizde sağlık ocakları tarafından verilmektedir (45).

DSÖ dünya popülasyonunun en az % 20 ve daha fazlasının akraba evliliği yaptığını bildirmiş, akraba evliliğinin resesif geçen hastalıkların insidansını artırması bakımından neonatal ve erken çocukluk döneminde ölüm riski, konjenital malformasyonlar ve mental retardasyon riskini artırması bakımından önemli olduğunu bildirmiştir ve bu riskin birinci derece kuzen evliliklerinde iki kat arttığını belirtmiştir (111). Yurt dışında yapılmış olan bir çalışmada Pakistan'lı çocuklarda konjenital anomali ve sakatlık görülme sıklığı diğer etnik gruplardan on kez daha fazla bulunmuş ve bunun nedeni bu grupta akraba evliliklerinin fazla olmasına bağlanmıştır (113).

Çalışmada anne babası arasında akraba evliliği olanların oranı % 18.2 olarak tespit edilmiştir ve bu evliliklerin % 51.8'i kuzen evlilikleridir (Tablo 4.5, 4.7). Araştırmada akraba evliliği ile özürlülük durumu arasındaki ilişki incelenmiş ve istatistiksel olarak fark bulunamamıştır (Tablo 4.15). Akrabalık durumu ile özrün ortaya çıkış zamanı arasındaki ilişki ise istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.05$). Doğuştan özürlü olanlarda anne babaları arasındaki akraba evliliği oranı sonradan özürlü olanlardan daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.17). Güneydoğu Anadolu bölgesinde serebral palsili çocuklar ve ailelerinin ortak özelliklerini ortaya koymak amacıyla yapılan bir çalışmada, CP'li bireylerin anne babalarında akraba evliliği sıklığı % 33.3 olarak tespit edilmiştir (114).

Sonradan ortaya çıkan özürlerin nedenleri incelendiğinde bireylerin % 90.5'inin özrüne kronik hastalıkların neden olduğu tespit edilmiştir. % 3.6'sının ise enfeksiyon hastalıkları nedeniyle özrü mevcuttur (Tablo 4.23).

Azalan fizyolojik rezerv ile stres cevabının bozulması ve özürlülüğe yatkınlığın artması yaşlıda kırılabilirlik olarak tanımlanır. Yüzyılımızda toplam nüfusun yaşlanması ve yaşlılık kronolojik dilimlerinde nüfus artışının en fazla 85 yaş ve üzerindeki grupta görülmesi yaşlılıkla ilgili tüm kronik olayların ve özürlülüğün artmasına yol açmıştır. Kırılabilir yaşlıların özürlü olma eğilimlerinin yüksek oluşu kırılabilirlikte etkili faktörlerin incelenmesini gerektirir. Kırılabilirlik; fizyolojik yaşlanma, kronik hastalıkların birikimi ve sedanter yaşam gibi faktörlerin karşılıklı etkileşimi sonucu gelişmektedir. Sık rastlanan yaş bağımlı kronik hastalıklar çok çeşitlidir ve azalan fizyolojik rezerv

bunların olumsuz etkilerini artırdığı gibi, iki ve daha fazla hastalığın beraber görülmesi erken özürlülüğe zemin hazırlar (115).

Kronik hastalıkların görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Kayseri’de yapılan bir çalışmada 65 yaş ve üzeri bireylerin % 79.4’ünde en az bir kronik hastalık olduğu, hipertansiyon, diabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalıkların en sık görülen kronik hastalıklar olduğu saptanmıştır (116). 5279 yaşlıda kronik hastalıklar ve fonksiyon kısıtlanması üzerine yapılmış bir çalışmada yaşlıların % 36.9’unda kronik bir durum tespit edilmiştir (117). Diyarbakırda yapılmış benzer bir çalışmada yaşlılarda özür ve kronik hastalık sıklığı araştırılmış ve 55 yaş ve üzeri bireylerin % 18.2’sinin özürlü olduğu, bunların çoğunluğunun görme, işitme ve ortopedik özürlülük olduğu saptanmıştır (118). Elazığ’da 60 yaş ve üzeri bireylerde yapılmış diğer bir çalışmada, tek kronik hastalık sıklığı % 51.2, iki kronik hastalık sıklığı % 5.1 olarak tespit edilmiştir (119). Adana’da yapılmış bir çalışmada 65 ve üzeri yaş grubunda % 22.3 hipertansiyon, %13.3 romatizmal hastalıklar ve % 10.7 diabetes mellitus sıklığı belirlenmiştir (120). Sivas’ta yapılan benzer bir çalışmada yaşlıların % 78.8’inde kronik hastalıklardan birinin mevcut olduğu tespit edilmiştir (121).

Yaşlılar hastalık ve sakatlığa çok hassastır. Ortaya çıkan klinik durumlar karışık olup atipik ve şüpheli görünüm verir. Yaşlılar büyük kognitif, duyuşal ve fonksiyonel problemler yaşayabilirler. Özellikle iyatrojenik hasara eğilimli, sosyal olarak izole, ekonomik olarak yetersizdirler (87).

Sonradan ortaya çıkan özürlülerin nedenleri arasında kazalar, özürlü bireylerin % 7.7’sinde tespit edilmiştir (Tablo 4.23). Tüm kazaların içinde ev kazalarının oranı % 61.5, trafik kazalarının oranı % 30.8 ve iş kazalarının oranı % 7.7 olarak tespit edilmiştir. Ev kazalarının yarısı düşme sonucu gerçekleşmiştir.

Kaza sonucu yaralanmalar önlenabilir olmaları ve daha çok genç adolesanlarda meydana gelerek hayat boyu sürecek kalıcı sakatlıklara neden olabilmeleri bakımından önemlidir (122).

Çalışmamızda düşmeye bağlı kazaların % 75’i 55 yaş ve üzeri bireylerde tespit edilmiştir. Düşmeler, diğer sağlık problemlerinden bağımsız olarak, mobilitenin kısıtlanmasına, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa neden olmaktadır. Düşmelerin yaşlılar için önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olduğu gerçeği ABD’de bu yaş grubunun hospitalizasyon nedenlerinin % 5.3’ünden sorumlu olmasından

anlaşılmaktadır. Her on düşmeden biri yaşlıda mortalite ve morbiditeyi artıran ve yaşam kalitesini bozan kalça ve diğer bölge kırıkları, subdural hematoma, kafa travmasına neden olmaktadır. Geriatrik olgularda düşmelere bağlı yaralanmaların önlenmesi dünyanın birçok bölgesinde hükümetlerin sağlık politikalarında yer almaya başlamıştır (123). Çin'de yapılan bir çalışmada çocuklarda yaralanmalara bağlı morbidite oranı % 2.25 olarak saptanmıştır. Yaralanmaların en önemli nedenleri ise düşmeler ve trafik kazaları olarak tespit edilmiştir (124).

Bütün dünyada trafik kazaları, yaralanmaya neden olan kazalar arasında birinci sırada yer almaktadır. Son yıllarda gelişmiş ülkelerde harcanan çabaların sonucunda trafik kazalarının sayısı azalmışsa da, gelişmekte olan ülkelerde hala en önemli halk sağlığı sorunları arasında yer almaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde trafik kaza sayısı ve trafik kazalarından olan yaralanma ve ölümler her geçen gün artmaktadır. Trafik kazaları, gelişmekte olan diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye için de önemli bir halk sağlığı sorunudur ve her yıl kazalara bağlı binlerce insan yaralanmakta ya da ölmektedir. Ülkemiz için kaza sayısı ve kazalarda oluşan ölüm ve yaralanma hızlarının çok yüksek oluşu, dikkati çekmektedir (125).

Trafik kazalarında yaralanmaların ölümlere oranla daha fazla olması, ilkyardım hizmetlerinin her tür kazada önemli olmakla birlikte özellikle trafik kazalarında hayat kurtarma ve sakatlıkları önleme açısından ayrı bir önemi vardır. Özellikle trafik kazalarında spinal kord yaralanmaları sık görülmekte ve sıklıkla kişiler tetraplejik olarak hayatlarına devam etmek zorunda kalmaktadırlar (126).

Toplumumuzda yaygın bir ilkyardım bilinci yoktur. Sakatlıkların kaza anı kadar, kaza sonrasında ilkyardım eksikliği ya da yanlış ilkyardım sonucu oluştuğu göz önüne alındığında toplumun ilkyardım konusunda eğitilmesi gerekliliği açıkça görülmektedir (127).

Çalışmamızda gerek doğuştan gerekse sonradan meydana gelen özürlerin, nedeni bilinmeyenlerinin büyük oranda beslenme bozukluklarına bağlı olduğu düşünülmektedir. Toplumun beslenme alışkanlıkları ileride oluşabilecek özürülük nedenlerini davet etmektedir. Bazı vitaminlerin ve minerallerin eksikliği veya fazlalığı sorun olabilmektedir. B12 ve folik asit eksikliğinde görülen nöral tüp defektleri, iyotla bağlantılı olarak tiroid bezi fonksiyon bozukluğu ve kretinizm arasındaki ilişki bunların

birkaçıdır ve basit önlemler ve eğitimle engellenebilir. Keza toplumdaki sigara, alkol ve benzeri alışkanlıkların etkileri unutulmamalı ve gerekli önlemler alınmalıdır (45).

Araştırmamızda özürlü bireylerin özürlerine yönelik olarak tedavi olma durumları sorgulanmış ve bireylerin % 3.2'sinin özrüne yönelik olarak tedavi olmadığı tespit edilmiştir. % 96.8'i ise özrüne yönelik olarak tedavi olmaktadır veya tedavisi tamamlanmıştır (Tablo 4.24). Yine bu bireylerin % 11.6'sı özrüne yönelik alet ya da cihaz kullanmaktadır (Tablo 4.24).

Özürlü bireylerin rehabilitasyon hizmeti alma durumu araştırılmış ve % 9.5'inin rehabilitasyon hizmetinden yararlandığı saptanmıştır (Tablo 4.24). Uskun çalışmasında rehabilitasyon hizmetinden yararlanan özürülülerin oranını % 3.6 olarak saptamıştır (45).

Çalışmada tespit edilen özürlü bireylerin, GYA'daki bağımlılık durumları incelenmiş ve % 5.3'ünün GYA'da bağımlı olduğu, % 12.7'sinin ise yardıma gereksinimi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.24). Böylece tüm özürülüler içinde rehabilite edilmesi gerekenlerin oranı %18 ve toplumdaki sıklığı % 2.06 olarak tespit edilmiştir. Çalışmada tespit edilen rehabilitasyon hizmeti alan özürlü bireylerin oranı %9.5, alması gerekenlerin oranı ise % 18'dir. Sonuç olarak özürlü bireylerin % 8.5'i rehabilite edilmesi gerektiği halde rehabilitasyon hizmeti almamaktadır. Aydın'da yapılan çalışmada özürülülerin % 44.7'sinin GYA'da tamamen bağımsız olmadıkları tespit edilmiştir (46). Ankara'da yapılan bir çalışmada ise bu oran % 15.2 olarak saptanmıştır (42).

Araştırmada özür türlerinin GYA'daki bağımlılık durumuna göre dağılımına bakıldığında; bağımlılık oranı en fazla görme, işitme, konuşma ve diğer bozukluklarda görülmekte iken kronik iç organ bozukluğu olanlarda bağımlı birey bulunmamaktadır (Tablo 4.25). Ankara'da yapılan bir çalışmada kas-iskelet sistemi bozuklukları, işitme ve konuşma bozuklukları ve öğrenme bozukluklarında bağımlılık oranının yüksek olduğu tespit edilmiştir (42).

Araştırmada elde edilen sonuçlar:

- ✓ Çalışmada özürlülük sıklığı % 11.5 olarak bulundu ve 189 kişide 281 özür tespit edildi.
- ✓ Çalışmada anne baba arasında akraba evliliği sıklığı % 18.2'idi ve araştırmaya alınanların % 8.7'sinin herhangi bir sosyal güvencesi yoktu.
- ✓ Yaş ilerledikçe özürlülük sıklığı artmaktaydı ve bu sıklık en fazla 65 ve üzeri yaş grubundaydı. Özürlü bireylerin yaş ortalaması 51.9 ± 17.8 bulundu. Kadınlarda özürlülük sıklığı erkeklerden daha fazlaydı.
- ✓ Özürlülük sıklığı eşi ölmüş olan kişilerde, yeşil kartlılarda ve okur-yazar olmayan kişilerde daha fazla bulundu.
- ✓ Anne babası arasında akraba evliliği olanlarda doğumsal özürlülük sıklığı olmayanlardan daha yüksekti.
- ✓ Kronik iç organ bozuklukları en sık görülen özür türüydü ve bunu kas-iskelet sistemi bozuklukları izlemekteydi.
- ✓ Sonradan meydana gelen özürlerin nedenleri arasında ilk sırayı kronik hastalıklar, doğuştan özür nedenleri arasında ise genetik veya kalıtsal bozukluklar almaktaydı.
- ✓ Özürlü bireylerin % 3.2'sinin özrüne yönelik olarak tedavi görmediği, % 90.5'inin rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmadığı ve % 88.4'ünün özre yönelik alet yada cihaz kullanmadığı tespit edildi.
- ✓ Özürlü bireylerin % 18'i GYA'de bağımlı yada yardıma gereksinimi vardı.

Bu bulgulara dayanarak önerilerimizi şu şekilde sıralayabiliriz:

- ❖ Toplumun eğitim ve sosyoekonomik düzeyinin yükseltilmesi gerekmektedir.
- ❖ Akraba evliliklerinin azaltılması için toplum bilinçlendirilmelidir.
- ❖ Özürlüler öncelikli olmak üzere tüm insanların sosyal güvenceye sahip olması sağlanmalıdır.
- ❖ Sağlık hizmetleri ücretsiz olmalı ve sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı artırılmalıdır.

- ❖ Birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliği ve uygulayıcısı durumunda olan sağlık ocaklarının kalitesi artırılmalıdır. Genetik danışmanlık birinci basamak sağlık hizmetlerinde rutin bir hizmet haline getirilmelidir.
- ❖ Gebelerin tümünün doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanması ve izlenmesi sağlanmalıdır. Eğitimi sağlık personeli denetiminde, sağlık kuruluşlarında gerçekleşen doğumların artırılması hedeflenmelidir.
- ❖ Trafik ve iş kazalarının önlenmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.
- ❖ Toplum ilk yardım konusunda bilinçlendirilmeli ve bu konuda kurslar açılarak eğitilmelidir.
- ❖ Birincil ve ikincil korumaya gereken önem verilmeli, her Őeye rağmen sakat kalanların üçüncül koruma sonrasında işe yerleştirilmeleri sağlanmalıdır.
- ❖ Rehabilitasyon merkezlerinin sayısı mevcut gereksinime göre artırılmalıdır. Toplum Temelli Rehabilitasyon çalışmalarına gereken önem verilmelidir.

6. KAYNAKLAR

1. Tezcan S. Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi. Ankara, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, 1992.
2. Dirican R., Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), II. Baskı. Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1993.
3. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006.
4. Başar P, Yorulmaz F. Özürlülük Epidemiyolojisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1995; 12 (1, 2, 3): 319-326.
5. Canpolat M, Demiray K, Tezcan S. Türk Dil Kurumu-Türkçe Sözlük, Genişletilmiş 7. Baskı. Ankara, Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1983.
6. Sarı G. Türkiye' de Özürlülerle İlgili Sosyal Güvenlik ve İstihdam Politikaları. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İzmir, 1992.
7. Öztekin Z. Halk Sağlığı Sözlüğü. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998.
8. I. Özürlüler Şurası. Çağdaş Toplum Yaşam ve Özürlüler Komisyon Raporları ve Genel Kurul Görüşmeleri. Ankara, TAKAV Yayıncılık, 29 Kasım-02 Aralık 1999.

9. Çalık S. Özürlülüğün Ölçülmesinde Metodolojik Yaklaşımlar ve 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması. ÖZ-VERİ Dergisi 2004; 1(2): 153-375.
10. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. 20.10.1985 Genel Nüfus Sayımı. No. 1369 Ankara, DİE Matbaası, 1989.
11. WHO. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva, 1980.
12. Anderson JAD. Person with physical disabilities. Volume 3 The Practice of Public Health. In: Detels R, Walter WH, McEwen J, Omenn GS. (eds). Oxford Textbook of Public Health. Oxford, Oxford University Press: 1431-1449, 1997.
13. Scott YJ. Describing the consequences of disorders: Stuttering and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. Journal of Speech, Language & Hearing research, 41(2): 249-258, 1998.
14. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICIDH-2) Final draft Full Version, Classification, assesment, Surveys and Terminology Team World Health Organization (WHO) Geneva, 2001.
15. WHO Presentation on ICIDH-2. In: ICIDH-2 Revision Meeting, Madrid 14-18th. November 2000.
16. Arslan Ş, Kutsal Y. Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirimine Yönelik Çok Merkezli Çalışma Raporu. Yayın No: 003/2000. Ankara, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı ve Türk Tabipleri Birliği, 2000.
17. Ö.Z.İ. (Özürlüler İdaresi Başkanlığı). ICF, Ankara, 2004.
18. ICF: İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması, WHO, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yay., (çev. E. Kabakçı, A. Göğüş), s.3, Ankara, 2004.
19. Chamia M. Survey Design Strategies for the Study of Disability. World Health Statistics Quarterly 42(3): 122-140, 1989.
20. WHO. The state of world health. The World Health Report 1997- Conquering suffering, enriching humanity. World Health Forum 1997; 18: 248-260.
21. Dejong G, Palsbo SE, Beatty PW ve ark. The organization and financing of health services for person with disability. The Milbank Quarterly, 80:2 261-301; 2002.
22. WHO. Disability Prevention and Rehabilitation. Technical Report Series, No. 668, Geneva, 1981.

23. Türeyen ZC. Uygulamalı Fizik Tedavi Rehabilitasyon. İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 343-350, 1998.
24. Blake JB, Scott D. D. Employment of person with Disabilities. Broaddom RL. (ed.) Physical Medicine and Rehabilitation, Second Edition. Philadelphia, Pennsylvania, W. B. Saunders Company: 727-739, 2000.
25. United States Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics, Vital and Health Statistics, Current Estimates from the National Health Interview Survey, 1994, Series 10, No. 193, (1995).
26. Ehrenkrantz D, Miller C, Vernberg DK, Fox MH. Measuring Prevalance of Childhood Disability: addressing familiy needs while augmenting prevention. Journal of Rehabilitation 2001; 67(2): 48-54.
27. The Disability Partnership. The Disability Partnership, The Experience of Disability. London, 2003.
28. Mbogoni M. Disability Census Questions, the Perspective of Developing Countries. Paper prepared for the First meeting of the Washington Group on Disability Statistics, Washington, 18-20 February 2002.
29. Human functioning and disability. <http://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/disability/disab2.asp> (Erişim Tarihi: 03.01.2007)
30. Türkiye’de Anne ve Çocukların Durum Analizi. T.C. Hükümeti- UNICEF İş Birliği Programı (Ülke Programı 1991-1995). Ankara, 1991.
31. Aydın R, Müslümanoğlu L, Serdaroğlu G. Ülkemizde Özürlülük Sıklığı. XIV. Ulusal Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kongresi Özet Kitabı, 10-15 Mayıs 1993, S.245.
32. Dilşen G, Aydın R. Özürlülük Epidemiyolojisi. Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi 1997; 8(2): 202-205.
33. Sindel D. Sakatlığın Epidemiyolojisi. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y, (ed.). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, I. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 37-48, 2000.
34. Aksöz Ş. Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesi’nde sakatlık epidemiyolojisi. Yüksek lisans tezi, Ankara, 1986.
35. Saltık A, Kayapınar R, Yorulmaz F. Edirne merkezinde 30 küme örnekleme tekniği ile özürlü taraması. İstanbul Halk Sağlığı Bülteni 1990; 12(4):25-35.
36. Aktekin MR. Antalya İl Merkezinde Sakatlık Prevalansı ve Bazı Değişkenlerle İlişkisi. Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Antalya, 1990.

37. Müslümanoğlu L. Tıbbi Rehabilitasyon Yönünden İkitelli-Atatürk Mahallesinde Özürlülük Epidemiyolojisi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanlık Tezi. İstanbul, 1990.
38. Karamehmetoğlu ŞS. Rehabilitasyon Açısından Silivri İlçesi Merkezinde Özürlülük Prevalansı. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanlık Tezi. İstanbul, 1990.
39. Aydın R. Tıbbi Rehabilitasyon Yönünden Özürlülük Epidemiyolojisi. İstanbul Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanlık Tezi. İstanbul, 1990.
40. Yazgan N. Bornova Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi Kazım Dirlik Mahallesi Özürlülük Epidemiyolojisi. Uzmanlık tezi, İzmir, 1990.
41. Serdaroğlu G. Tıbbi Rehabilitasyon Açısından Halkalı Eski Bağlar Mahallesindeki Özürlülük Epidemiyolojisi. Uzmanlık tezi, İstanbul, 1990.
42. Becer H. Ankara Park Sağlık Ocağı Bölgesinde Özürlülük Epidemiyolojisi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Uzmanlık Tezi. Ankara, 1991.
43. 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.
44. 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.
45. Uskun E. Isparta İlinde Özürlülük Epidemiyolojisi. SDÜ Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Isparta, 2002.
46. Beşer E, Atasoylu G, Akgör Ş, Ergin F, Çullu E. Aydın İl Merkezinde Özürlülük Prevalansı, Etiyolojisi ve Sosyal Boyutu. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006; 5(4):267-275.
47. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması. No.2913 Ankara, DİE Matbaası, Temmuz 2004.
48. UNİCEF, Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Uygulama El Kitabı. Ajans-Türk Basım A.Ş., Ankara, 1998.
49. Baykan Z. Özürlülük, Engellilik, Sakatlık Nedenleri ve Korunma. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2000; 9(9): 336-338.
50. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
51. Uskun E. Akraba Evlilikleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2001; 10(2); 54-56.

52. Ulusoy M, Tunçbilek E. Consanguinity in Turkey in 1988. Turkish Journal Popul. Stud. 1989; 11: 35-46.
53. Kır T, Güleç M, Bakır B, Hoşgönül E, Tümerdem N. The Frequency and Effecting Factors of Consanguineous Marriages in a Group of Soldiers in Ankara. Journal of Biosocial Science 2004; ss. 1-5.
54. Yalvaç M. Aile Sosyolojisi. Evin Ofset Matbaacılık, s. 217, Malatya, 2000.
55. Hancıoğlu A, Tunçbilek E. Akraba evlilikleri, sosyo-demografik özellikleri ve çocuk ölümleri üzerine etkileri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 1998; 41:139-153.
56. The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance, WHO, Geneva 2000.
57. Pekcan H. Kazaların Epidemiyolojisi ve Demografisi, Acil Yardım ve Kazalar Sempozyum' u, Emel Matbaacılık, Ankara 1984.
58. Gülesen Ö. Epidemiyoloji. Bursa Üniversitesi Basımevi, ss. 503-523, Bursa, 1981.
59. Kurtuluş Aİ. Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Eğitim Hastanesi Acil Servisi' ne Trafik Kazası Nedeniyle Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acil Yardım ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Ankara 2002.
60. T.C Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ulaştırma İstatistikleri Özeti Türkiye 2005, Ankara, 2006.
61. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği İle İlgili Genel Bilgiler, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, İşçi Sağlığı Daire Başkanlığı, s 23. Ankara, 1993.
62. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Enstitüsü, İş Yeri Güvenliği. Ankara, 1994, s: 1.
63. S.S.K. İstatistik Yıllığı, Ankara 2005.
64. Dünya Sağlık Raporu. 21. Yüzyılda Herkes İçin Bir Vizyon. Cenevre, 1998. Çeviri Ed: Metin B, Akın A, Güngör İ. Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998.
65. Whitcher JP, Upadhyay MP. Corneal blindness: a global perspective. Bulletin of the World Health Organization, 79: 214-221, 2001.
66. WHO. Health of elderly. Technical Report Series No. 779. Geneva, 1989.
67. Aydın ZD. Yaşlanan Dünya ve Geriatri Eğitimi. Geriatri 1999; 2(4): 179-187.

68. Akdemir N. Yaşlılarımızın bakım sorunları ivedilikle çözümlenmelidir. Geriatri 2000; 3(4): 169.
69. Gülseren Ş, Koçyiğit H, Erol A, Bay H, Kültür S, Memiş A, Vural N. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. Geriatri 2000; 3(4): 133-140.
70. Emmett T, Cunnigam Jr. Lietman TM, Whitcher JP. Blindness: a global priority for the twenty-first century. Bulletin of the World Health Organization 79(3): 180, 2001.
71. Özcan O. Özerk Bir Uzmanlık Olarak FTR ve FTR Uzmanının Rolü. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y, (ed.). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, I. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, ss.12-17, 2000.
72. Özürlüler Kanunu ve İlgili Mevzuat Kitabı. <http://www.ozida.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 05.01.2007)
73. Sirer H. Mesleki Rehabilitasyon. İşyeri Hekimliği Ders Notları, 6. Basım. Ankara, Türk Tabipler Birliği Yayın No: 011/01. 269-275, 2001.
74. Verbrugge LM, Jette AM. The Disablement Process. Soc. Sci. Med.1994; 38(1): 1-4.
75. I. Özürlüler Şurası. Çağdaş Toplum Yaşam ve Özürlüler Komisyon Raporları ve Genel Kurul Görüşmeleri. Ankara, TAKAV Yayıncılık, 29 Kasım-02 Aralık 1999.
76. İnce A. Avrupa Birliği'nde ve Türkiye'de Özürlüler. Marmara Üniversitesi Avrupa Topluluğu Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1996.
77. Toplum Temelli Rehabilitasyon, 2005. <http://www.ozida.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 05.01.2007)
78. II. Özürlüler Şurası. Yerel Yönetimler ve Özürlüler Komisyon Raporları ve Genel Kurul Görüşmeleri. Ankara, NUROL Matbaacılık, 26-28 Eylül 2005.
79. Kayhan Ö. Yaygın Toplumsal Rehabilitasyon. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y. (Ed) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara, Güneş Kitabevi, 73-79, 2000.
80. Kaya S. Çalışan Özürlülerin Yeterlilikleri. S.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. Konya, 1989.
81. Çocuk Hakları Sözleşmesi Türkiye'nin İlgili Yasaları ve Mevzuat. İkinci Taslak. Ankara, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNICEF, 2000.
82. Özürlülere Hizmet Veren Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Kurum ve Kuruluşları İşbirliği ve Koordinasyon Toplantıları Sonuç Raporları. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Başbakanlık Basımevi, Ankara, 2000.

83. UNİCEP, Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Uygulama El Kitabı. Ajans-Türk Basım A.Ş., Ankara, 1998.
84. Turhanoğlu AD, Saka G, Karabulut Z, Kılınç Ş, Ertem M. Diyarbakır İl Merkezinde Yaşayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Özürlülük ve Kronik Hastalık Sıklığı. Geriatri 2000; 3 (4): 146-150.
85. Wang XH, Qu CY, Shi JL, Liu G, Zhang ZX at all. A cross-sectional study on prevalence and risk factors of disabilities in aged 0-6 years children in Beijing, China. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi 2005; 26(8): 569-73.
86. Nas K, Çevik R, Gür A, Erdoğan F, Saraç J. Diyarbakır Merkezinde Okul Çocukları ve Ailelerinde Hareket Sistemi Özürümlerinin Sıklığı. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1999; 2 (2): 8-14.
87. Özgül A. Geriatrik Patolojinin Esasları. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y. (Ed). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, I. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 1341-1352, 2000.
88. Kulaksızoğlu A. Farklı Gelişen Çocuklar. I. Baskı. İstanbul: Epsilon Yayıncılık, 2003, 61-62.
89. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Hanehalkı İşgücü Araştırması 2006 Yıllık Sonuçları. www.tuik.gov.tr (Erişim Tarihi: 15.02.2007).
90. Trexler LE, Fordyce DJF. Psychological perspectives on rehabilitation: Contemporary Assessment and Intervention Strategies. In: Braddom RL. (Ed). Physical Medicine and Rehabilitation, Second Edition. W. B. Saunders Company: 75-87, 2000
91. WHO. Hypertension Control. Geneva, Technical Report Series 862, 1996.
92. Altıparmak S, Karadeniz G, Altıparmak O, Ataseven M, Şahin R. Yaşlılarda Hipertansiyon Prevalansı: Manisa Örneği. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9(4): 197-201.
93. King H, Rewers M. Diabetes in adults is now a Third World problem. Bulletin of the World Health Organization. 69(6): 643-648, 1991.
94. WHO. Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Disease in Elderly People. Geneva, Technical Report series 853, 1995.
95. Atijoson O, Kuper H, Rischewski D, Simms V, Lavy C. Musculoskeletal impairment survey in Rwanda: design of survey tool, survey methodology and results of the pilot study (a cross sectional survey). BMC Musculoskelet. Disord. 2007; 28(8): 30.

96. C Rumeau-Rouquette C, Mazaubrun C, Mlika A, Dequae L. Motor disability in children in three birth cohorts. *International Journal of Epidemiology* 1992; 21: 359-366.
97. Liu J, Le S, Lin Q, Zhu L. Prevalance of cerebral palsy in China. *International Journal of Epidemiology* 1999; 28: 948-954.
98. Eicher PS, Batshaw M. Cerebral palsy. *The Pediatric Clinics of North America* June. 1993; 40(3): 538-552.
99. Çocuklarda kronik hastalıkların sıklığı tarama çalışması. HYB-MEDAR. Ankara, 1997; 76-101.
100. Wang KY, Hsieh K, Heller T, Davidson PW, Janicki MP. Carer reports of health status among adults with intellectual/ developmental disabilities in Taiwan living at home and in institutions. *Journal Intellect. Disabil Res.* 2007; 51(Pt3): 173-83.
101. Şimşek İ. Serebral Palsi. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y. (Ed). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*, I. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 2395-2403, 2000.
102. Bulut B, Başkan S, Ekici F. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde doğan bebeklerde konjenital anomali taraması sonuçları. In: 2000'e 5 kale Türkiye ve dünya çocuklarının durumu. 31. Türk Pediatri Kongre Kitabı, 1995, s: 180.
103. Khandekar R, Mohammed AJ, Raisi AA. Prevalence and causes of blindness & low vision; before and five years after " VISION 2020" initiatives in Oman: a review. *Ophthalmic Epidemiol.* 2007; 14(1): 9-15.
104. WHO. EURO Reports and Studies, 57. The Epidemiology of accident traumas and resulting disabilities. Report on a WHO Symposium, Strasbourg, 19-21 March 1981. Copenhagen, Regional Office for Europe World Health Organization, 1982.
105. Aylaz R, Kaya B, Dere N, Karaca Z, Bal Y. Sağlık Yüksekokulu öğrencileri arasındaki depresyon sıklığı ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 46-51.
106. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 7. Basım. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s. 167-175, 1997.
107. Arnold LE. Learning Disorders. In: Garfinkel B, Carlson G, Weller E. (eds.) *Psychiatric Disorders in Children and Adolescents* WB Saunders com., Harcourt Brace, Jovanovich Inc. USA pp. 237-256.
108. Tarnopol L, Tarnopol M. *Reading and Learning Problems World Wide*. University Park Pres, Baltimore, 1976.

109. Chan S, Ros S, You KY, Nhem S, Salle JY, Dudognan P, Daviet JC. The management of stroke in Phnom Penh, Cambodia. *Bull Soc Pathol Exot.* 2007; 100(1): 32-5.
110. Thompson-Cerna AR, Medina MT. The prevalence of cerebrovascular disease in the rural community of Salama, Honduras, using the capture-recapture epidemiological method. *Revista de Neurologia* 2007; 44(8): 460-64.
111. WHO. Control of Hereditary Disease. Technical Report Series 865 Geneva, 1996.
112. Jacobsson B, Hagberg G. Antenatal risk factors for cerebral palsy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2004; 18: 425-36.
113. Morton R, Sharma V, Nicholson J, Broderick M, Poyser J. Disability in children from different ethnic populations. *Child: care, health and development* 28(1): 87-93, 2003.
114. Nacitarhan S. Merkezimize Başvuran Güneydoğu Anadolu Bölgesi Serebral Palsili Çocukların Sosyoekonomik ve Demografik Özellikleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2005; 32 (1): 13-19.
115. Berker E. Yaşlı Özürlülüğünün Boyutları. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2006; 52(A):3-5.
116. Dudak AH, Çakıl E, Aykut M, Çetinkaya F, Günay O, Öztürk Y. Kayseri İl Merkezindeki Yaşlıların Mediko-Sosyal Sorunları ve Yaşam Memnuniyetlerini Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9(4): 202-212.
117. Kepmen G, Ormel J, Brilman I, Relyvelt J. Adaptive responses among Dutch elderly: The impact of eight chronic medical conditions on health-related quality of life. *American Journal of Public Health* 1997; 87(1): 38-44.
118. Turhanoğlu AD, Saka G, Karabulut Z, Kılınç Ş, Ertem M. Diyarbakır İl Merkezinde Yaşayan 55 Yaş ve Üzeri Bireylerde Özürlülük ve Kronik Hastalık Sıklığı. *Türk Geriatri Dergisi* 2000; 3(4): 146-150.
119. Gülbayrak C, Açık Y, Oğuzöncül AF, Deveci SE, Ozan AT. Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağına Başvuran Yaşlılardaki Kronik Hastalıkların Sıklığı ve Maliyeti. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi* 2003; 35(1): 7-12.
120. Tanır F, Kahraman Y, Kara E, Akbaba M. Doğanşehir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yaşlıların Kronik Hastalıkları ve İlaç Kullanım Özelliklerinin Araştırılması. Yaşlılık ve Kronik Dejeneratif Hastalıklar 7. Halk Sağlığı Günleri Kitabı, Eskişehir 11-13 Eylül 2001.

121. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H ve ark. Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk Faktörleri. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 27(3): 89-94.
122. Krug EG, Sharma GK, Lozano R. The Global burden of injuries. Am J Public Health 2000; 90(4): 523-526.
123. Işık AT, Cankurtaran M, Doruk H, Mas MR. Geriatrik Olgularda Düşmelerin Değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9(1): 45-50.
124. Zeng G, Geng YT, Jing RW, Li XH, Qu SQ at all. Epidemiological study on injuries among children in Beijing. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Zu Zhi 2006; 27(12): 1024-8.
125. Temel F, Özcebe H. Türkiye' de Karayollarında Trafik Kazaları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006; 15(11): 192.
126. Connor PO. Injury to spinal cord in motor vehicle traffic crashes. Accident Analysis and Prevention 2002; 34(4): 477-485.
127. Güngör T. İlkyardım. TC. İçişleri Bakanlığı Sivil Savunma Genel Müdürlüğü 6. Baskı. Ankara, 1992.

EKLER

Özürlü Birey Değerlendirme Formu

SN	Soyadı	Adı	Yaş	C	M.Hali	Mesleği	Eğitim Durumu	Sosyal güvence	Akrabalık Derecesi	Özür Durumu

1. Bireyin ne tür bir özrü var?

<p>1.Kronik (süreğen) hastalık</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. HT 2. DM 3. KVC has 4. AC has 5. Kanser 6. Diğer..... <p>2. Kas İskelet Sistemi Bozuklukları</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Osteoartroz 2. Disk Hernisi 3. Kırık- çıkık Sekeli 4. Hemipleji 5. Parapleji 6. Konjenital Anomaliler 7. CP 8. Polio Sekeli 9. Travmatik ekstremitte kayıpları 10. DKÇ 11. Diğer..... <p>3. Görme kaybı/ Bozukluğu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Strabismus 2. Katarakt 3. Kaza/Travma 4. Ağır kırma kusuru 5. Sistemik hastalık 6. Glökom 7. Yaşlılık 8. Doğuştan körlük 9. Diğer..... 	<p>4. İşitme Kaybı</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konjenital 2. Yaşlılığa bağlı 3. Kronik otitite bağlı 4. Travmatik 5. Diğer..... <p>5. Dil ve Konuşma Bozuklukları</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekemelik 2. Artikülasyon Bozukluğu 3. Zeka geriliği 4. CP 5. Hemipleji 6. İşitme kaybına bağlı <p>6. Öğrenme Bozuklukları</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Zeka geriliği 2. CP 3. Menenjitte bağlı <p>7. Ruhsal-Duygusal Davranış Bozuklukları</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Depresyon 2. Psikoz 3. Nevroz 4. Otizm 5. Diğer..... <p>8. Şekil Bozukluğu/Diğer Jeneralize Bozukluklar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Yanık Sekeli 2. Dudak ağız deformitesi 3. Epilepsi 4. Duyu bozuklukları 5. Diğer.....
---	--

2. Özür ne zaman ortaya çıktı? 1. Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında 2. Sonradan
3. Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında meydana gelen özrün nedeni nedir?
1. Genetik veya kalıtsal bozukluk
 2. Kan uyuşmazlığı
 3. Doğum travması
 4. Doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması
 5. Annenin hamileliği sırasında kullandığı ilaçlar
 6. Annenin Hamileliğinde geçirdiği hastalıklar
 7. Annenin hamileliğinde yetersiz / kötü beslenmesi
 8. Bilmiyor
4. Sonradan meydana gelen özrün nedeni nedir?
1. Kronik hastalık
 2. Kaza
 3. Yaşlılık
 4. Enfeksiyon
 5. Bilmiyor
 6. Diğer.....
5. Özre neden olan kazanın türü nedir?
1. Trafik kazası
 2. İş kazası
 3. Ev kazası
 4. Diğer.....
6. Özürle ilgili herhangi bir tedavi yapıldı yada yapılıyor mu?
1. Evet yapılıyor (Nerde?:.....)
7. Özre yönelik rehabilitasyon hizmeti aldı mı?
1. Hayır
 2. Evet (Nerede?:.....)
8. Özre yönelik herhangi bir alet yada cihaz kullanıyor mu? 1. Evet 2. Hayır
9. Günlük aktivitelerinizi ne şekilde yerine getiriyorsunuz? 1.Bağımsız 2.Yardıma gereksinimi var 3. Bağımlı

Anneye ilişkin sorular:

(Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında meydana gelen problemlerden dolayı özürlü olan 14 yaşından küçük bireyler için doldurulacaktır.)

1. Çocuğunuz doğduğunda kaç yaşınızı bitirmiştiniz?.....
2. Annenin kaçınıcı gebeliği?.....
3. Annenin yaşayan kaçınıcı çocuğu?.....
4. Anne hamileyken sağlık kontrolüne gitti mi?
 1. Düzenli olarak gitti.
 2. Düzenli olarak gitmedi.
 3. Hiç gitmedi.
5. Annenin hamileliği sırasında aşağıdakilerden hangisi meydana geldi?
 1. Hastalık geçirmiş mi 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor 4. Hatırlamıyor
 2. İlaç kullanmış mı? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor 4. Hatırlamıyor
 3. Sigara/ alkol kullanmış mı? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor 4. Hatırlamıyor
 4. Röntgen çektirmiş mi? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor 4. Hatırlamıyor
 5. Önemli bir travma geçirmiş mi? 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor 4. Hatırlamıyor
 6. Diğer.....
6. Anne çocuğunun doğumunu nerede gerçekleştirdi?
 1. Üniversite hastanesinde
 2. Devlet / Sigorta hastanesinde
 3. Doğumevi hastanesinde
 3. Özel hastanede
 4. Evde
 5. Diğer (.....)
7. Çocuğun doğumuna kim yardımcı oldu?
 1. Doktor
 2. Hemşire
 3. Ebe
 4. Kendi kendine
 5. Diğer (.....)
8. Çocuğun doğumu zamanında mı gerçekleşti?
 1. Evet, zamanında
 2. Erken doğum oldu
 3. Geç doğum oldu
 4. Bilmiyor
9. Çocuğun doğumu ne şekilde gerçekleşti?
 1. Normal
 2. Sezaryen
 3. Vajinal müdahaleli
 4. Bilmiyor
10. Çocuğun Doğumu esnasında herhangi bir problem oldu mu?
 1. Oksijen yetmezliği oldu.
 2. Travma / kaza meydana geldi.
 3. Ters geldi
 4. Kordon dolandı
 5. Bilmiyor
 6. Diğer (.....)
11. Anne sütü aldı mı?
 1. Hayır
 2. Evet (süresi:.....)
12. Aşıları tam ve düzenli yapıldı mı?
 1. Evet düzenli yapıldı.
 2. Bir kısmı düzenli yapıldı, tam değil.
 3. Hiç aşılanmadı.
 4. Hatırlamıyor
 5. Bilmiyor
13. Çocuklukta önemli bir hastalık geçirdi mi?
 1. Geçirdi
 2. Geçirmedi
 3. Hatırlamıyor
 4. Bilmiyor
14. Çocuğun özürlü olduğunu anladığımızda çocuk kaç yaşını bitirmişti?.....
15. Çocuğun özürlü olduğunu anladığımızda ilk olarak ne yaptınız?
 1. Hiçbir şey yapmadık.
 2. Doktora götürdük.
 3. Diğer (.....)

ANKETİ CEVAPLADIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Adana ili, Kozan ilçesi'nde doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Kozan'da tamamladı. 2000 yılında Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü'nü kazandı. 2004 yılında bu bölümden mezun oldu. Aynı yıl Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans öğrenimine başladı. Halen bu bölümde Yüksek Lisans öğrenimine devam etmektedir.