



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ÖZÜRLÜLÜK SINIFLAMASI İÇİN BİR MODEL OLUŞTURMA

UZMANLIK TEZİ

Araş. Gör. Dr. Şeniz KARADEMİR

DANIŞMAN

Doç. Dr. E. Didem EVCİ

AYDIN – 2008

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ÖZÜRLÜLÜK SINIFLAMASI İÇİN BİR MODEL OLUŞTURMA

UZMANLIK TEZİ

Araş. Gör. Dr. Şeniz KARADEMİR

DANIŞMAN

Doç. Dr. E. Didem EVCİ

AYDIN – 2008

Biricik kızım Bengisu'ya...

TEŞEKKÜR

Uzun soluklu bir maraton olan uzmanlık eğitimimin sonuna gelmiş bulunuyorum. Bu süreçte bilgi ve deneyimleri ile eğitimime değerli katkıları için Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Erdal BEŞER'e, Bu çalışmanın planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve özellikle yorumlanmasında desteğini biran olsun eksik etmeyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. E. Didem EVCI'ye, Çalışmanın yöntem ve istatistik konularında yardımcı olan hocalarım Sayın Doç. Dr. Pınar OKYAY ve Yard. Doç. Dr. Filiz ERGİN'e, Zor zamanlarımda beni yalnız bırakmayan tüm mesai arkadaşlarıma, Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında yardımcı olan Nüfus Etütleri Enstitüsü öğretim üyesi Sayın Yard. Doç. Dr. Ahmet Sinan TÜRKYILMAZ'a Örnek seçiminde teknik destek veren Sayın İstatistikçi Murat TUNCER'e Saha çalışmalarında destek veren Aydın Belediye Başkan Danışmanı Sayın Mehmet KÜÇÜKYUMUK ve tüm belediye personeline, Aydın İl Sağlık Müdürlüğü başta olmak üzere, ziyaret ettiğim bütün kurumlarda ilgilerini esirgemeyen tüm sorumlu hekim ve sağlık personeline; Özürlülük konusunda farklı bir bakış açısı yaratan Aydın Sakatlar Derneği Başkanı Sayın Sevgi DİNÇER'e, ICF ve WHODAS-II ölçeği ile ilgili her türlü bilgi ve görüşlerini eksik etmeyen T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Şube Müdürlüğünden emekli Sayın Dr. Benan Berrin ERTÜRK'e, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Sayın Doç. Dr. Alp ERGÖR'e ve ölçeğin puan hesaplanmasında bilimsel destek sağlayan öğretim görevlisi Sayın Dr. Ahmet Can BİLGİN'e, Aydın İlinde özürlülükle ilgili eğitim veren kurum ve kuruluşlar hakkında bilgilendiren Hacı Kadriye Arslan Rehberlik ve Araştırma Merkezinde görevli psikolojik danışman Sayın Kadri ÖZDEMİR'e, Çalışmaya katılan ve duygu düşüncelerini benimle paylaşan katılımcılara, Beni bugünlere getiren rahmetli annem ve aileme, tez yazım aşamasında hayatıma bir ışık gibi doğan dünyalar güzeli kızıma, saha çalışmasından yazım aşamasına kadar her alanda emeğini, sabrını eksik etmeyen, maddi, manevi tüm desteğini candan hissettiğim değerli eşim Araş. Gör. Ümit KARADEMİR'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

| | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| TABLO DİZİNİ | i |
| ŞEKİL DİZİNİ | iii |
| EKLER DİZİNİ | iv |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 2 |
| 2.1. Tarihçe | 2 |
| 2.2. Tanımlamalar | 4 |
| 2.3. Dünyada ve Türkiye’de Özürlülükle İlgili Yaklaşımlar | 6 |
| 2.3.1. Dünyada Özürlülük | 6 |
| 2.3.2. Türkiye’de Özürlülük | 8 |
| 2.4. Özürlülüğün Nedenleri | 10 |
| 2.4.1. Yaşlılık ve Kronik Hastalıklar | 13 |
| 2.4.2. Yakın Akraba Evlilikleri | 14 |
| 2.4.3. Kazalar | 17 |
| 2.4.4. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Düzeyi | 23 |
| 2.4.5. Beslenme Bozuklukları | 24 |
| 2.4.6. Mental, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar | 25 |
| 2.5. Özürlülükte Sınıflandırma Sistemleri | 26 |
| 2.5.1. ICD | 26 |
| 2.5.2. ICF | 28 |
| 2.5.3. ICF’in Kapsamı | 29 |
| 2.5.4. ICF’in Kullanımı | 33 |
| 2.6. Özürlülüğün Sıklığı | 37 |
| 2.6.1. Dünya’da Özürlülüğün Sıklığı | 37 |
| 2.6.2. Türkiye’de Özürlülüğün Sıklığı | 39 |
| 2.7. Özürlülerin İstihdamı ve Türkiye’de ki Durum | 44 |
| 2.8. Özürlülüğün Korunma | 46 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM | 48 |
| 3.1. Araştırma Bölgesi Özellikleri | 48 |

| | |
|---|-----|
| 3.2. Araştırmanın Tipi | 50 |
| 3.3. Araştırma Evreni ve örnek seçimi | 50 |
| 3.4. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri | 51 |
| 3.5. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri | 52 |
| 3.6. İzinler | 52 |
| 3.7. Veri Toplama Biçimi ve Anket | 52 |
| 3.8. Ön Uygulama | 59 |
| 3.9. Verilerin Değerlendirilmesi | 59 |
| 3.10. Zaman Çizelgesi | 60 |
| 3.11. Araştırma Bütçesi | 62 |
| 3.12. Araştırmanın Kısıtlılıkları | 62 |
| 4. BULGULAR | 64 |
| 4.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri | 64 |
| 4.2. Araştırmada Belirlenen Özürlülük Sıklığı | 67 |
| 4.3. Araştırmada Belirlenen Özürlülüğün Tür ve Nedenleri | 70 |
| 4.3.1. Süreğen Hastalıklar | 73 |
| 4.3.2. Ortopedik Bozukluklar | 76 |
| 4.3.3. Ruhsal Bozukluklar | 79 |
| 4.3.4. Görme ile İlgili Bozukluklar | 81 |
| 4.3.5. İşitme ile İlgili Bozukluklar | 84 |
| 4.3.6. Dil ve Konuşma ile İlgili Bozukluklar | 86 |
| 4.3.7. Zihinsel Bozukluklar | 89 |
| 4.3.8. 18 Yaşından Küçük Özürlüler | 91 |
| 4.4. WHODAS II Sonuçları | 93 |
| 4.5. ICF Sınıflaması | 96 |
| 5. TARTIŞMA | 103 |
| 5.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri | 103 |
| 5.2. Araştırmada Belirlenen Özürlülük Sıklığı | 104 |
| 5.3. Özür Türleri | 105 |
| 5.3.1. Süreğen Hastalıklar | 105 |
| 5.3.2. Ortopedik Bozukluklar | 111 |
| 5.3.3. Ruhsal Bozukluklar | 112 |

| | |
|--|-----|
| 5.3.4. Görme ile İlgili Bozukluklar | 113 |
| 5.3.5. İşitme ile İlgili Bozukluklar | 115 |
| 5.3.6. Dil ve Konuşma ile İlgili Bozukluklar | 116 |
| 5.3.7. Zihinsel Bozukluklar | 117 |
| 5.4. Özürhülerin Sınıflandırılması | 118 |
| 5.4.1. ICD-10 | 118 |
| 5.4.2. WHODAS II ve ICF İlişkisi | 120 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 129 |
| ÖZET | 135 |
| SUMMARY | 137 |
| KAYNAKLAR | 138 |
| EKLER | 149 |

TABLO DİZİNİ

| | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| Tablo 1: Özürlülüğe Yol Açan Nedenler | 11 |
| Tablo 2: Dünya’da Akraba Evliliği | 16 |
| Tablo 3: Trafik Kazalarında Risk Etmenleri | 22 |
| Tablo 4: ICF’e Genel Bakış | 30 |
| Tablo 5: Bazı Dünya Ülkelerinde Saptanan Özürlülük Oranları | 38 |
| Tablo 6: Türkiye 1985 Nüfus Sayımında Saptanan Tüm Sakatlıkların Türlerine Göre Dağılımı | 41 |
| Tablo 7: 1988 Yılı Özur Türlerine Göre Türkiye’de Özürlü Sıklığı | 41 |
| Tablo 8: Türkiye 2002 Özürlülük Araştırmasına Göre Özur Türü ve Özürlü Nüfus Oranı | 42 |
| Tablo 9: Türkiye’de Yapılan Özürlülük Epidemiyolojisi Çalışmaları | 43 |
| Tablo 10: Aydın İlinin Demografik Yapısı | 50 |
| Tablo 11: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışması İçin Örnek Büyüklüğünün Hesaplanması | 51 |
| Tablo 12: WHODAS-II Alanlar ve Alan Değerleri | 58 |
| Tablo 13: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılanların Sosyodemografik Özellikleri | 65 |
| Tablo 14: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılan Çalışanların Cinsiyet ve Meslek Gruplarına Göre Dağılımları | 66 |
| Tablo 15: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılanların Anne-Babasında Akraba Evliliği Olanların Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı | 67 |
| Tablo 16: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılanların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Özürlülük Durumunun Dağılımı | 68 |
| Tablo 17: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılan Kişilerin Özürlülük Durumuna Göre Mesleklerinin Dağılımı | 70 |
| Tablo 18: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılan Kişilerin Özur Türlerine Göre Dağılımı | 71 |
| Tablo 19: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılan Kişilerin Özur Türlerinin Yaş Gruplarına, Yaş Ortalamalarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı | 72 |
| Tablo 20: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Süreğen Hastalıkları Olan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri... | 74 |
| Tablo 21: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılan Kişilerde Tespit Edilen Süreğen Hastalıkların Dağılımı..... | 75 |
| Tablo 22: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Ortopedik Bozuklukları Olan Kişilerin Sosyodemografik | 77 |

| | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| Tablo 23: Özellikleri Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Ruhsal Bozuklukları Olan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri | 80 |
| Tablo 24: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Görme İle İlgili Bozuklukları Olan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri | 82 |
| Tablo 25: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında İşitme İle İlgili Bozuklukları Olan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri | 84 |
| Tablo 26: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Tespit Edilen Dil ve Konuşma İle İlgili Bozuklukları Olan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri | 87 |
| Tablo 27: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Tespit Edilen Zihinsel Bozuklukları Olan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri | 90 |
| Tablo 28: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Tespit Edilen Özürlülerin Yetiyitimi ve Alan Yetiyitimi Düzeyleri | 93 |
| Tablo 29: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılan Kişilerde Belirlenen Özürlülerin WHO DAS-II Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı | 94 |
| Tablo 30: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Belirlenen Özürlülerin WHO DAS-II Düzeylerinin Özürlülük Tiplerine Göre Dağılımı | 96 |
| Tablo 31: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Belirlenen Özürlülerin WHO DAS-II Ölçeğinde “Sıfır” Puan Alanlar/Güçlük Çekmeyenler | 98 |
| Tablo 32: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Belirlenen Özürlülerin WHODAS-II Ölçeği Alan Puanları | 99 |
| Tablo 33: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Belirlenen Özürlülerin WHODAS II Alan 1 ve Alan 5’in Sınıflaması | 101 |
| Tablo 34: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Belirlenen Özürlülerin, WHODAS II Alan 2, Alan 5, Alan 6 ve Genel Toplam Sınıflaması | 101 |
| Tablo 35: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Multiple Skleroz Tanısı Alan Bir Hastanın ICD-10 ve ICF’e Göre Sınıflaması | 119 |
| Tablo 36: Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında ICD-10, WHODAS-II ve ICF İlişkisi | 122 |

ŞEKİL DİZİNİ

| | <u>Sayfa No</u> |
|--|------------------------|
| Şekil 1: Dünya sağlık örgütünün tahminlerine göre özürllülüğün nedenleri .. | 12 |
| Şekil 2: UNESCO'ya göre çocuklarda görülen özürllülüğün nedenleri | 12 |
| Şekil 3: İş kazası sayıları | 19 |
| Şekil 4: Meslek hastalıkları sayıları | 19 |
| Şekil 5: İş kazası ve meslek hastalıkları sonucu ölüm sayıları..... | 19 |
| Şekil 6: İş kazalarının başlıca nedenleri | 21 |
| Şekil 7: ICF bileşenleri arasındaki etkileşim | 32 |

EKLER DİZİNİ

| | <u>Sayfa No</u> |
|--|------------------------|
| Ek 1: Aydın İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı | 149 |
| Ek 2: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Raporu | 150 |
| Ek 3: Hane Halkı Soru Kağıdı | 151 |
| Ek 4: Özürlü Birey Soru Kağıdı | 154 |
| Ek 5: WHODAS II ölçeği | 167 |
| Ek 6: Anımsatma Kartları | 171 |

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımına göre sağlık; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır (1). Bu tanımdan yola çıkarak tam bir iyilik halinin bozulduğu durumlarda kişiye eğer gerekli müdahaleler yapılmaz ise özürlü ya da engelli olarak yaşamına devam etmektedir.

Sağlıklı bir şekilde yaşamak yeryüzünde bulunan bütün insanların en doğal haklarından birisidir. Bir kişinin sağlıklı bir şekilde yaşayabilmesi yeterli oranda beslenmesi, barınma olanaklarının iyi olması, çeşitli sosyal hizmetlerden yararlanabilmesi, giyinme ve iyi bir sağlık hizmeti alması gibi birçok faktöre bağlıdır. Bunun yanı sıra kişinin sağlıklı yaşama hakkı işsizlik, özürlülük, yaşlılık, her türlü doğal afet ve kazalar gibi elverişsiz durumlarda destek görebilmeyi de kapsamaktadır.

Yeryüzünde 600 milyon kişinin özürlü olduğu tahmin edilmektedir. DSÖ özürlülük sıklığını gelişmiş ülkelerde %10, gelişmekte olan ülkelerde ise %12 olarak bildirmektedir (2). Nüfusun giderek artması, kronik hastalıkların tedavisinde kaydedilen gelişmeler sayesinde yaşam süresinin uzaması, ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunların artması, çevre koşullarındaki bozukluklar gibi süreçler gelecekte özürlü insan sayısının daha da artacağını göstermektedir.

Türkiye'de özürlü sayısı, türü ve özürlülük nedenleri hakkında yeterli ve toplumu temsil etme gücü yüksek bilimsel veriler mevcut değildir. Özürlülüğün önlenmesi ve özürlülere yönelik düzenlemeler için öncelikleri belirlemede bu tür bilgilere gereksinim vardır. Bilgiler toplum tabanlı epidemiyolojik çalışmalar ile sağlanabilir.

Bu çalışma Aydın il merkezinde özürlülük sıklığını belirlemeyi, özürlülük türlerini ve nedenlerini ortaya koymayı, tespit edilen özürlülerin DSÖ'nün 2001 yılında uygulamaya koyduğu "İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)"nı kullanarak yeniden sınıflamayı ve bu sınıflamanın Türkiye'de kullanılmaya başlanması ile neler kazandıracağını bir model üzerinde tartışmayı amaçlamaktadır. Çalışma sırasında elde edilen veriler Türkiye'nin özürlülük profiline istatistiksel veri olarak katkıda bulunacaktır. Model oluşturma sırasında elde edilen deneyimler karar vericilere özürlülere yönelik planlamalarında yol gösterecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. Tarihçe

Özürlülük hali insanlık tarihinden bile eskidir. Çünkü fiziksel yetersizliği olan bireyler insan evriminden önceki dönemlerde bile bulunmaktaydı. Tarih öncesi çağda insan olmayan primat gruplarında özürllülerin olduğu antropolojik deliller ile gösterilmektedir (3). Ağaçlardan düşen maymun yada maymun benzeri canlılar yırtıcı hayvanlar tarafından yaralanıyordu. Yaralanma, yeme içme ve hayatını sürdürmesini engellemediği için böyle canlılar özürllü olarak kabul edilmezdi. Yaralı hayvan grup içinde yaşayabiliyor ve annesi tarafından özel bakım ile büyütülüyordu. Bu yüzden o dönemlerde özürllü olarak kabul edilenler sadece erişkin canlılardı (3).

Eski Yunan ve Romalılarda ortalama yaşam süresi kadınlarda 37 erkeklerde 44 yılı geçmemiştir. Bunun sebebinin salgın hastalıklar, savaş, prematüre doğumlar, yetersiz beslenme ve yaralanmalar sonucu özürllülük ve deformasyonların oldukça yaygın olmasına bağlanmıştır. Bu dönemlerde kol kırılmaları gibi küçük yaralanmalar, kısıtlı tıbbi yardım alan nüfusun büyük bir çoğunluğunda, özürllü bireylerin oluşumuna neden olmuştur (4).

Ortaçağda epilepsi, sağırılık, mental bozukluk ve zihinsel özürü olan bireyler bulunmaktaydı ve bu tür sorunların nedeninin şeytan olduğuna inanılırdı (5). Kiliseler, “cinlere karışmış” olarak düşündüğü için büyücü ve delileri yakmaktaydı. 13. yüzyılda dilenci ve engelliler için yurtlar oluşturulmuş, 14. yüzyılda ise İngiltere’de engellilerin çalışmalarını öngören yasalar çıkartılmıştı. 16. yüzyılda Juan Luis Vibes engellilerin sağaltım, işe alıştırma ve çalıştırma yolları ile korunmasını önermiştir. Aziz Vincent de Paule 17. yy’da sokak çocukları için bir kurum açmıştır (6).

Batı literatürüne bakıldığında özürllülüğe ilişkin ilk ciddi ve akademik adımların 1970’li yılların sonlarına rastladığı ve İngiltere’nin gelişimlerin öncüsü olduğu anlaşılmaktadır. Bu yıllarda öncelikle tıbbi bir problem olarak ele alınan özürllülük olgusu tıbbi tanımlamalarla açıklanmıştır. 1980’li yıllarda İngiltere’de özürllülüğün nicel boyutuna dikkatler çekilmiştir. Buna göre 1980’de İngiltere’de yaklaşık 6.5 milyon özürllü nüfus olduğu tespit edilmiştir (7).

Giderek artan özürlü nüfusun varlığının dikkat çekiciliği, artık sadece tıbbi yaklaşım ile konuya bakmayı yetersiz kılmış ve önemli eleştirilere neden olmuştur. Özellikle bu eleştiriler İngiltere’de özürlü bireylerin kendilerinden gelmiş ve bu eleştiriler onların oluşturdukları çeşitli organizasyonlar ve/veya birlikler aracılığı ile ses getirmiştir. 1981 yılında kurulan İngiliz Konseyi Özürlü İnsanlar Organizasyonu (British Council of Organisations of Disabled People, BCODP) buna bir örnektir. Bu organizasyon yerel ve ulusal çeşitli alt birlikler şeklinde yayılmıştır. İngiltere’de bu organizasyonu oluşturan özürlülük hareketlerinin temelini İngiliz Sağırklar Topluluğu (British Deaf Association, BDA) ve Körlerin Ulusal Birliği (National League of the Blind, NLB) adlı topluluklarla 1960’larda atıldığı kabul edilmektedir. Bu yıllardaki organizasyonlar ülkede özürlülük hareketlerinin başlamasına ve gelişimine ön ayak olmuşlardır. Örneğin, 1965 yılında Sakatların Gelir Grubu (Disablement Income Group, DIG) adlı bir gruba dâhil olan Megan Bosson ve Berit Moore isimli iki özürlü kadının özürlülük haklarına yönelik çabaları, yoksulluk ve özürlülük arasındaki politik zinciri ilk kez vurgulaması açısından önemli kabul edilmektedir. Yine 1972’de kurulan Özürlüler Birliği (Disability Alliance, DA) özürlülük konusunda hem özürlü bireyleri hem de özürlü olmayan bireyleri aynı organizasyon çatısı altında ilk olarak bir araya getirmiştir. Bu şekildeki sivil toplum kuruluşlarının oluşumuna paralel olarak çeşitli politik kampanyalar ve gösteriler de söz konusudur. Böylece özürlü bireylerin dışlanmasına yönelik bir mücadele de dile getirilmiş ve yeni politikaların oluşmasına ön ayak olmuştur (7).

Birleşmiş Milletler (BM) tarafından 1981 yılı “Dünya Özürlüler Yılı” olarak kabul edilmiştir. Yine BM, 1983-1992 yılları arasında on yıllık bir özürlüler programı kabul etmiştir. Daha sonra, BM Genel Kurulu, “Özürlüler Özel Oturumu”nda bu on yılın bir değerlendirmesini yaparak, özellikle gelişmekte olan ülkeler için, ekonomilerindeki problemler nedeniyle on yılın hedeflerine varmak için imkansız olduğunu kabul ederek, 1993-2002 dönemi için “Ulusal Eylem Planı” kabul etmelerini önermiş ve ayrıca 3 Aralık gününü “Dünya Özürlüler Günü” olarak ilan etmiştir (8).

2.2. Tanımlamalar

Özürlülük konusunda yeterli tanımların olmayışı, “özürlü kimdir?” sorusuna toplumun farklı kesimlerinde cevapların farklı oluşu nedeni ile özürlülük tanımında bir kavram kargaşası yaşanmaktadır. Toplumumuz hiç görmeyeni, az veya hiç işitmeyeni, kol ve bacaklarında ağır sakatlığı olanları sakat veya özürlü olarak kabul etmektedir. Kalp-damar hastalıklarını, böbrek hastalığı sebebi ile diyaliz makinesine bağlananları ve solunum sistemi hastalıklarını sakat veya özürlü olarak kabul etmemektedir. Başka bir ifade ile toplum nazarında hasta, hastalıklı ve sakat kişiler farklı bakış açısı ile kabul edilmektedir (9).

Halk sağlığı sözlüğünde bu konudaki kavramlar şu şekilde tanımlanmaktadır (10):

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

İş görmezlik (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 ya da 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 disability, permanent disablement, permanent total disability): “Körlük, cücelik, kamburluk zeka geriliği gibi bireylerin yaşamları süresince olumlu yönde bir gelişme göstermeyecek nitelikte sakatlıktır.”

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

Tam iş görmezlik (total disability, totaly disablement, 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.”*

BM’e göre özürlülük ya da sakatlık; *“Normal bir kişinin kişisel yada sosyal yaşantısında kendi kendisine yapması gereken işleri, bedensel veya ruhsal yeteneklerindeki kalımsal yada sonradan olma herhangi bir noksanlık sonucu yapamayanlar sakattır”* şeklinde tanımlanmaktadır (11).

DSÖ 1980 yılında deneme amacı ile, sakatlıkla ilgili terimleri standartlaştırmak ve ortak bir dil oluşturmak amacıyla Bozukluklar, Yetiyitimi ve Engellilerin Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH) isimli bir sınıflama sistemini ortaya koymuştur (12-13). Bu sisteme göre:

Yetersizlik yada özürlülük: *“Kişinin fizyolojik, psikolojik, anatomik yapı ya da işlevlerindeki geçici yada kalıcı herhangi bir eksiklik yada anormalliktir”* (14-15).

Sakatlık (Disability): *“Yetersizlik sonucu oluşan ve normal bir insanın başarı ile sonuçlandırabileceği herhangi bir aktiviteyi gerçekleştirmede ortaya çıkan eksiklik ya da sınırlamadır”* (14-15).

Engellilik (Handicapped): *“Yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel etmenlere bağlı olarak özürlülük ve sakatlık sonucu oluşan, o birey için normal olarak bir işlevin yerine getirilememesi yada eksik kalmasıdır”* (14-15).

2001 yılında DSÖ “İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması” adıyla ICF’i yayınlanmıştır. ICF’e göre “engelli” (handicap) terimi küçük düşürücü iması nedeni ile tümden çıkarılmış bunun yerine daha geniş kapsamlı bir terim olan “yetiyitimi” kelimesinin kullanılmasına karar verilmiştir. Bu sınıflandırmaya göre, örneğin “zihinsel engelli” kişi yerine “öğrenme güçlüğü olan kişi” ifadesi kullanılmıştır (16).

2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Özürlülükle İlgili Yaklaşımlar

2.3.1. Dünya’da Özürlülük

İnsan Hakları Evrensel Bildirisi’nin 2., 3., 16., 25 ve 26. maddeleri engellik konusuna devletlerin yaklaşımı ile ilgili temel dayanaklardır. BM Genel Kurulu'nun İnsan Hakları Evrensel Bildirisinin devamında yer alan 9 Aralık 1975 tarih ve 3447 sayılı karar ile Sakat Kişilerin Hakları Bildirisi, sakat kişilerin topluma üretken bireyler olarak katılmaları konusunda olduğu kadar, toplumun sakatlara karşı yükümlülüklerini de saptamaktadır. Uluslar arası tarihi bir değere sahip olan BM Genel Kurulu'nun bu bildirisi şu şekildedir (17):

1. Normal bir kişinin kişisel ya da sosyal yaşantısında kendi kendisine yapması gereken işleri, bedensel veya ruhsal kabiliyetlerindeki kalıtımsal yada sonradan olma herhangi bir noksanlık sonucu yapamayanlara sakat denir.

2. Sakat kişiler, bu beyannamede ileri sürülen haklardan yararlanacaklardır. Bu haklar, sakat kişinin ya da ailesinin sahip olduğu ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal veya diğer fikirler, milliyet ya da sosyal köken, varlık ve doğum gibi konularda hiç bir ayrıcalık gözetilmeden dünyadaki bütün sakat kişilere tanınmıştır.

3. Sakat kişinin insan haysiyetine saygı gösterilmesi onun en doğal hakkıdır. Sakat kişilerin sakatlık veya noksanlıklarının nedeni, durumu ve ciddiyeti ne olursa olsun, aynı yaştaki sağlam arkadaşlarının sahip oldukları düzgün yaşama koşullarına mümkün olduğu kadar sahip olmak haklarıdır.

4. Sakat kişilerde diğer insanların sahip oldukları aynı medeni ve siyasi haklara sahiptirler. "Akıl Hastalarının Hakları Bildirisi"nin 7.maddesinde bu hakların sınırlandırılması ya da kaldırılması ile ilgili hükümler ayrıca belirtilmiştir.

5. Sakat kişilerin kendi kendilerine yeterli olmalarını sağlayan önlemler mümkün olduğu kadar alınmalıdır.

6. Sakat kişiler, tıbbi, psikolojik ve fonksiyonel tedavi hakkına sahiptirler. Protez, ortopedik uygulamalar, tıbbi ve sosyal rehabilitasyon, eğitim ve mesleki eğitim, staj ve rehabilitasyon,

yardım, dayanışma, plasman hizmetleri, sakat kişilerin becerilerini hızlandıracak diğer bütün faaliyetler bu maddenin kapsamına dahildir.

7. Sakat kişiler ekonomik ve sosyal haklara, düzgün hayat standardı hakkına sahiptirler. Ayrıca yeteneklerine göre bir iş sağlamak, yararlı, verimli ve karlı bir işe girişmek veya bir ticaret birliğine üye olmak gibi haklara sahiptirler.

8. Ekonomik ve sosyal planlamaların bütün evrelerinde sakatlar, özel ihtiyaçlarını daimi düşünülmesi ve gerçekleştirilmesi gereken kişiler olarak nitelendirilmelidir.

9. Sakat kişiler aileleriyle veya evlat edinen kişilerle birlikte yaşama ve her türlü sosyal, yaratıcı ve eğlendirici faaliyete katılma hakkına sahiptirler. Hiç bir sakat kişi, ikamet ettiği çevre itibarıyla, durumu veya gelişmesi için gerekli isteklerinde başka bir ayrıcalığa tabi tutulmaz. Eğer bir sakatın muhakkak özel bir müessesede veya çevrede kalması gerekiyorsa, o zaman bu çevrenin kendi normal yaşatlarının kaldığı ve yaşadığı çevreye mümkün olduğu kadar yakın olması gerekir.

10. Sakat kişiler her türlü istismardan, ayırimcı, kötüye kullanılabilir ve haysiyet kırıcı yasa ve davranışlardan korunmalıdır.

11. Sakat kişiler, şahıslarının yada mallarının korunması için gerektiğinde yeterli yasal yardım sağlamaya muktedir olabilmelidirler. Eğer adli durum kendi aleyhlerine gelişirse o zaman bu kişinin beden ve zekâ durumunu tam olarak dikkate alınmalıdır.

12. Sakat kişiler haklarıyla ilgili her konuda, her zaman kendilerine ait kuruluşlarla istişarede bulunabilmelidir.

13. Bu beyannamede yazılı haklar, mümkün olan her türlü vasıta ile sakat kişilere ve ailelerine tam olarak duyurulmalıdır.

Yukarıdaki maddelerden görüldüğü gibi bu bildiri, özürülülerin toplumda gereken yerlerini alarak yaşamaları, topluma yük değil, üretken bireyler olarak katılmaları konularında olduğu kadar, toplumun sakatlara karşı yükümlülüklerini de tespit etmiştir.

BM Genel Kurulu'na 1981 yılı Dünya Sakatlar Yılı ve 1981 yılını izleyen 10 yıl Dünya Sakatlar 10 Yıllı olarak ilan edilmiştir. Bu dönemde "Eşitlik ve Toplumsal Yaşama

Tam Katılım” anlayışı kabul edilmiş ve tüm ülkelerin sakatlar için eylem planları yapmaları ve bunları hayata geçirmeleri istenmiştir.

2.3.2. Türkiye’de Özürlülük

Türkiye’de özürlülerin hakları ve özürlüler ile ilgili yapılan çalışmalarda diğer dünya ülkelerinin büyük bir etkisi mevcuttur ve özürlülerle ilgili yapılan çalışmaları Cumhuriyet öncesi ve Cumhuriyet sonrası olmak üzere iki grupta incelemek mümkündür.

Cumhuriyet öncesi dönemde Tanzimat’a kadar özürlülere yönelik faaliyetler daha çok tıbbî bakım konusunda olmuştur. Özellikle fiziksel ve ruhsal açıdan özürlü olan kişilerin sağlık evlerinde bakım ve tedavileri yapılmıştır. Bu anlamda akıl ve ruh hastalarının tedavilerine yönelik bakım evlerinin dünyadaki ilk örnekleri teşkil ettiği söylenebilir. Ayrıca bu dönemde hayır amaçlı kurulmuş vakıflar da özürlülere yönelik hizmetler yürütmüşlerdir. Tanzimattan sonraki dönemde de özürlülerin korunmasına yönelik kapsamlı düzenlemelere rastlanmaz. Ancak getirilen düzenlemelerde sınırlı ve kısmî birkaç hüküm vardır. Avusturyalı Mösyö Grati tarafından ilk defa 1889 yılında İstanbul Ticaret Meslek Mektebi’nde sağırılar için bir okul açılmıştır. Daha sonra burada körler için de bir sınıf açılmıştır. 1921 yılında İzmir’deki körler okulunu 1923’te yine İzmir’de sağırılar okulu takip etmiştir (18).

Cumhuriyet’ten sonraki çalışmaların tarih sırasına göre dizimi şöyledir (9, 18, 19):

1. 1923 yılında Atatürk tarafından kabul edilen ve uluslararası nitelikte olan ve engelli çocuklardan da bahseden Cenevre Sözleşmesi imzalanmış, 1930 yılında Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılmıştır. Bu kanun özürlü olanları kabul edecek yurt veya müesseseler tesis etme ve idare etme görevini Sağlık Bakanlığı’na vermiştir.
2. 1949 yılında “Korumaya Muhtaç Çocuklar Yasası” çıkarılmış ve yatılı özel eğitim kurumları için yasal koşullar hazırlanmıştır
3. 1950 yılında Altı Nokta Körler Derneği kurulmuş, 1951’de çıkarılan yasayla özel eğitim kurumları, Sağlık Bakanlığı’ndan Milli Eğitim Bakanlığı’na devredilmiştir. Aynı yıl özel eğitim, örgün eğitim hizmetleri içinde yer almıştır.
4. 1952 yılında zihinsel özürlülerin eğitim ve öğretim çalışmaları için Gazi Eğitim Enstitüsü’nde “Özel Eğitim Bölümü” açılmıştır.
5. 1955’te Ankara’da Demirlibahçe İlkokulu’nda özel eğitime muhtaç çocukların teşhisi ve rehberlik çalışmaları için “Psikolojik Servis Merkezi” açılmıştır.

6. 1958 yılında Ankara’da Lepra Hastanesi’nde kurulan ve sonra Ankara Tıp Fakültesi’ne bağlanan “Rehabilitasyon Merkezi” açılmıştır.

7. 1962 yılında ilk defa eğitilebilir düzeydeki zihinsel engelliler için normal ilkokullarda özel sınıf uygulamasına başlanmıştır. 1965’te Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi bünyesinde “Özel Eğitim Bölümü” kurulmuştur.

8. 1971’de 1475 sayılı İş Kanunu düzenlemesiyle kota sistemi gereği özürülüler için 50’nin üzerinde işçi çalıştıran fabrikalarda % 2 kontenjan ayrılmıştır. 6.6.1997 tarih ve 572 sayılı kanun hükmünde kararname gereğince özürülüler için ayrılan % 2’lik kontenjan % 3’e çıkarılmıştır.

1982 yılında yeniden düzenlenen T.C. Anayasası’nda da üç ana konuda özürülüler için özel hükümlere yer verilmiştir; 1. Eğitim ve Öğretim Hakkı, 2. Çalışma Hakkı, 3. Sosyal Güvenlik Hakkı.

Özürülülerle Yönelik Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri; Sağlık sistemimiz 1961 yılında kabul edilen ve ilk kez 1963 yılında Muş ilinde uygulamaya konulan 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ile şekillenmiştir. Bu kanuna göre yapılanan sağlık sisteminin en önemli unsurları sağlık ocaklarıdır. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge ile sağlık ocakları tarafından özürülülerle yönelik olarak yapılması gereken görevler belirtilmiştir. Sağlık ocakları özürülülerle yönelik olarak okullarda zaman zaman taramalar yapmak, 65 yaş ve üzeri kişilerin özürülülük açısından risk altında olduğunu kabul ederek bu kişileri tespit etmek, izlemlerini yapmak ve özürülüler ilgili diğer kurumlar ile işbirliği içerisinde ruh sağlığı hizmetlerini belirlemek, planlamak ve uygulamak gibi görevleri üstlenmiştir (19,20).

“Özürülüler İçin Kimlik Kartı Yönetmeliği” 13 Ağustos 1998 tarihinde yürürlüğe girmiş ve dağıtımına 2 Aralık 1998 tarihinde başlanmıştır. Kimlik Kartı, % 40 ve üzeri özürülüler bulunanlara verilmektedir. Bu kimlik kartı ile özürülülerle sağlanan haklar aşağıda belirtilmiştir (21).

- Devlet Demir Yolları ana hat yolu trenleri ile seyahat halinde % 20 indirim,
- Türk Hava Yolları ile seyahat halinde belirlenen esas doğrultusunda % 40 indirim,
- Telsim - Turkcell cep telefonlarında görüşme ücretinden indirim,
- Yerel Yönetimlerin alacağı kararlar ile su bedellerinde indirim,
- Milli Park ve devlet tiyatrolarından ücretsiz olarak yararlanmak.

25 Mart 1997 tarih ve 571 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Başbakanlığa bağlı olarak Özürlüler İdaresi Başkanlığı kurulmuştur.

06.07.2005 tarih ve 25867 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Yönetmelik ile sağlık sisteminde yaşanan değişimler sonucunda özürllülüğe yönelik yeni bir sağlık hizmeti yaklaşımı başlamıştır. Buna göre; aile hekimi çalıştığı mekanda veya gezici hizmetler sırasında tespit ettiği özürllü kişilere yönelik I. basamak koruyucu sağlık, tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermekle yükümlüdür (22).

Türkiye’de 01.07.2005 tarihinde “Özürlüler Kanunu” olarak da bilinen 5378 sayılı “Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” kabul edilmiştir. Bu düzenleme özürllülere yönelik yapılan en son düzenleme sayılmaktadır. Bu kanunla, farklı olarak, özürllülere, bazı şartlar dahilinde aylık bağlanması, konuşma, işitme ve görme özürllülerin noterdeki işlerinin nasıl yapılacağı, işitme ve konuşma özürllü kimselere gerek görüldüğü hallerde tercümanlık yapmak üzere illerde işaret dili bilen personel görevlendirilebileceği gibi hususlar düzenlenmiştir (18).

2.4. Özürllülüğün Nedenleri

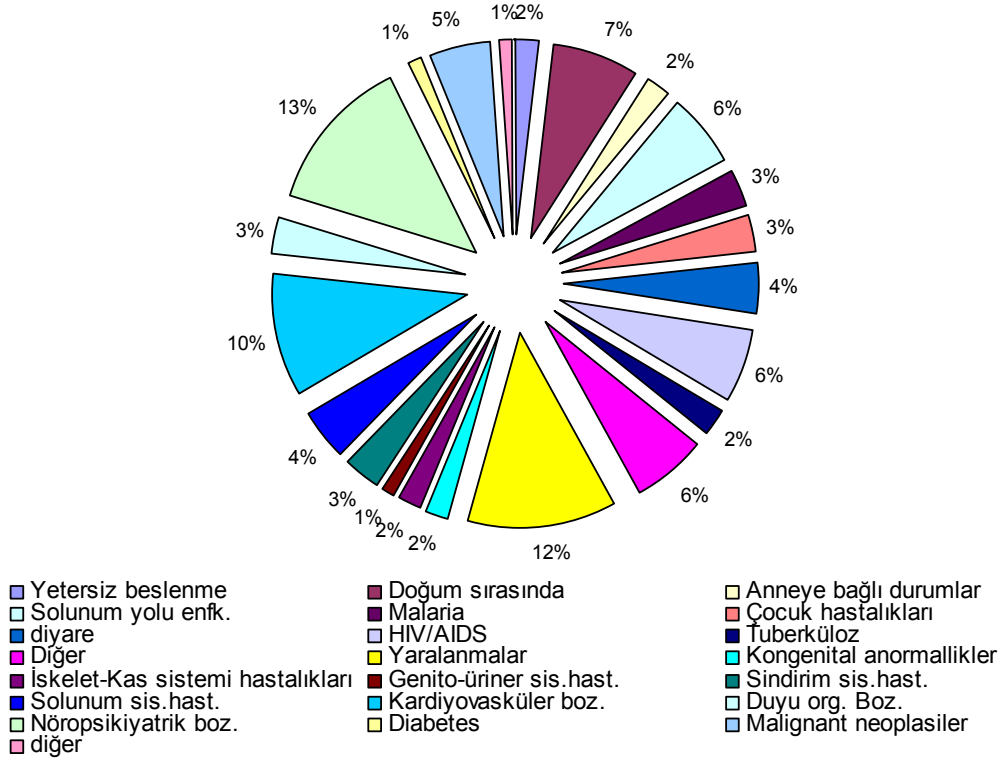
Özürlülük ile ilgili pek çok neden sunulmaktadır. Vietnam’da sağlık bakanlığının yapmış olduğu anket sonuçlarına göre bütün özürllülerin 1/3’inden fazlası konjenital defektler nedeniyle oluşmuştur (23). Japonya’da yapılan bir çalışmada konjenital hidrosefalinin mental retardasyon oluşumunu büyük oranda artırdığı, düşük dozda uzun süre civa ve kurşuna maruz kalma ile alkol, thalidomid, valproik asit, pestisid, dioksinler gibi nörotoksik maddelerin mental retardasyona neden olduğu rapor edilmiştir (24).

Türkiye ve bütün dünya ülkelerinde özürllülüğe yol açan faktörler Tablo 1 de özetlenmiştir (25-26).

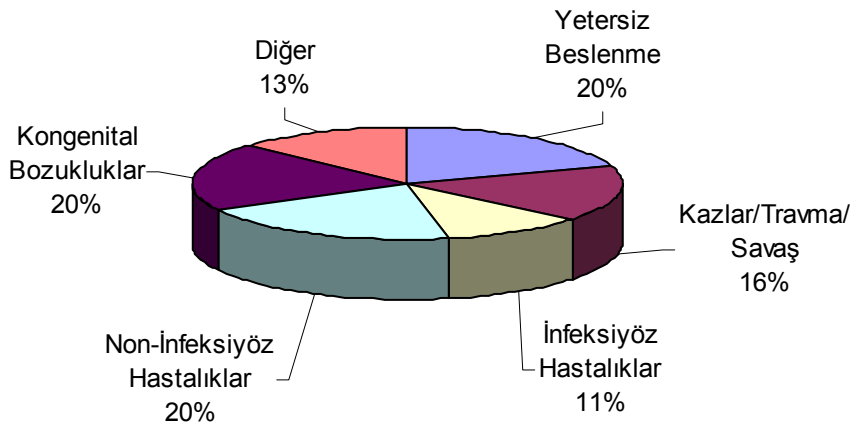
Tablo 1. Özürlülüğe Yol Açan Nedenler

| A-DOĞUM ÖNCESİ NEDENLER | |
|--|--------------------------------------|
| 1. Kalıtım | |
| 2. Akraba Evliliği | |
| 3. Annenin İlk 3 Ayda Geçireceği Ateşli ve Bulaşıcı Hastalıklar | |
| • Kızamık ve Kızamıkçık | • Kan Uyuşmazlığı |
| • Çiçek ve Suçiçeği | • Gebelikte Anormal Rahim Kanamaları |
| • Frengi (Syphilis) | • Gebelik Kansızlığı |
| • Herpes Simpleks Virüsü (HSV) | • Yetersiz ve Dengesiz Beslenme |
| • Felç | • Vitamin Eksiklikleri |
| • Tüberküloz | • Yanlış ve Rastgele İlaç Kullanma |
| • Menenjit ve Ansefalit | • Oksijen Azlığı (Anoxia) |
| • Yüksek Tansiyon | • Toksoplazma |
| • Anne Yaşı | • Kromozom Anomalileri |
| • Çoğul Gebelik (Birden Fazla Çocuğa Hamile Olmak) | |
| • Zararlı ve Kötü Alışkanlıklar: Sigara, Alkol, Uyuşturucu Kullanma | |
| • Şiddetli Nezle ve Yüksek Ateşli Gribal Hastalıklar | |
| • Kemoterapi ve Radyoaktif Işınlara | |
| • Gebelik Öncesinde Annenin Ruh Sağlığının Bozulması | |
| • Gebelik Süresinin Normalden Kısa veya Uzun Olması | |
| • Annenin Düşmesi, Çarpması vb Kazalara Maruz Kalması | |
| B. DOĞUM ANI NEDENLERİ | |
| 1. Plasenta ve Göbek Bağı İle İlgili Anormallikler | |
| 2. Anormal Doğum Sancıları | |
| 3. Doğumun Zor Olması Sonucu Bebeğin Beyninin Zedelenmesi | |
| 4. Aletle veya Müdahale İle Yapılan Doğumlar | |
| 5. Çoğul Doğum (İkiz, Üçüz vb) | |
| 6. Doğum Anındaki Ciddi Bulaşıcı Hastalıklar | |
| 7. Çok Erken veya Geç Doğumlar | |
| 9. Aşırı Kanamalar | |
| 10. Doğum Sırasında Yapılan Yanlış Müdahaleler | |
| 11. Düşük Ağırlıklı Doğum | |
| 12. Sarılık | |
| C-DOĞUM SONRASI NEDENLER | |
| 1. Beyin ve Beyin Zarı İltihaplanmaları (Ansefalit ve Menenjit) | |
| 2. Çocuk Felci | |
| 3. Çeşitli Kaza ve Travmalar (Özellikle Çocuğun Yüksekten Düşmesi) | |
| 4. Yüksek Ateş, Havale, Şiddetli Gribal Enfeksiyonlar, Zatürre vb. Enfeksiyonlar | |
| 5. Solunum Yollarında ve Organlarında Meydana Gelen ve Beyni Etkileyen İltihaplanmalar | |
| 6. Zehirlenmeler | |
| 7. Hipotiroidi | |
| 8. Fenil Ketonüri (Protein Metabolizması Bozukluğu) | |
| 9. Hidrosefali (Büyük Kafa) | |
| 10. Beyin Tümörleri | |
| 11. Ruhsal Bozukluklar, Psiko-Sosyal ve Çevresel Yoksunluklar | |

DSÖ'nün verilerine göre özürllüğün nedenleri Şekil 1'de, Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Kurumu (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, UNESCO)'nun 1995 yılı verilerine göre Dünya'da ki tüm çocuklarda görülen özürllüğün nedenleri ise Şekil 2'de belirtilmiştir (27-28).



Şekil 1. DSÖ Verilerine Göre Özürllüğün Nedenleri, 2001



Şekil 2. UNESCO'ya Göre Dünyada Çocuklarda Görülen Özürllüğün Nedenleri, 1995

Şekil 1 ve 2'ye göre yapılan değerlendirmelerde, Dünya'da 2001 yılında özür lülüğün ilk 3 nedeni nöropsikiyatrik bozukluklar, yaralanmalar ve kardiyovasküler bozukluklar, çocuklarda ise 1995 yılı UNESCO verilerine göre konjenital bozukluklar, non-infeksiyöz hastalıklar ve yetersiz beslenme şeklindedir.

Bu bölümde Aydın çalışmasında elde edilecek verilere kaynak teşkil etmesi için özür lülüğ e yol açan bazı faktörler daha detaylı ele alınmıştır.

2.4.1. Yaşlılık ve Kronik Hastalıklar

DSÖ Psikoger iatri Bilim Grubunun "geçmiş dönemlere göre fiziksel ve mental yetersizliklerin belirginleştiği dönem" olarak tanımladığı yaşlılık dönemi genel olarak 65 yaş ve üstü olarak kabul edilir. Günümüzün çağdaş yaşam biçimi ile tıbbın ve teknolojinin gelişimi yaşam süresini uzatmakta, bunun sonucu olarak da toplam nüfusa oranla yaşlı nüfusun oranı gün geçtikçe artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2007 verilerine göre Türkiye'de beklenen yaşam süresi kadınlarda 74.2, erkeklerde ise 69.3 olup, yaşlı nüfus toplam nüfus içinde % 6'lık bir paya sahiptir (29). Bu rakamın 2010 yılında % 7.1 olması beklenirken, 2050 yılında dünya nüfusunun yaklaşık % 20'lik bölümünü yaşlı nüfusun oluşturacağı tahmin edilmektedir (30). Yaşlılıkla birlikte kardiyovasküler, gastrointestinal, üriner ve endokrin sistemler ve vücut kompozisyonu değişmekte; işitme, görme, tat alma ve koklama duyularında önemli derecede gerileme olmakta ve bu gibi durumlar ise malnutrisyonlara yol açabilmektedir. Bunun yanında böbrek bozuklukları, kemik hastalıkları, diyabet, kanserler, kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklar yaşlılarda sık görülmektedir. Beslenme bozukluğu nedeni ile protein-enerji malnutrisyonu, anemi ve bazı vitamin eksiklikleri de gözlenmektedir (31). Sağlık bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ve Başkent Üniversitesi tarafından yapılan Ulusal Hastalık Yü kü ve Maliyet-Etkililik Projesine göre ülkemizde gözlemlenen ilk on kronik hastalık şu şekilde belirtilmiştir; HT Binde 57, Romatizma Binde 31, DM Binde 24, Disk bozuklukları Binde 18, Depresif nöbet Binde 12, Bronşit Binde 11, Astım Binde 11, Guatr Binde 9, Peptik ülser Binde 8 ve Osteoporoz Binde 7 (32).

Kronik hastalıklar dünyada görülen özür lülüğün en yaygın nedenlerinden birisidir ve çeşitli aktivitelerde kısıtlamalara neden olmaktadır. Çeşitli kısıtlama ve sonuçta özür lülüğ e neden olan kronik hastalıklar Amerika'da yaklaşık 61.047.000 kişide görülmektedir. En fazla

gözlemlenen kronik hastalıkların başlıcaları ise şunlardır; kalp hastalıkları (7.932.000), sırt problemleri (7.672.000), artritler (5.721.000), astım (2.592.000) ve diyabet (2.569.000) (33).

2.4.2. Yakın Akraba Evlilikleri

Türkçede, gündelik dilde "akraba" sözcüğü geniş anlamda kullanılmaktadır. Uzaktan akraba, yakından akraba gibi kavramlar vardır. Ancak "akrabadan birisiyle evlendim" diyen herkesin evliliği akraba evliliği olmayabilir. Sosyal bilimler ve tıp bilimlerinde akraba evliliği denilince kardeş çocuklarının ve kardeş torunlarının evliliği anlaşılmaktadır. Kardeş çocuklarının evliliğine birinci derece, kardeş torunlarının evliliğine de ikinci derece akraba evliliği denilmektedir. Akraba evliliğinin baba soyundan (amca ve hala çocukları) ve anne soyundan (dayı ve teyze çocukları) akraba evliliği şeklinde iki ana karakteri vardır. Paralel yeğen evliliği (= parallel-cousin marriage) ve çapraz yeğen evliliği (= cross cousin marriage) şeklindeki ayırım da sosyolojik ve genetik çalışmalar için kuramsal anlamda önem taşımaktadır (34).

Akraba evlilikleri genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen önemli durumlardan birisidir ve dünya toplumunun % 20'si bu evliliği yapmaktadır (35). Bahsi geçen akraba evliliğinin gelişmiş ülkelerde azalmasına karşın, özellikle Afrika, Orta Doğu ve Hindistan gibi gelişmekte olan ülkelerde oldukça yaygın olduğu (% 25-61) bilinmektedir (35). Pakistan'da yapılan bir çalışmada evliliklerin % 60'ının akraba evliliği olduğu, bu evliliklerin %80'inde ise akrabalık derecesinin birinci derecede kuzenler arasında gerçekleştiği gözlemlenmiştir (36). Bu evlilik şekli özellikle Batı Akdeniz ve Güney Hindistan'da çok yaygındır. Akraba evliliği yapan toplumlarda özürülü çocuk doğma riskinin diğer toplumlara göre iki kat fazla (% 8-9) olduğu bildirilmiştir (37-38).

Türkiye'deki akraba evlilik oranının % 21-40 arasında değişkenlik gösterdiği ve bu rakamın birkaç izole toplum dışında dünyanın en yüksek akraba evliliği oranı olduğu bildirilmiştir (39). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 yılı sonuçlarına göre Türkiye'de akraba evliliği sıklığının % 27.0 olduğu belirlenmiştir (40). Bu sıklık yöreler arasında ciddi farklılıklar göstermektedir ve ülkenin batısından doğusuna doğru gidildikçe artmaktadır. Denizli'de yapılan bir çalışmada akraba evliliğinin sıklığı % 20.4, Şanlıurfa'da ise 49.6 olarak tespit edilmiştir (35, 41). Sıklık köy ve kasaba gibi dar topluluklarda artmaktadır. Ayrıca

böyle dar topluluklar uzun süreler boyunca incelendiklerinde, burada yaşayan halkın yakından yada uzaktan bir şekilde birbiriyle akraba oldukları ortaya çıkar ki bu da aynı köyden iki kişinin evliliğinin bile akraba evliliği olarak kabul edilmesi gerekliliğini doğurur (42). Tekbaş ve arkadaşları Etimesgut Zırhlı Birlikler Okulu ve Eğitim Tümen Komutanlığı'nda görev yapan 402 evli askerde yapmış oldukları çalışmada, akraba evliliği sıklığının %18,7 olduğunu saptamışlar ve bunun nedeninin beklenenin tersine “maddi kaygılardan” daha çok “aşk ve severek evlenme” olduğunu göstermişlerdir (38). Dünya’da akraba evliliğinin sıklığı ve bu evlilikte akrabaların yakınlık dereceleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Yurdumuzda akraba evliliğinin fazla görülmesinin başlıca nedenleri aşağıda sunulmuştur (38, 39, 42);

- Sosyo-Ekonomik Koşullar,
- Yerleşme Bölgeleri,
- Populasyon Sıklığı,
- Kan Davası, Aşk, Sosyal Güvence,
- Coğrafik Koşullar,
- Psikolojik Faktörler,
- Dini Sebepler,
- Başlık Parası ve Gelenekler

Tablo 2. Dünya’da Akraba Evliliği (43 numaralı kaynaktan özetlenmiştir)

| Bölge | Kişi Sayısı | Oran (%) | Akrabalık Derecesi |
|------------------------|--------------------|-----------------|---|
| Doğu Afrika | | | |
| Tanzania | 503 | 37 | 1C ¹ |
| Kuzey Afrika | | | |
| Cezayir | 120.491 | 22 | 1C,2C ² |
| Mısır | 26554 | 29 | D1C ³ ,1C,11/2C ⁴ ,2C |
| Sudan | 4833 | 52 | 1C,2C |
| Tunus | 5267 | 26.9 | >1C,1C,11/2C,2C |
| Güney Afrika | 10909 | 0.4 | >1C,1C,<1C |
| Batı Afrika | 739 | 25.9 | >1C,1C,<1C |
| Amerika | | | |
| Karayip Adaları | 6013 | 3.3 | UN ⁵ ,1C,11/2C,2C |
| Kosta Riko | 3833 | 3.4 | UN,1C,11/2C,2C |
| El Salvador | 2,494 | 4.9 | 1C,11/2C,2C |
| Honduras | 3,759 | 3.4 | 1C,11/2C,2C |
| Mexico | 28,192 | 1.3 | >1C,1C,<1C |
| Panama | 15,523 | 1.7 | >1C,1C,<1C |
| Canada | 51,729 | 1.5 | 1C,11/2C,2C |
| U.S.A. | 133,228 | 0.2 | 1C,11/2C,2C |
| Argentina | 212,320 | 0.4 | 1C |
| Bolivia | 4,130 | 0.6 | UN,1C,11/2C,2C |
| Brazil | 212,090 | 4.8 | UN,1C,11/2C,2C |
| Chile | 28,596 | 1.3 | UN,1C,11/2C,2C |
| Colombia | 34,470 | 3.0 | UN,1C,11/2C,2C |
| Peru | 565 | 4.1 | UN,1C,11/2C,2C |
| Doğu Asya | | | |
| Çin | 525 | 27.4 | UN,1C,11/2C, |
| Japonya | 9,225 | 3.9 | 1C,11/2C,2C |
| Güney Doğu Asya | | | |
| Indonesia | 970 | 17.8 | 1C,11/2C,2C |
| Malaysia | 15,658 | 7.6 | >1C,1C,<1C |
| Philippines | 29,143 | 0.4 | >1C,1C,<1C |
| Singapore | 39,333 | 5.0 | >1C,1C,<1C |
| Güney Asya | | | |
| Bangladesh | 8,000 | 6.7 | 1C,2C |
| Pakistan | 6,611 | 61.2 | 1C,2C |
| İran | 449 | 25.4 | UN,1C,2C |
| Batı Asya | | | |
| Bahrain | 10,070 | 45.5 | 1C,<1C |
| İraq | 4,491 | 46.4 | 1C,11/2C,2C |
| İsrail | 5,098 | 30.6 | D1C,1C,11/2C |
| Kuwait | 5,007 | 34.3 | D1C,1C,11/2C, |
| Türkiye | 5,257 | 21.1 | 1C,2C |

¹1C: Kuzen evliliği, ²2C: İki kardeş torunları evliliği, ³D1C: Çifte 1. kuzenler,

⁴11/2C: Bir ileri kuzen evliliği, ⁵UN: Amca-Yeğen, Dayı-Yeğen evliliği

2.4.3. Kazalar

DSÖ'nün tanımlamasına göre, kaza insanın kontrolü dışında ani gelişen, dış güçlerin etkisi ile ortaya çıkarak, insanın o andaki kapasitesi ile baş edemediği, fiziksel ve akılsal zararlanmaya yol açan olaylardır. Kazalar kasıtlı olmayan kazalar ve kasıtlı kazalar olarak ikiye ayrılmaktadır. Kasıtlı kazalar intiharlar, cinayetler ve savaş zararlanmaları olarak sınıflanmaktadır. Kasıtlı olmayan kazalar ise, oluş yeri ve nedenine göre beşe ayrılır. Bunlar; trafik kazaları, iş kazaları, endüstriyel kazalar, spor ve okul kazaları ile ev kazalarıdır. Kazalar meydana geldikleri yere göre de üç gruba ayrılmaktadır:

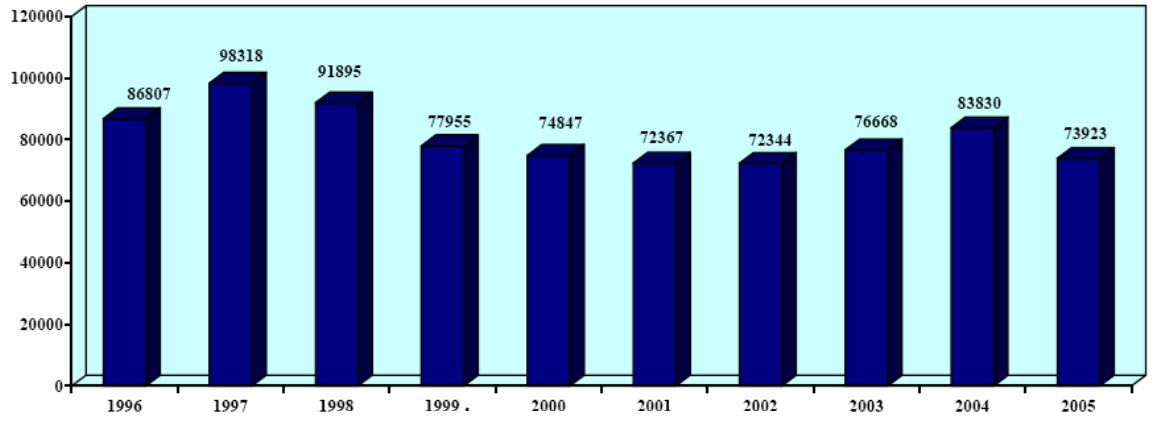
a) Ev kazaları: Ev kazaları DSÖ'nün tanımlamasına göre; ev ve evin bulunduğu çevrede oluşan, sık görülen kazalardır. Ev içi kazalar her yaş grubunda görülmekle birlikte, evde geçirdikleri zamanlar daha fazla olduğu için özellikle yaşlılarda daha çok görülmektedir. Yaşlanma ile fonksiyonlarda azalma, hareketlerin yavaşlaması, kas güçsüzlüğü, nörodejeneratif değişikliklerin artması gibi yaşlının fiziksel özellikleri kazaların yaşlılarda daha sık görülmesine neden olmaktadır (44).

Dünyada her yıl birçok insanın evlerde meydana gelen kazalar sonucunda özürlü kaldığı görülmektedir. Ev kazalarına bağlı özürlülüğün nedenleri arasında düşmeler önemli bir yer tutmaktadır. Evlerde karşılaşılan diğer kazalar yangın, boğulma, zehirlenme ve kesiklerdir. Bunlardan en fazla kadınlar ve çocuklar etkilenmektedir (45). Çocuklar; bulma ve öğrenme meraklarından dolayı devamlı hareket halinde olmaları, etraflarındaki tehlikelerin bilincinde olmamalarından ve buna bağlı olarak çevresel risklere daha yakın ve duyarlı olmaları sebebiyle ev kazalarıyla daha sık karşılaşabilmektedirler (46).

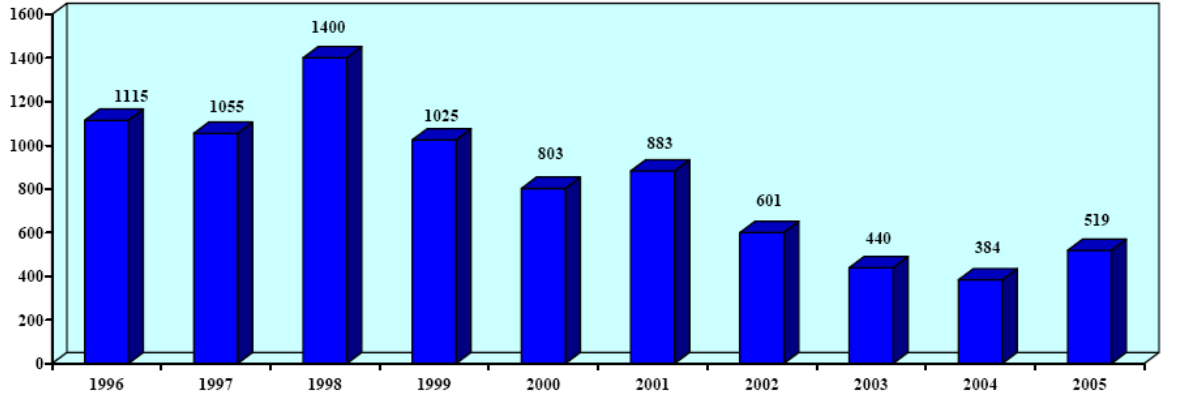
Evde bulunan elektrik ve elektronik aletlerin özellikle çocuklar tarafından yanlış ve dikkatsizce kullanılması, binaların teknik yapı ve özelliklerinde kazaları önleyici tedbirlerin bulunmaması, gerekli kontrollerin yapılmaması ve önlemlerin zamanında alınmaması ve herhangi bir kaza sonucunda kişilerin hemen ulaşabileceği ve yeterli yardımı alabileceği, sürekli hizmet veren merkezlerin olmaması da özürlülüğe neden olabilmektedir (45-46).

b) İş kazaları: Çalışma yaşamının başta gelen sağlık sorunları iş kazaları ve meslek hastalıklarıdır. Bunlar yaralanma, ağrı, iş göremezlik, iş gücü kaybı, sakatlık ve uzuv kayıpları ve hatta ölüme neden olabilir. İş kazası; beklenmedik bir anda birden oluşan yaralanma,

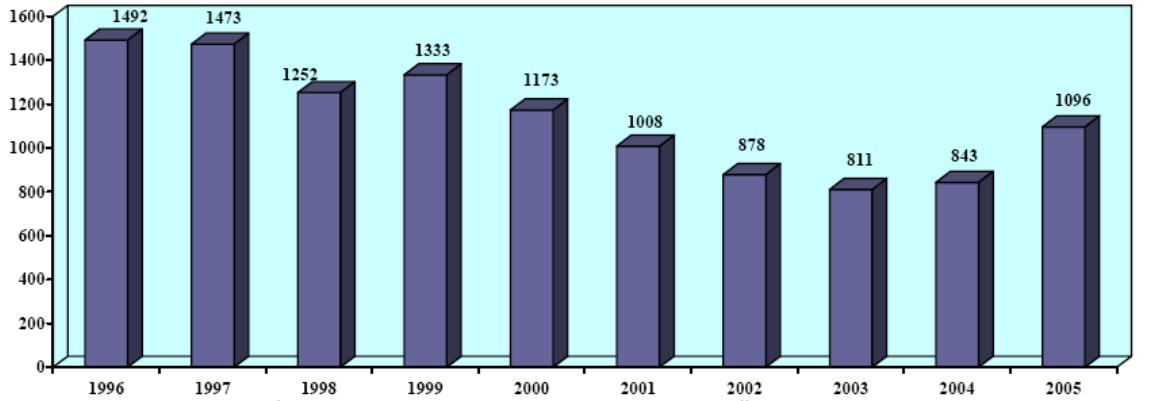
sakatlık ya da ölümlerle işçiyi etkileyen ve mal kaybı, hasar ya da üretimin durması ile ortaya çıkan bir durumdur (47). Çalışma yaşamına özgü, temel etiyolojik etkenin işyerinde bulunmasından kaynaklanan hastalıklara meslek hastalıkları denir. İş kazaları ve meslek hastalıklarının önemi de önlenebilir olmalarından kaynaklanır. Meslek hastalıkları, işyerinde gerekli önlemler alınır ve kesin olarak korunulması olanaklı hastalıklardır (48). Sosyal Sigortalar Kurumu istatistiklerine göre Türkiye’de 2004 yılında 83.830 iş kazası ve 384 meslek hastalığı meydana gelmiş, 1.693 sigortalı iş kazası ve meslek hastalığı sonucu sürekli iş göremez durumuna girmiş ve 843 sigortalı ölmüştür, 2005 yılında ise 73.923 iş kazası, 519 meslek hastalığı vakası meydana gelmiş, bunların 1.096’sı ölümlerle sonuçlanmıştır. 2005 yılında iş kazaları ve meslek hastalıkları sonucu kaybedilen iş günü sayısı ise, 1.797.917 dir (49, 50). İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü istatistiklerine göre ülkemizde yıllara göre iş kazası ve meslek hastalıkları sayıları ile bunların sonucunda oluşan ölüm sayıları Şekil 3, 4 ve 5’de belirtilmiştir (50).



Şekil 3. İş Kazası Sayıları



Şekil 4. Meslek Hastalıkları Sayıları



Şekil 5. İş Kazası ve Meslek Hastalıkları Sonucu Ölüm Sayıları

İş kazası sayısı yıllara göre değişim göstermekle birlikte en fazla 1997 yılında (98318 adet) en az ise 2001 yılında meydana gelmiştir. Kaza yada meslek hastalığı sürecunda ölümler ise en fazla 1996 yılında en az ise 2003 yılında gerçekleşmiştir.

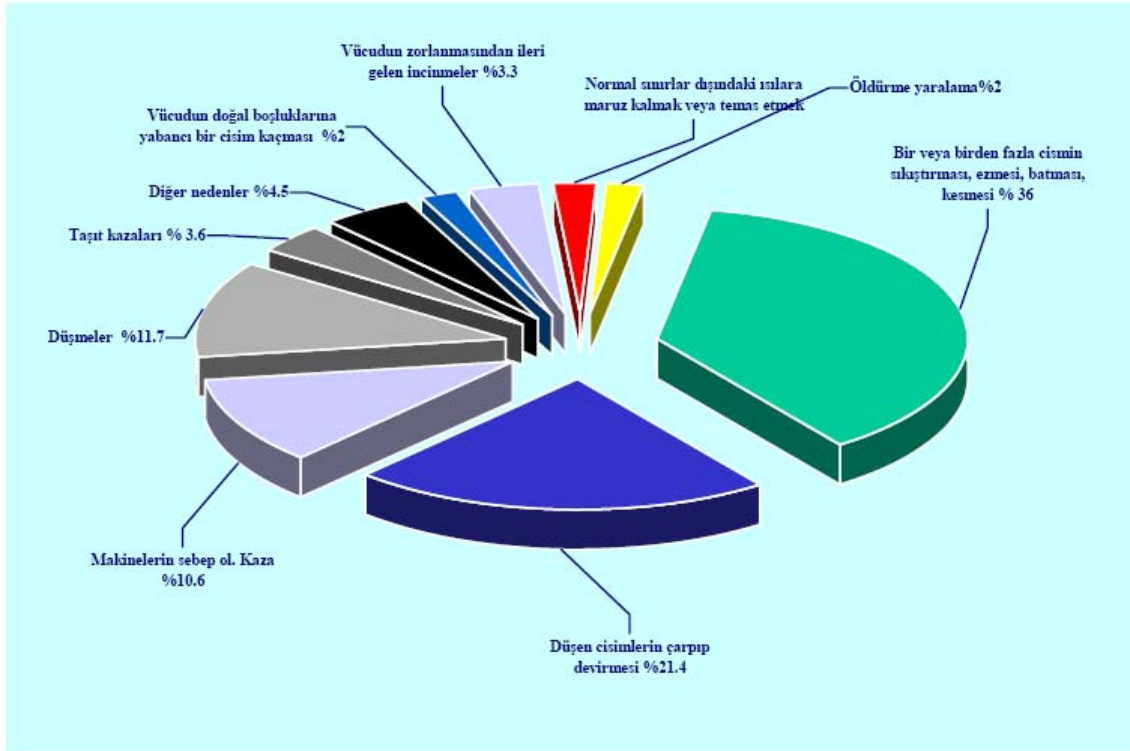
İş kazaları ülkemiz ve bütün dünya ülkelerinde önemli özürllük nedenlerinden birisidir. DSÖ verilerine göre dünyada sakatlığa yol açan nedenler arasında iş kazaları % 2.9'luk bir paya sahiptir. İş kazası; işçinin çalışma koşullarına, yapılan işin niteliğine ve yürütümüne, kullanılan makineye ve donanıma bağlı olarak kişinin işgücünün tamamını veya bir kısmını kaybetmesine neden olan bir olgudur (46). Sosyal Sigortalar Kanununa göre iş kazaları (51);

- Sigortalının iş yerinde bulunduğu sırada oluşmuş ise,
- İşveren tarafından yürütülmekte olan iş sırasında oluşmuş ise,
- Sigortalının işveren tarafından görev ile başka yere gönderilmesi yüzünden asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda oluşmuş ise,
- Emzikli kadın sigortalının çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda oluşmuş ise,
- Sigortalının işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere toplu halde götürülüp getirilmeleri sırasında oluşmuş ise, iş kazası olarak nitelendirilmektedir.

Bilim, teknoloji ve endüstrinin gelişimine paralel olarak alınan bütün yasal önlemler, uygulamalar ve eğitim çalışmaları, iş kazalarının dünyadaki hızlı artışına engel olamamaktadır. Bu tip kaza sonucu ölümler ve sakatlanmalar daha çok inşaat sektöründe ve gemi sanayisinde meydana gelmektedir. T.C. Başbakanlık Özürllükler İdaresi Başkanlığı, 1999 yılı verilerine göre iş kazalarının başlıca nedenleri Şekil 6'da belirtilmiştir ve ana maddeler şu şekilde sıralanabilir (45):

- Yetersiz ve uygun olmayan aydınlatma
- Aşırı gürültü, sıcak veya soğuk
- İş güvenliği konusunda işverenin, işçinin ve devletin eğitim faaliyetlerine yeterli önemi vermemesi
- Çalışanların iş öncesinde veya iş başında eğitilmemesi
- Nitelikli eleman yetiştirilmemesi
- İş emniyetinin sağlanamaması, koruyucu olmayan yada koruyucu özelliğini önemli ölçüde kaybetmiş makine ve donanımların kullanımına devam edilmesi

- İşçilerin kendilerine sağlanan iş güvenliği ve koruyucu önlemlere uymaması
- Çalışanların makineler, araç ve gereçlerle ilgili bilgi sahibi olmamaları bu araç ve gereçlerle ilgili standartların geliştirilmemesi, üretimde kontrolün sağlanamaması
- Çalışma ortamındaki ısı, ışık, koku, gürültü gibi çevre şartlarının uygun şekilde düzenlenmemesi
- İşverenin, işçi sağlığı ve iş güvenliği ile ilgili olarak işyerlerinde kullanılan makine ve malzemeler için koruyucu önlemler almayı, maliyeti artırıcı giderler olarak görmesi ve bu yüzden gerekli ve yeterli tedbirlerin alınmaması iş kazalarının oluşumuna sebebiyet vermektedir.



* Sayısı 1000'in altında olan kaza tipleri dahil edilmemiştir.

Şekil 6. İş Kazalarının Başlıca Nedenleri

Şekil 6'da belirtildiği gibi iş kazalarının en sık görülen üç nedenini bir veya daha fazla cismin sıkıştırılması ezmesi, düşen cisimlerin çarpması ve düşmeler oluşturmaktadır.

c) Trafik kazaları: Trafik kazaları bütün dünyada halk sağlığı uzmanları tarafından üzerinde durulan konulardan biridir ve 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. DSÖ' nün tanımlamasına göre; trafik kaza yaralanması, "kara yolunda seyreden bir aracın çarpması ile oluşan her türlü yaralanma" şeklinde tanımlanmaktadır. Trafik kaza yaralanmaları, DSÖ 2007 yılı verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde ilk on Türkiye'de ise ilk yirmi ölüm nedeni arasında dokuzuncu sırada yer almaktadır; kazalar en fazla adolesan ve genç erişkinlerin yaralanmasına, kalıcı yada geçici özürüllüğe ya da ölmesine neden olmaktadır. (52, 53, 54). Ulusal Hastalık Yüğü-Maliyet Etkinlik Çalışması verilerine göre 2000 yılında erkeklerde trafik kazaları nedeniyle gerçekleşen ölüm sayısı toplam 6041'dir. Bu sayının 2010 yılında 7166'ya, 2020 yılında 7794'e 2030 yılında ise 2030'a ulaşacağı düşünülmektedir. Bu durum kadınlar açısından değerlendirildiğinde ise 2000 yılında gerçekleşen ölüm sayısının 2354 olduğu, bu sayının sırasıyla 3117, 3905 ve 4749'a ulaşacağı tahmin edilmektedir (55). Emniyet genel müdürlüğü verilerine göre 2007 yılında toplam 749456 trafik kazası meydana gelmiş, bu kazalarda 3459 kişi ölmüş, 149140 kişi yaralanmış 662490 kişi ise maddi hasar görmüştür. Aydın ilinde 2007 yılında 6723 trafik kazası meydana gelmiş, bunu sonucunda 56 kişi ölmüş ve 2315 kişi ise yaralanmıştır (56). Oluşan bu kazalarda risk etmenleri Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Trafik Kazalarında Risk Etmenleri (56)

| Riskle karşılaştırmayı Artıranlar | Kaza oluşumunu Belirleyenler | Çarpışma şiddetini belirleyenler | Çarpışma sonrası riski Belirleyenler |
|--|---|---|--|
| Ekonomik etmenler | Alkol ilaç yada madde kullanımı | Yetersiz yada yüksek hız | Kazayı haber almada gecikme |
| Demografik etmenler | Yetersiz yada yüksek hız | İnsan faktörü | Kaza sonrası yangın |
| Ulaşımı etkileyen arazi kullanımı | Genç ve erkek olmak | Emniyet kemeri kullanımı | Zararlı madde sızıntısı |
| Bisikletli ve yayalarla yüksek-hızda motorize trafiğin birlikte olması | Korunmasız yol kullanıcıları | Çocuk kemeri kullanımı | Alkol ilaç yada madde kullanımı |
| | Karanlıkta yolculuk | Kask kullanımı | Hastane öncesinde sağlık hizmetinde yetersizlikler |
| | Yolun yapısı | Araca bağlı etmenler | Kaza sonrası araçtan çıkarma ve kurtarmada zorluklar |
| | Yol görüşünün bozulmasına neden olan etmenler | | |

Tayland'da trafik kazaları %9'luk oran ile özür lülüğün üçüncü büyük nedenlerinden birisidir. Trafik kazalarında yaygın olarak görülen bozukluklar ise quadruplaji, paraplaji, beyin dokusunda hasar, amputasyon ve davranış bozuklukları olarak tespit edilmiş ve kazalardaki en riskli yaş grubunun ise 15-44 yaş olduğu gözlemlenmiştir (23).

Trafik kazalarının gelişmekte olan ülkelerde, ülkeye yıllık zararının yaklaşık 20 milyon dolar olduğu düşünülmektedir. Ulaşım da taşıt filolarının büyümesi ve artması ile trafik kazalarının sayısı da günden güne artmaktadır. Eğer bu artış bu şekilde devam ederse yılda 450.000 kişinin öleceği milyonlarca kişinin özür lü yada sakat kalacağı ileri sürülmektedir (23). Kazalar sonucu özellikle travmatik beyin yaralanmalarının mental retardasyon riskini artırdığı bildirilmiştir (24).

2.4.4 Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Düzeyi

Özür lülüğün nedenlerinden bir diğeri de sağlıklı çocukların yetişmesini sağlayacak programların uygulamaya konulmaması yada yeterince uygulanmamasıdır. Türkiye'de ana çocuk sağlığı ve aile planlamasının temel amacı bebek ölüm hızını azaltmak, ruh ve beden sağlığı açısından daha sağlıklı çocuklar yetiştirmeye ve bu çerçeve içinde ailelerin istedikleri kadar çocuk sahibi olmalarına olanak sağlamaya çalışmaktır. 2003 TNSA verilerine göre; evli kadınların, yüzde 43'ü modern ve yüzde 29'u da geleneksel bir yöntem olmak üzere toplam yüzde 71'i gebeliği önleyici bir yöntem kullanmakta olduklarını belirtmişlerdir. Geleneksel yöntemlerden de en fazla kullanıldığı söylenen yöntem ise yüzde 26 ile geri çekme olarak tespit edilmiştir (TNSA 2003). Gebeliği önleyici herhangi bir tedbir alınmaması sonucunda ise gebelikler çok erken, çok geç yada çok fazla ve sık oluşabilmektedir. Bu durum, annenin veya bebeğ in özür lü olma, hastalanma yada ölüm riskiyle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır (46).

Aile Planlaması anneye, çocuğa, çiftlere, aileye ve topluma oldukça yararlıdır. Aile planlaması ile; gebelik, düşük, doğum ve lohusalığ a bağlı anne ölümleri azalır, doğum yaşının ayarlanmasına bağlı olarak gebelik ve doğum komplikasyonlarında düşüş görülür, bebek ölümleri azalır, ileri yaş gebelikleri engelleneceğ inden, bebeklerde görülen konjenital anomaliler azalır, prematür, gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumlarının insidansı düşer (57).

Doğum öncesi bakım hizmetleri birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları, üniversite hastaneleri, özel sektör gibi çeşitli birimler tarafından verilmektedir ve gebelerin sağlık personeli tarafından en az altı kez izlenmesinin gerekli olduğu bildirilmiştir (156). Gebelerin sağlık personelinde doğum öncesi aldığı hizmetlerin artış gösterdiği TNSA'nın beş yılda bir yapmış olduğu araştırmalarda gösterilmiştir. Şöyle ki gebelerin TNSA 1988, 1993, 1998 ve 2003 verilerine göre; sırayla % 41, 62, 68 ve 76'sının en az bir kez sağlık personelinde doğum öncesi bakım aldığı belirlenmiştir (58).

Doğum sırasındaki hijyenik ortam ve uygun tıbbi bakımın annelerin ve çocukların sağlık risklerini azalttığı bilinmektedir. TNSA-2003 verilerine göre ülkemizde ki doğumların yüzde 78'i bir sağlık kuruluşunda gerçekleşmiştir ve bu düzey 1998 (% 73) verileri ile karşılaştırıldığında % 5'lik bir artışı yansıtmaktadır. Ancak evde yapılan doğumlar % 22 gibi yüksek bir oranla hala varlığını sürdürmektedir. Doğum yapılan yer olarak ise kamuya bağlı sağlık kuruluşları (% 65), özel sektör sağlık kuruluşlarına göre daha fazla tercih edilmiştir (%13) (59).

Özürlülüğün önlenmesi amacıyla; ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetleri toplumun her kesimine ulaştırılmalı, etkili ve modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımı yaygınlaştırılmalıdır. Böylece; doğum öncesi veya sonrası çocuklarda sakatlanma oranının azalması, sağlıklı nesiller yetiştirilmesi ve nüfus artışında belirli bir azalma sağlanacaktır.

2.4.5. Beslenme Bozuklukları

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sakatlıkların en önemli nedenlerinden birisi de çocukluk çağındaki malnütrisyonlardır. Mental retardasyondan gelişme geriliğine, kronik hastalıklardan körlüğe kadar pek çok sakatlığın ve ölümün nedeni beslenme bozukluklarından kaynaklanmaktadır. Çocuklarda görülen özürlülük nedenlerinin % 20 oranında beslenme bozukluğu sonucu olduğu rapor edilmiştir (28).

Gelişmekte olan ülkelerin büyük bir çoğunluğu beslenme yetersizliği ile ilgili oluşabilecek özürlüler ile ilgili büyük bir risk altındadır. Beslenme yetersizliği ile ilgili oluşan özürlülükler:

- Vitamin A eksikliği sonucu körlük
- Vitamin B kompleksi eksikliği sonucu beri beri, pellegra ve anemi
- Vitamin D eksikliği sonucu raşitizm
- İyot eksikliği sonucu büyümenin yavaşlaması, öğrenme güçlüğü, zihinsel özürlülük ve guatr
- Demir eksikliği sonucu öğrenme ve aktiviteleri engelleyen anemi, maternal ölümler
- Kalsiyum eksikliği sonucu osteoporosis şeklinde sıralanabilir (23).

Kamboçya, Papua Yeni Gine, Filipinler ve Vietnam gibi bazı ülkeler beslenme yetersizliğine bağlı özürlülükler yönünden yüksek risk altındadır. Aşırı yoksulluğun düzeltilmesi ile özürlülüğün bu tipinin azalacağı düşünülmektedir. Yetersiz diyetlerden en çok çocuklar, kadınlar ve yaşlılar etkilenmektedir. Yetersiz beslenmenin sonucu olarak hastalıklara karşı direnç düşmektedir (23).

2.4.6. Mental, Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar

TC. Başbakanlık Özürlüler İdaresi ve Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2002 yılında yapılan “Türkiye Özürlüler Araştırması”nda özürlü kişi “*Doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yetilerini çeşitli derecelerde kaybetmiş, normal yaşamın gereklerine uyamayan kişilerdir*” şeklinde tanımlanmıştır (60).

Ruhsal ve nörolojik bozukluklar çocuklar, yetişkinler, zenginler ve yoksullar gibi toplumun her kesimini etkileyebilmektedir. Ruhsal ve nörolojik bozukluklar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için büyük bir sorundur. DSÖ’nün 27 gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede yürütmüş olduğu bir çalışmada, her ülkede şizofreninin, alkol bağımlılığının ve epilepsinin oldukça yaygın olduğu bulunmuştur.

DSÖ, 2001 yılı Dünya Sağlık Raporu verilerine göre Dünya’da ruhsal ve davranışsal bozukluğu olan 874 milyon kişi olduğu ve bunların 224.950.000’inin bu nedenle aktivitelerinin ciddi biçimde sınırlandığı, 121 milyon kişinin depresyon, 24 milyon insanın şizofren, 37 milyon insanın demans (bunama) problemi bulunduğu, yaklaşık 50 milyon kişinin epilepsiden etkilendiği, zeka geriliğinin toplam prevalansının ise %1-3 arasında olduğu, çocukların ise % 10-20’sinin bir veya daha fazla ruhsal veya davranışsal problemlere

sahip olduğu bildirilmiştir (61). Tedavisi m¼mk¼n ancak bilinen ruhsal bozukluğu olan insanların yaklaşık 2/3¼¼ hiçbir zaman profesyonel sağlık yardımı almak işin çaba sarf etmemiştir. Damgalamanın, ayırımın ve ihmalin, ruhsal bozukluğu olan insanlara sağlık bakımının ve tedavisinin ulaştırılmasını engellediğini s¼ylemektedir. Depresif bozukluklar, halen t¼m d¼nyada hastalık sorunları açısından, d¼rd¼nc¼¼ önemli hastalık sebebidir ve 2020 yılında iskemik kalp hastalıklarının ardından ikinci sırada olacağı tahmin edilmektedir (62). Amerika'da yaşayan insanların ise % 20'sinde hafif yada şiddetli mental hastalık, mental bozukluk, mental retardasyon gibi bozukluklar bulunmaktadır (63).

2.5. Özürl¼¼kte Sınıflandırma Sistemleri

2.5.1. ICD

Hastalıkların sınıflandırılması ile ilgili yapılan ilk şalışma 1706 ve 1777 yılları arasında yaşayan Sauvages olarak bilinen ¼nl¼¼ Avusturyalı istatistikçi Sir George Knibbs tarafından yapılmıştır. Araştırmacı "Hastalıkların İlimi Sınıflandırılması Metotları" isimli eserinde ilk kez sınıflandırmadan bahsetmiştir. Daha sonra William Cullen (1710-1790) "Hastalıkların İlimi Sınıflandırma Metotlarının Özetini" isimli bir kitap yazmıştır. Hastalıkların istatistiksel olarak sınıflandırılması işin yapılan ilk etkin şalışma 17. y¼zyılın sonunda İngiltere'de John Graunt'un hazırlamış olduğu öl¼m verileri ile ilgili London Bills of Mortality adlı şalışmadır. Graunt bu şalışmasında, ölen kişilerin yaşlarının öl¼m kayıtlarına yazılmadığı dönemlerde, 6 yaşın altında ölen çocukların oranını hesaplamaya şalışmıştır. Graunt bu hesaplamayı yaparken, öl¼m nedenlerinin çocuklar işin de benzer olduğu varsayımından hareket etmiştir (64).

Hastalıkların sistematik bir şekilde sınıflandırılması ile ilgili gelişmeler ise 18. y¼zyılda başlamıştır. Bug¼nk¼¼ mevcut sınıflamanın yapısı büyük ölç¼de İngiltere Genel Kayıt B¼rosunda ilk tıbbi istatistik uzmanı olarak şalışan William Farr'ın şalışmalarına dayanmaktadır. Y¼zyılın 2. yarısında şalışmalar hastalık terminolojisi ve bunların kullanımında uluslararası birlikteliğin sağlanmasına odaklanmıştır. Bu dönemlerde dikkati çeken ¼ç¼nc¼¼ bir nokta da hastalıkların istatistiksel sınıflamasının uluslararası önemi olmuştur (64, 65).

Uluslararası İstatistik Enstitüsü, 1891 yılında Viyana'da Jacques Bertillon başkanlığında ölüm nedenleri ile ilgili yeni bir sınıflama hazırlanması için bir komite kurmuş, bu komitenin yapmış olduğu çalışmalar 1893 yılında bitirilmiş ve önerileri Enstitü tarafından kabul edilmiştir. Sınıflama, genel hastalıklar ile belli bir organ ya da anatomik bölgeye özgü hastalıkların birbirinden ayrılması ilkesine dayanmaktadır. Bu çalışma başlangıçta "Bertillon Ölüm Nedenleri Sınıflaması" olarak adlandırılmış ve birçok Avrupa, Kuzey ve Güney Amerika ülkelerinde kullanılmaya başlanmıştır (65, 66).

1900 yılına Fransa hükümeti, 'Ölüm Nedenleri Uluslararası Sınıflaması'nın (Bertillon Ölüm Nedenleri Sınıflaması) revizyonu için çağrıda bulunmuş ve bu girişim yaklaşık 10 yılda bir yapılan revizyon konferansları serisini başlatmıştır. 1948 yılında kurulan DSÖ aynı yıl, Hastalıkların Uluslararası Sınıflamasından (International Classification of Diseases, ICD) sorumlu olmuştur. ICD-10 1991 yılında kabul edilmiş, 1994 yılında da uygulamaya geçirilmiştir (64, 65).

Son olarak geliştirilen ICD-10' un sınıflama yapısında 4 düzey bulunmaktadır. Her düzey, bir üsttekinin detaylandırılmış halidir. İlk düzey, hastalıkların genel olarak sınıflandırıldığı *bölmülerden* (örn; Bölüm I Enfeksiyon ve Paraziter Hastalıklar), ikinci düzey, bölüm içindeki belli hastalıkların bir araya getirilmesi ile oluşan bloklardan (örn; A50-A64 Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon hastalıkları), üçüncü düzey blokları oluşturan hastalıkların tek tek ele alındığı *3 basamaklı hastalık kodlarından* (örn; A54 Gonokok enfeksiyonu), dördüncü düzey, 3 basamaklı hastalık koduna bir basamak daha ilave edilmesi ile oluşturulan *4 basamaklı hastalık kodlarından* (örn; A54.3 Gözün gonokok enfeksiyonu) oluşmaktadır (67, 68).

Ülkemizde 01.06.2005 tarihinde Bakanlığımız web sitesinde ICD-10 excel formatında yayınlanmıştır. 01.07.2005 tarihinden itibaren formlar ICD-10 kullanılarak doldurulmaya başlamıştır. Haziran-Temmuz /2006 aylarında 2 gün süre ile bölge bölge olmak üzere tüm hastane ve sağlık müdürlüklerinde çalışan ilgili kişilere ICD-10 eğitimi verilmiştir. 05.07.2006 tarihinde ICD-10 arama motoru yapılmış olup ücretsiz kullanıma açılmıştır.

ICD, diagnostik bir kodlama ve istatistiksel bir sınıflamadır ve bu noktadan hareketle yola çıkmaktadır. Burada ICD'nin getirdiği istatistiksel sınıflama ile tıp kitaplarında bölüm başlarında bulunan hastalık sınıflandırmaları arasındaki ayrımı belirlemek gerekir.

Burada, genellikle birbiri ile karıştırılabilecek durumlarla etkenlerinin farklılığına göre düzenlenmiş bir hastalık grubu değerlendirilir. İstatistiksel sınıflamada ise birbirine benzer hastalık veya durumlar bir araya getirilip, taşıdıkları öneme göre sınıflandırılmaktadır. Buna ek olarak her hastalık için o hastalığa özgü bir kod kullanılmaktadır. Bu yapısı sayesinde ICD, gerek sağlık hizmetlerinin yönetimi, gerekse epidemiyolojik çalışmalarda kullanım kolaylığı sağlamaktadır. Hasta takibi, hasta kayıt ve arşivlerinin tutulması ve bunlara erişim, kaynak yönetimi gibi idareye yönelik kullanımının yanı sıra hastalıklarla ilgili istatistiksel çalışmalar ve uluslararası niteliği sayesinde ülkeler arasında sağlıkla ilgili karşılaştırmalar yapma olanağı da vermektedir. Buradan da anlaşılacağı üzere ICD'nin önemli bir fonksiyonu da hastalıklara uluslararası ortak bir dil kazandırmaktadır. Bunlara ek olarak ICD, hastalık ve ölüm kodlamalarında getirdiği bazı uluslararası kural ve hatırlatmalarla hastalık tanısının yazılması ya da ölüm nedeninin belirtilmesinde kayıtların mümkün olduğu kadar doğru tutulması konusunda dolaylı bir katkıda da bulunmaktadır (67, 68).

2.5.2. ICF

ICF halk sağlığı ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili konuların iyi bir şekilde yürütüldüğü ülkelerin büyük bir çoğunluğunda teorik olarak kabul edilmiştir. ICF genel anlamda 1960 yılında Amerikalı Sosyolog Nagi tarafından yürütülen çalışmalar ile başlamıştır. Daha sonra Verbrugge ve Jette özür lülük modelini kavramsal olarak açıklamış ve büyük bir ilerleme sağlanmıştır. İlerleyen yıllarda Fougeyrollas “Engelliğin Oluşum Süreci” (Handicap Creation Process) teriminin ne anlama geldiğini tespit etmiştir (69, 70).

DSÖ tarafından atılan ilk adım 1973 yılında Manchester’da Dr. Philip Wood adlı araştırmacıyı bir sınıflandırma sistemi oluşturması için görevlendirmesi ile başlamış ve ilk uluslararası sınıflandırma sistemi oluşturulmuştur (71). Bu sınıflandırma sistemi 1976 yılı Mayıs ayında Dünya Sağlık Kurultayında WHA29. 35 sayılı önerge ile kabul edilmiş ve 1980 yılında deneme amacı ile yayınlanmıştır (72). Oluşturulan bu sınıflandırmada özür lülük, bozukluk (impairment), yetiyitimi (disability) ve engellilik (hadicap) olarak ayrılmıştır. Yıllar süren tartışmalar ve yenilemeler sonucunda 1993 yılında DSÖ bu dökümanı “Bozukluk, Yetiyitimi ve Engelliliğin Uluslararası Sınıflandırması” (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH) adı altında kabul etmiştir. Bu sınıflandırmaya göre hastalıklar dört temel düzeyde incelenmektedir;

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

DSÖ sınıflandırmanın klinik ortamda kullanıma uygun olması gerektiği bilinci ile tekrar revize edilmesi için resmi ve sivil organizasyonlarla ve özürllüleri temsil eden gruplarla ortaklaşa revizyon çalışması yapmıştır. Yaklaşık on yıl süren yoğun bir çalışma ile sınıflandırma ve değerlendirmelerle ilgili literatür taramaları yapılmış, insanların vücut, birey ve sosyal alanlardaki işlevselliği ile ilgili 3000'den fazla sınıflandırma alanı içeren bir havuz oluşturulmuştur. Bu çalışmaların sonucunda DSÖ yenileme ekibi tarafından geliştirilen ICDH-2 elde edilmiştir ICDH-2'nin 15 ülkede alan çalışmaları yapılarak uygulanabilirliği ve güvenilirliği test edilmiş, son şekli verilerek 2001 yılında "İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslar arası Sınıflandırılması" (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF) adıyla yayınlanmıştır. ICF'in yeni versiyonunda tüm maddeler örneklerle açıklanarak daha kullanışlı hale getirilmiş, kodlamada nötr terminoloji kullanılmış, çevresel faktörlerin eklendiği bio-psiko-sosyal bir çerçeve oluşturulmuştur (73, 74).

ICF; özürllülük konusundan iki uçta yer alan tıbbi ve sosyal modellerin bütünleşmesine dayanır. ICF sınıflandırmasının genel amacı, sağlık ve sağlıkla ilgili durumların tanımlanması için ortak, standart bir dil ve çerçeve oluşturmaktır. Sağlığın bileşenleri ve iyilik halinin sağlıkla ilgili bazı bileşenlerini tanımlamaktadır. ICF, sağlığın pek çok alanında uygulama için DSÖ tarafından geliştirilmiş "uluslar arası sınıflandırma ailesi"ne aittir (74).

2.5.3. ICF'in Kapsamı

ICF, insan fonksiyon ve yetersizliklerini pek çok açıdan değerlendirmektedir. İnsanların sağlık koşullarından bağımsız olan sosyoekonomik düzey, cinsiyet, din, ırk gibi özellikler nedeniyle oluşan kısıtlamaları değerlendirmez. Sağlık problemlerini hem bireysel

hem de sosyal alanda değerlendiren evrensel uygulama imkanı olan bir sınıflandırma sistemi olan ICF, sadece özürlü bireyler için değil tüm bireyler için kullanılabilir. İnsanların işlevselliği ve kısıtlılıkla ilgili durumların tanımını sağlar ve bu bilginin düzenlenmesi için bir çerçeve oluşturur. Bilgiyi, anlamlı, bağlantılı ve kolay ulaşılır bir biçimde yapılandırır. Bu nedenle, ICF içinde kapsanan alanlar sağlık alanları ve sağlıkla ilgili alanlar olarak görülebilir. Bu alanlar, vücut, toplum ve birey bakış açılarından, hem pozitif hem de negatif terimleme ile ifade edilebilen iki liste halinde tanımlanmıştır (Tablo 4) (74, 75, 76).

Tablo 4. ICF'e Genel Bakış (77)

| Bileşenler | 1. Bölüm: İşlevler ve Yetiyitimi | | 2. Bölüm: Bağlamsal Etmenler | |
|--------------------------|---|--|---|---|
| | Vücut İşlevleri ve Yapıları | Etkinlikler ve Katılım | Çevresel Etmenler | Kişisel Etmenler |
| Alanlar | Vücut işlevleri Vücut yapıları | Yaşam alanları (görevler, eylemler) | İşlevler ve yetiyitimi üzerinde dışsal etkiler | İşlevler ve yetiyitimi üzerinde içsel etkiler |
| Yapılar | Vücut işlevlerinde değişiklik (fizyolojik) Vücut yapılarında değişiklik (anatomik) | Kapasite Standart bir çevrede görevlerin yerine getirilmesi Performans Mevcut çevrede görevlerin yerine getirilmesi | Fiziksel, sosyal ya da düşünsel dünya özelliklerinin kolaylaştırıcı veya engelleyici etkileri | Kişinin kendi özelliklerinin etkileri |
| Pozitif Terimleme | İşlevsel ve yapısal bütünlük İşlevsellik | Etkinlikler Katılım | Kolaylaştırıcılar | Uygulanamaz |
| Negatif Terimleme | İşlev veya yapı bozukluğu | Etkinlik sınırlılığı Katılım kısıtlılığı | Sınırlar/engeller | Uygulanamaz |
| | Yetiyitimi | | | |

1. Bölüm: İşlevsellik ve Yetiyitimi

- **Vücut İşlevleri ve Yapıları:** Vücut bileşeni, biri vücut sistemlerinin fonksiyonları ve diğeri de vücut yapıları olmak üzere iki sınıflandırmadan meydana gelir. Her iki sınıflandırmayı anlatan bölümler vücut sistemlerine göre düzenlenmiştir.

- **Etkinlikler ve Katılım:** Aktiviteler ve Katılım bileşeni gerek kişisel gerekse toplumsal bakış açısından işlevsellik anlamına gelecek bütün alanları kapsar.

2. Bölüm. Bağlamsal Etmenler

- **Çevresel Etmenler:** Çevresel Faktörler listesi, bağlamsal faktörlerin ilk bileşenidir. Çevresel Faktörlerin, fonksiyonlar ve yetiyitiminin bütün bileşenler üzerinde etkisi vardır ve kişinin yakın çevresinden başlayıp, genel çevresine doğru giden bir sıralama ile düzenlenmiştir.
- **Kişisel Etmenler:** Kişisel faktörler de bağlamsal faktörlerin bir bileşenidir. Ancak, kişisel faktörlerle bağlantılı geniş çaplı sosyal ve kültürel farklılıklar olduğundan ICF’de sınıflandırılmışlardır.

ICF’de 1. Bölüm’de İşlevsellik ve Yetiyitiminin bileşenleri iki şekilde açıklanabilir. Bir yandan problemleri belirtmek için kullanılabilirler. (örneğin, geniş bir yelpazeyi kapsayan yetiyitimi terimiyle özetlenen bozukluk, aktivite kısıtlılığı veya katılım sınırlılığı); öte yandan, yine geniş bir yelpazeyi kapsayan İşlevsellik terimiyle, sağlık ve sağlıkla ilgili durumlarda bir sorun olmadığını belirtebilirler (16).

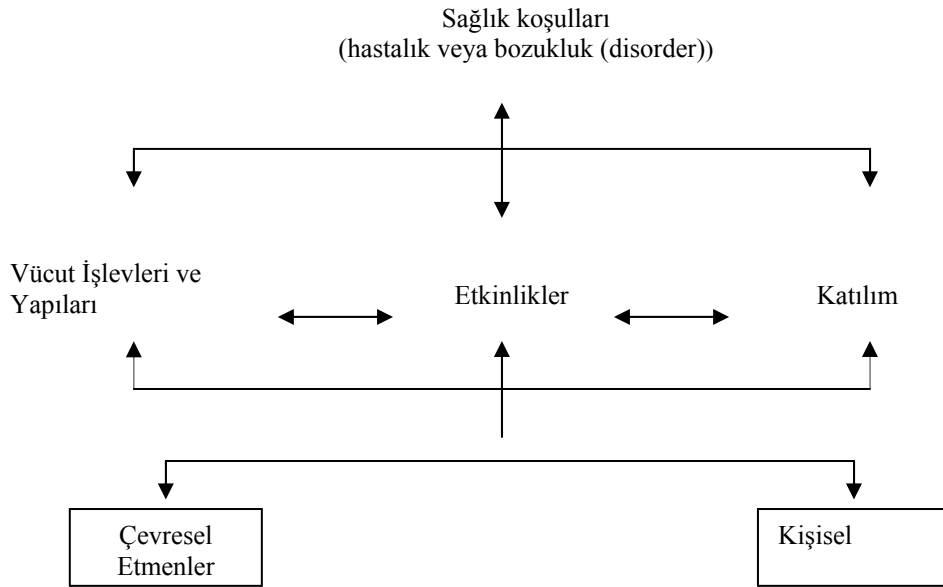
İşlevsellik ve Yetiyitiminin bileşenleri dört ayrı, ancak birbirleriyle ilintili yapılar aracılığı ile yorumlanırlar. Bu yapıların, ölçütler kullanılarak işlemsel tanımları yapılabilir. Vücut İşlevleri ve Yapıları, fizyolojik sistemler veya anatomik yapılardaki değişiklikler yoluyla açıklanır. Aktiviteler ve Katılım bileşeni için iki yapıdan söz edilebilir: kapasite ve performans (16).

ICF’de 2. Bölüm’de Bağlamsal Faktörler şu şekilde açıklanabilir. Bağlamsal Etmenler, kişinin yaşamı ve yaşam tarzı ile ilgili bütün artalanı ifade eder ve hem kişisel hem de çevresel etmenleri kapsar (16).

Çevresel etmenler insanların yaşadığı ve yaşamlarını kurduğu fiziksel, sosyal ve düşünsel çevreyi oluşturur. Bu etmenler kişinin dışında yer alır ve toplumun bir üyesi olarak kişinin performansı üzerinde pozitif veya negatif bir etkisi olabilir, eylem ya da görevlerini yerine getirme kapasitesini etkileyebilir veya kişinin vücut işlevleri ya da yapısı üzerinde etkileri olabilir. Çevresel etmenler, sınıflandırmada iki düzeye odaklanacak biçimde düzenlenmiştir:

- a. *Bireysel* – ev, işyeri ve okul gibi kişinin yakın çevresi. Bu düzeyde, kişinin yüzyüze geldiği çevrenin, aile, akrabalar, arkadaşlar ve yabancılarla da doğrudan ilişkiye girdiği ortamın fiziksel ve maddi özellikleri kapsanır.
- b. *Toplumsal* resmi ve gayrı resmi sosyal yapılar, kişinin üzerinde etkisi olabilecek topluluk veya toplum hizmetleri, sistem bağları. Bu düzeyde, iş çevresi, toplum etkinlikleri, devlet daireleri, iletişim ve taşımacılık hizmetleri, ve gayrı resmi sosyal ağların yanısıra kanunlar, yönetmelikler, resmi ve gayrı resmi kurallar, tutum ve ideolojiler de kapsanır.

Kişisel etmenler kişinin yaşamı ya da yaşam tarzının özel artalanıdır ve kişinin sağlık koşulları veya sağlık durumunun parçası olmayan özelliklerden oluşur. Bunlar cinsiyet, ırk, yaş, diğer sağlık koşulları, yaşam biçimi, alışkanlıklar, yetiştirilme, başatma biçimi, sosyal geçmiş, eğitim, meslek, şimdiki ve geçmiş deneyimler (geçmiş yaşam olayları ve mevcut olaylar), tüm davranış örüntüleri ve karakter yapısı, psikolojik beceriler ve diğer özelliklerin tümünü veya herhangi bir düzeydeki yetiyetiminde rol oynayan bir tanesini içerir. ICF bileşenleri ve bunlar arasındaki etkileşim şekil 7’de şematize edilmiştir.



Şekil 7. ICF Bileşenleri Arasındaki Etkileşim (78)

Her bir bileşen değişik alanlardan oluşur. Her bir alanın içinde sınıflandırma birimi olan kategoriler yer alır. Uygun kategori kodu ya da kodları seçilerek, kişinin içinde bulunduğu sağlık ya da sağlıkla ilgili durumu kaydedilebilir. Daha sonra o kategorideki işlevsellik ya da yetiyitiminin düzeyi veya büyüklüğünü, ya da çevresel faktörlerin ne derece kolaylaştırıcı veya engelleyici olduklarını sayısal kodlarla ifade eden niteleyiciler eklenebilir.

2.5.4. ICF'in Kullanımı

ICF, sağlıkla ilgili bir sınıflandırma olmasına karşın, ilgili diğer sektörler tarafından da kullanılan bir sınıflamadır. ICF, farklı uygulamalar için çeşitli disiplinlerce kullanılabilir; sigorta, sosyal güvenlik, insan hakları ve iş sağlığı gibi alanlarda yapılacak araştırmalarda, eğitim ekonomi gibi alanlarda planlama ve politika oluşturma çalışmalarında uygulama alanları bulabilmektedir. Örneğin; sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, bölgesel, ulusal ve uluslar arası toplum araştırmalarında kullanılabilir. Sağlık ve özürülük konusunda bilgi sağlamak, sosyal engelleri kaldırmak ve topluma katılımlarını sağlamak üzere hazırlanacak çalışmalarda da yararlanılabilir. Özel amaçları şu şekilde özetlenebilir (16, 74, 76);

- Sağlık ve sağlıkla ilgili durumların, sonuçlarının ve belirleyicilerinin anlaşılması ve araştırılması için bilimsel bir temel oluşturmak.
- Sağlık çalışanları, araştırmacılar, siyasetçiler gibi ve yetiyitimi olanlar da dahil olmak üzere toplumda farklı kullanıcılar arasında sağlık ve sağlıkla ilgili durumlarla ilgili iletişimi artırmak amacıyla ortak bir dil oluşturmak.
- Ülkeler, sağlıkla ilgili disiplinler, hizmetler ve zaman açısından verilerin karşılaştırılmasına olanak sağlamak.
- Sağlıkla ilgili bilgi sistemleri için sistematik kodlama şemaları sağlamak.
- Sağlık durumuna göre fonksiyonel durumun araştırıldığı çalışmalara bilimsel temel oluşturmak

ICF'e duyulan gereksinim ve ICF'in kullanımı farklı kültürlerde, sağlık politikaları, kalite güvencesi ve sonuçların değerlendirilmesinde farklı tüketiciler tarafından kullanılacak anlamlı ve uygulanabilir bir sistemin oluşturulmasını gerektirdiği için söz konusu amaçlar birbirleriyle bağlantılıdır.

ICF işlevselliğin ve yetiyitiminin bir sınıflandırmasıdır. Sağlık ve sağlıkla ilgili alanları sistematik olarak gruplandırır. Her bir bileşen içinde, alanlar ortak özelliklerine göre (kökenleri, tipleri veya benzerlikleri gibi) daha ileri düzeyde gruplandırılır ve anlamlı bir biçimde sıralandırılır. Sınıflandırma bir dizi ilkeye göre düzenlenir. Bu ilkeler, düzeylerin birbirleriyle ilişkilerini ve sınıflandırmanın hiyerarşisini (düzey kümeleri) anlatır. Ancak ICF'in bazı kategorileri hiyerarşik bir yol izlenmeksizin, bir sıralama olmadan, bölümlerin eşit üyeleri olarak düzenlenmiştir. Sınıflandırmanın kullanımı ilintili yapısal özellikleri aşağıda belirtilmiştir (16).

1. ICF, sağlık ve sağlıkla ilgili alanların "dildeki" tanımları yerine standart işe vuruk tanımlarını verir. Bu tanımlar her bir alanın esas özelliklerini anlatır (örneğin nitelikler, özellikler, ve ilişkiler) ve her bir alan içinde nelerin dahil nelerin hariç oldukları ile ilgili bilgi verir. Tanımlar, değerlendirme için ortak olarak kullanılan sağlam noktaları içerir, öyle ki anket haline dönüştürülebilirler.
2. ICF, b, s, d ve e harflerinin Vücut İşlevleri, Vücut Yapıları, Aktiviteler ve Katılım, ve Çevresel Faktörler anlamına geldiği alfanumerik sistem kullanır. Bu harflerden sonra sayısal kodlar gelir. Sayısal kodlar bölüm numarası ile başlar (tek rakam), bunu ikinci düzey (iki rakam), ve üçüncü ve dördüncü düzeyler (her biri bir rakam) takip eder.
3. ICF'de kategoriler öyle gruplandırılır ki, geniş kategoriler daha detaylı alt kategorileri kapsayacak biçimde tanımlanır.
4. Her hangi bir kişi, her bir düzeyde bir dizi koda sahip olabilir. Bunlar birbirlerinden bağımsız da olabilir, ilintili de olabilir.
5. ICF kodları sağlık düzeyinin büyüklüğünü belirten niteleyicilerle tamamlanır (problemin ciddiyeti). Niteleyiciler, noktadan (veya seperatör) sonra gelen bir, iki ya da daha fazla sayı ile kodlanır. Herhangi bir koda, en az bir niteleyici eşlik etmelidir. Aksi halde, kodların bir anlamı olmaz.
6. Vücut Fonksiyonları ve Yapıları için ilk niteleyiciler, Aktiviteler ve Katılım için performans ve kapasite niteleyicileri, ve Çevresel Faktörler için ilk niteleyiciler ilgili bileşendeki problemin büyüklüğünü tanımlar.

7. ICF’de sınıflandırılan üç bileşen (Vücut Fonksiyonları ve Yapıları, Aktiviteler ve Katılım, ve Çevresel Faktörler) aynı genel ölçek kullanılarak derecelendirilir. Bir problemin olması kullanıldığı yere bağlı olarak bozukluk, sınırlılık, kısıtlılık veya engel anlamına gelebilir. Sınıflandırma alanıyla ilintili olarak aşağıda parantezler içinde verilmiş niteleyici kelimelerden uygun olanı seçilmelidir. (xxx ikinci-düzyer alan numarası için). Bu derecelendirmenin evrensel olarak kullanılması için araştırmalar sonucu geliştirilecek değerlendirme yöntemlerine ihtiyaç vardır. Geniş yüzdilik dilimleri, beden fonksiyonlarındaki bozukluğu kapasite sınırlılığını, performans problemini veya engeli derecelendirmek için kalibrasyona sahip değerlendirme araçları veya başka standartların bulunduğu durumlar için verilmiştir. Örneğin “problem yok” veya “tam problem” kodu verildiğinde, bu derecelendirmenin hata sınırı en fazla %5’dir. “Orta düzeyde problem” zamanın yarı yarıya olan kısmı ya da toplam zorluk derecelendirmesinde yarıya kadar olan kısım şeklinde tanımlanır. Bu yüzdelikler, farklı alanlarda, toplum standartları yüzdilik dilimleri oluşturacak biçimde ayarlanacaktır.

| | | |
|------------------------------|----------------------------------|---------|
| xxx. 0 problem YOK | (hiç yok, yok, ihmal edilebilir) | % 0-4 |
| xxx. 1 HAFİF düzeyde problem | (az, düşük) | % 5-24 |
| xxx. 2 ORTA düzeyde problem | (orta, az çok) | % 25-49 |
| xxx. 3 CİDDİ düzeyde problem | (yüksek, aşırı) | % 50-95 |
| xxx. 4 TAM problem | (tamamen) | %96-100 |
| xxx. 8 belirtilmemiş | | |
| xxx. 9 uygulanamaz | | |

8. Çevresel faktörler durumunda, birinci niteleyici ya çevrenin pozitif etkilerinin, yani kolaylaştırıcıların, ya da negatif etkilerinin büyüklüğünü yani engelleri belirtmek için kullanılabilir.

9. Farklı kullanıcılar için, her bir maddenin kodlanmasına diğer tür bilgileri de eklemek uygun ve kullanışlı olabilir. Kullanılabilecek çok çeşitli ek niteleyiciler vardır.

10. Sağlık ve sağlıkla ilgili alanların tanımında o andaki durumdan söz edilir. Ancak, gidişi ve süreci tanımlamak amacıyla farklı zamanlar için kullanımı da mümkündür.

11. ICF’de kişinin sağlığı ve sağlıkla ilgili durumu, sınıflandırmanın iki bölümünü kapsayan kodlar düzeni halinde sunulur. Bu nedenle her bir kişinin bir rakam düzeyinde alabileceği kod sayısı en fazla 34 olabilir. Benzer bir şekilde iki düzey için bu sayı 362’dir.

Çevresel Etmenler Bileşeni İçin Kabul Edilmiş Kodlama Biçimleri; Çevresel Etmenler için, üzerinde anlaşmaya varılmış üç kodlama biçimi kullanıma açıktır:

Birinci seçenek; Çevresel etmenler tek başlarına, vücut işlevleri, vücut yapıları veya etkinlikler ve katılıma gönderme yapmaksızın kodlanırlar.

| | |
|------------------------|-------|
| Vücut işlevleri | _____ |
| Vücut yapıları | _____ |
| Etkinlikler ve Katılım | _____ |
| Çevre | _____ |

İkinci seçenek; Çevresel etmenler, her bir bileşen için kodlanır.

| | | |
|------------------------|-------|--------------|
| Vücut işlevleri | _____ | E kodu _____ |
| Vücut yapıları | _____ | E kodu _____ |
| Etkinlikler ve Katılım | _____ | E kodu _____ |

Üçüncü seçenek; Çevresel etmenler, etkinlikler ve katılım bileşeninde her bir maddede kapasite ve performans niteleyicileri için kodlanırlar.

| | | |
|-------------------------|-------|--------------|
| Performans niteleyicisi | _____ | E kodu _____ |
| Kapasite niteleyicisi | _____ | E kodu _____ |

Birleşmiş Milletler, Amerika Birleşik Devletleri, Avustralya ve İtalya da özürlü servisleri sektörlerinin ulusal veri elde etmede, özürülülerin sosyal ve çevresel koşullarla ilişkili olarak bireysel kapasitelerinin daha doğru ve uygun yöntemlerle değerlendirilmesi

bunun sonucunda daha iyi iş imkanlarının sağlanması için ICF'i kullanma çalışmaları başlanmıştır.

2.6. Özürlülük Sıklığı

2.6.1. Dünya'da Özürlülüğün Sıklığı

DSÖ, Dünya'da özürlülük sıklığını % 10 (600 milyon) olarak bildirmektedir. Bu rakamın % 80'i gelir seviyesi düşük ülkelerde bulunmaktadır ve bu bireyler rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanamamaktadırlar. Savaş yaralanmaları, HIV/AIDS, beslenme yetersizliği, kronik hastalıklar, kazalar vb. sebeplerle bu özürlü nüfusun giderek artacağı düşünülmektedir. DSÖ verilerine göre özürlülüğün ilk üç nedeni nöropsikiyatrik bozukluklar, yaralanmalar ve kardiyovasküler hastalıklar olarak sıralanmaktadır (79).

Özürlülük gelişmekte olan ve gelişmiş bütün dünya ülkelerinde toplumsal bir sorundur ve bu ülkelerde özürlülük sayısı azımsanmayacak düzeydedir. Amerika'da 2000 yılında 19 yaşın altındaki özürlülük oranı Pan Amerikan Sağlık Organizasyonu (PAHO) verilerine göre % 1.3 olarak tespit edilmiş ve bu özürlülerin %36'sı mental %21'i psikolojik özürlü olarak belirlenmiştir (80). Arabistan'da ülke genelinde 16 yaş altı çocuklarda yapılan bir çalışmada ise özürlülük oranı %6.33 olarak saptanmıştır (81).

1998 yılı nüfus sayımına göre Pakistan'da özürlülük oranı % 2.5 olarak belirlenmiş, bu özürlülerin % 8.1'i görme, % 7.4'ü işitme, % 19'u fiziksel, % 6.4 mental engelli, % 7.6'sı mental özürlü, % 8.2'si birden çok özüre sahip olup % 43.3'ü diğer grup özüre sahip olduğu tespit edilmiştir (82). Yine 1987 yılında Çin'de 369448 aile ve 1579316 birey üzerinden yapılan bir ankette özürlülük prevalansı % 4.9 bulunmuştur. Bu özürlülerden % 17.9'u görme, % 38.8'i işitme ve konuşma, % 22.6'sı zeka geriliği, % 16.3'ü fiziksel ve % 4.4'ü mental bozukluğa sahip olduğu belirlenmiştir (83). Bazı dünya ülkelerinde saptanan özürlülük oranları Tablo 5'de belirtilmiştir.

Tablo 5. Bazı Dünya Ülkelerinde Saptanan Özürlülük Sıklıkları

| Ülke Adı | Özürlülük Sıklığı (%) | Araştırma Yılı | Kaynak Numarası |
|------------------|-----------------------|---|-----------------|
| Norveç | 33.0 | 1991 Ulusal Araştırma | 84 |
| Yeni Zellanda | 20.0 | 1996 Ulusal Araştırma | 84 |
| Avustralya | 18.0 | 1993 Ulusal Araştırma | 84 |
| Kanada | 15.5 | 1991 Ulusal Araştırma | 84 |
| Amerika | 15.0 | 1994 Ulusal Araştırma | 84 |
| İspanya | 15.0 | 1986 Ulusal Araştırma | 84 |
| Brezilya | 14.5 | 2000 Nüfus Sayımı | 85 |
| Şili | 12.9 | 2004 Ulusal Araştırma | 85 |
| İngiltere | 12.2 | 1991 Nüfus Sayımı | 84 |
| İsviçre | 12.1 | 1988 Ulusal Araştırma | 84 |
| Ekvator | 12.1 | 2004 Ulusal Araştırma | 85 |
| Hollanda | 11.6 | 1986 Ulusal Araştırma | 84 |
| Nikaragua | 10.3 | 2003 Ulusal Araştırma | 85 |
| Almanya | 8.4 | 1992 Ulusal Araştırma | 84 |
| Tayland | 8.1 | 1996 Sağlık Bakanlığı Araştırması | 23 |
| Uruguay | 7.6 | 2003 Ulusal Araştırma | 85 |
| Arjantin | 7.1 | 2001 Nüfus Sayımı | 85 |
| Kosta Rika | 5.4 | 2000 Nüfus Sayımı | 85 |
| Çin | 5.0 | 1987 Ulusal Araştırma | 84 |
| İtalya | 5.0 | 1994 Ulusal Araştırma | 84 |
| Mongolya | 4.8 | 2001 Sosyal, Refah ve İş Bakanlığı Araştırması | 23 |
| Jamaika | 4.8 | 1991 Nüfus Sayımı | 84 |
| Malta | 4.6 | 1995 Nüfus Sayımı | 84 |
| Barbados | 4.6 | 2000 Nüfus Sayımı | 85 |
| Mısır | 4.4 | 1996 Ulusal Araştırma | 84 |
| Japonya | 4.4 | 2000 Bakanlar Kurulu yıllık raporu | 23 |
| Venezuela | 4.1 | 2001 Nüfus Sayımı | 85 |
| Kıbrıs | 4.0 | 1992 Nüfus Sayımı | 84 |
| Bolivya | 3.8 | 2001 Nüfus Sayımı | 85 |
| Guatemala | 3.7 | 2005 Ulusal Araştırma | 85 |
| Kore Cumhuriyeti | 3.0 | 2000 Ulusal Araştırma | 23 |
| Jamaika | 2.8 | 2000 Nüfus Sayımı | 85 |
| Japonya | 2.7 | 1987 Ulusal Araştırma | 84 |
| Honduras | 2.7 | 2002 Ulusal Araştırma | 85 |
| Pakistan | 2.5 | 1988 Nüfus Sayımı | 68 |
| Bahama | 2.3 | 2000 Nüfus Sayımı | 85 |
| Şili | 2.2 | 1992 Nüfus Sayımı | 84 |
| Mexico | 1.8 | 2000 Nüfus Sayımı | 85 |
| Kolombiya | 1.8 | 1993 Nüfus Sayımı | 84 |
| Panama | 1.8 | 2000 Nüfus Sayımı | 85 |
| Sudan | 1.6 | 1993 Nüfus Sayımı | 84 |
| El Salvador | 1.6 | 1992 Nüfus Sayımı | 84 |

Tablo 5. Bazı Dünya Ülkelerinde Saptanan Özürlülük Sıklıkları (devam)

| Ülke Adı | Özürlülük Sıklığı (%) | Araştırma Yılı | Kaynak Numarası |
|------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------|
| El Salvador | 1.5 | 2004 Ulusal Araştırma | 85 |
| Bahama | 1.5 | 1990 Nüfus Sayımı | 84 |
| Afrika | 1.5 | 1988 Nüfus Sayımı | 84 |
| Kamboçya | 1.5 | 1999 Sosyo-Ekonomik Durum Araştırması | 23 |
| Fiji | 1.5 | 1996 Nüfus Sayımı | 23 |
| Türkiye | 1.4 | 1985 Nüfus Sayımı | 84 |
| Tayland | 1.4 | 1991 Ulusal Araştırma | 84 |
| Peru | 1.3 | 1993 Nüfus Sayımı | 84 |
| Amerika | 1.3 | 2000 PAHO | 66 |
| | (19 yaş altı) | | |
| Flipinler | 1.3 | 1995 Nüfus Sayımı | 84 |
| Uganda | 1.2 | 1991 Nüfus Sayımı | 84 |
| Tunus | 1.2 | 1994 Nüfus Sayımı | 84 |
| Paraguay | 1.0 | 2002 Nüfus Sayımı | 85 |
| Irak | 0.9 | 1977 Nüfus Sayımı | 84 |
| Zombia | 0.9 | 1990 Nüfus Sayımı | 84 |
| Brezilya | 0.9 | 1991 Nüfus Sayımı | 84 |
| Arap Cumhuriyeti | 0.8 | 1993 Ulusal Araştırma | 84 |
| Bangladeş | 0.8 | 1982 Ulusal Araştırma | 84 |
| Kenya | 0.7 | 1989 Nüfus Sayımı | 84 |
| Endonezya | 0.7 | 1999 Sosyo-Ekonomik Durum Araştırması | 23 |
| Nijerya | 0.5 | 1991 Nüfus Sayımı | 84 |
| Yemen | 0.5 | 1994 Nüfus Sayımı | 84 |
| Pakistan | 0.5 | 1981 Nüfus Sayımı | 84 |
| Güney Afrika | 0.5 | 1980 Ulusal Araştırma | 84 |
| Hindistan | 0.2 | 1981 Nüfus Sayımı | 84 |
| Kuveyt | 0.4 | 1980 Nüfus Sayımı | 84 |
| Tayland | 0.3 | 1990 Nüfus Sayımı | 23 |

2.6.2. Türkiye’de Özürlülüğün Sıklığı

Türkiye’de nüfus sayımları Osmanlı İmparatorluğu döneminde memur ve sipahilere bırakılan gelir kaynaklarının nicelik ve değişmelerini saptamak amacıyla, 30-40 yıl gibi aralıklarla yapılması şeklinde düşünülmüştür. İmparatorluk yeni kurulduğu sıralarda nüfusla birlikte tarım ve arazi konularında bilgi toplamaya özel önem verilmiş; 1326-1360 ve 1360-1389 yılları arasında toprak ve nüfus sayımları yapılmıştır. Daha sonra Padişah Kanuni Sultan Süleyman genel bir sayım yaptırmaya teşebbüs ederek, bunun her yüzyılda bir tekrar edilmesini Kanunname’ye yazdırtmıştır. Başarı ile sonuçlandırılan ilk Nüfus Sayımı 1831

yılında yapılmıştır. Esas amacı askerlik yapabilecek halkın sayısı ve yeni vergi kaynaklarının saptanması olan bu sayımda, Rumeli ve Anadolu'da bulunan tüm İslam ve Hıristiyan erkek nüfus kapsanmıştır. 1831 sayımından sonra 1844 yılında kadın nüfusu da kapsayan bir nüfus sayımı daha yapılmış, 1854'te ise yeni bir nüfus sayımına daha girilmişse de bunun sonuçlandırılması kabil olmamıştır. 1874'te Tuna Vilayetlerinde yapılan bir nüfus sayımını, İmparatorluk döneminde girişilen ve uzun süre devam eden bir başka nüfus sayımı izlemiştir. 1878 Rus savaşını izleyen bu sayımda İstanbul nüfusu sayılmış, Trablus ve Arabistan'ın nüfusu ise tahmin edilmiştir. Aynı dönemde Nüfus Sicil-i Nizamnamesi çıkarılmış ve ilk kez Nüfus Müdürlüğü kurularak nüfus tezkereleri ile doğum, ölüm, yer değiştirme olaylarının kaydına başlanmıştır. 1891 yılında Bab-ı Ali'de Merkezi İstatistik Encümeni kurulmuş, istatistik hizmetleri kanuni bir esasa bağlanmıştır. 1918 yılında çıkarılan yeni bir kanunla istatistik faaliyeti sadarete bağlı istatistik Müdüriyet-i Umumiye' si bünyesinde toplanmış, kanunun uygulamasına bir yıl devam edildikten sonra kaldırılmış ve eski sistem Cumhuriyete kadar devam etmiştir. Ülkemizde nüfusumuzun sayı ve niteliklerini tespit amacıyla Cumhuriyetin ilanından günümüze kadar ilki 1927 ikincisi 1935 yılında ve bu tarihten sonra her beş yılda bir olmak üzere, on beş kez genel nüfus sayımı uygulanmıştır (86).

Türkiye'de 1985 yılı nüfus sayımına göre özürlü nüfus oranı % 1.40 olarak tespit edilmiştir. Bu sayı DSÖ' nün tahminlerinin oldukça altında kalmaktadır. Bunun nedeni olarak her ülkenin özürhüklerini saptamada kendi modelini ve standardını belirlemiş olması gösterilmektedir. 1985 yılı Türkiye nüfus sayımında saptanan tüm özürhüklerin özürhük türüne göre dağılımı Tablo 6'da verilmiştir (7). DPT'nin 1993 yılında Birleşmiş Milletler (BM)'e sunulan "Türkiye Özel Raporu"nda yer alan ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB)'nin 1988 yılı için, Türkiye'de özür türlerine göre tahmini özürhük sayısı Tablo 7'de belirtilmiştir (8).

Tablo 6. Türkiye 1985 Nüfus Sayımında Saptanan Tüm Sakatlıkların Türlerine Göre Dağılımı (9)

| Sakatlık Türü | | Kişi Sayısı | % | Toplam % |
|--|---------------------------|---------------|--------------|--------------|
| Görsel Sakatlıklar | İki gözü kör | 43709 | 6.3 | |
| | Bir gözü kör | 89832 | 12.9 | 19.2 |
| İşitsel Sakatlıklar | İki kulağı sağır | 65923 | 9.5 | |
| | Bir kulağı sağır | 13311 | 1.9 | 11.4 |
| Ortopedik ve Nörovasküler Sakatlıklar | Çolak | 34747 | 5.0 | |
| | Topal | 199602 | 28.7 | |
| | Kambur | 2681 | 0.4 | |
| | Kötürüm | 62374 | 9.0 | 43.1 |
| Mental Sakatlıklar | Zihinsel ve ruhsal özürlü | 101648 | 14.6 | 14.6 |
| | | | | |
| Diğer ve Bilinmeyen | Diğer | 75193 | 10.8 | |
| | Bilinmeyen | 6051 | 0.9 | 11.7 |
| Toplam | | 695071 | 100.0 | 100.0 |

Tablo 6'yı detaylı şekilde incelediğimizde en fazla özür lülüğün % 43.1 ile ortopedik ve nörovasküler bozukluklar olduğu bunu % 19.2 ile görme özür lülerin takip ettiği sonucuna varılmıştır.

Tablo 7. 1988 Yılı, Ö zür Türlerine Gö re Türkiye'de Ö zürlü Sıklığı, (8)

| Ö zür Türleri | Prevalans | Toplam |
|----------------------------------|-------------|------------------|
| Görme Ö zürlüler | 0.2 | 110 000 |
| Konuş ma Ö zürlüler | 3.5 | 1 925 000 |
| İş itme Ö zürlüler | 0.6 | 330 000 |
| Ortopedik Ö zürlüler | 1.4 | 770 000 |
| Sürekli Hastalığı Olanlar | 1.0 | 550 000 |
| Eđ itilebilir Zekâ Gerilikleri | 2.0 | 1 100 000 |
| Ö ğ retilebilir Zekâ Gerilikleri | 0.3 | 165 000 |
| Uyumlu Zekâ Gerilikleri | 1.0 | 550 000 |
| Klinik Bakıma Muhtaç Olanlar | 2.0 | 1 100 000 |
| Toplam | 12.0 | 6 600 000 |

Tablo 7'ye göre 1988 yılında ülkemizde en sık görülen özür lülük türü konuş ma en az ise görme ile ilgili bozukluklardır.

T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve Ö zürlüler İdaresi Başkanlığınının 2002 yılında yaptığı "Türkiye Ö zürlüler Araştırması" sonuçlarına göre Türkiye'de özür lü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı % 12.29 olarak tespit edilmiştir.

Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürhümlerinin oranı % 2.58 süreğen hastalığı olanların oranı ise % 9.70 olarak bulunmuştur (Tablo 8) (60).

Tablo 8. Türkiye 2002 Özürlülük Araştırmasına Göre Özur Türü ve Özürlü Nüfus Oranı (60)

| | Ortopedik özürlü | Görme özürlü | İşitme özürlü | Dil ve konuşma özürlü | Zihinsel özürlü |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Türkiye (%) | 1.25 | 0.60 | 0.37 | 0.38 | 0.48 |
| Yaş Grubu | | | | | |
| 0-9 | 0.64 | 0.33 | 0.20 | 0.46 | 0.42 |
| 10-19 | 0.77 | 0.36 | 0.29 | 0.43 | 0.58 |
| 20-29 | 1.21 | 0.45 | 0.32 | 0.42 | 0.65 |
| 30-39 | 1.26 | 0.46 | 0.35 | 0.31 | 0.54 |
| 40-49 | 1.39 | 0.62 | 0.35 | 0.26 | 0.39 |
| 50-59 | 1.79 | 0.91 | 0.41 | 0.30 | 0.26 |
| 60-69 | 2.80 | 1.56 | 0.77 | 0.41 | 0.27 |
| 70+ | 3.94 | 2.98 | 1.70 | 0.39 | 0.31 |
| Yerleşim yeri | | | | | |
| Kent | 1.09 | 0.52 | 0.32 | 0.33 | 0.38 |
| Kır | 1.49 | 0.73 | 0.45 | 0.46 | 0.64 |
| Cinsiyet | | | | | |
| Erkek | 1.48 | 0.70 | 0.41 | 0.48 | 0.58 |
| Kadın | 1.02 | 0.50 | 0.33 | 0.28 | 0.38 |
| Bölge | | | | | |
| Marmara | 1.11 | 0.53 | 0.37 | 0.33 | 0.37 |
| Ege | 1.19 | 0.61 | 0.36 | 0.38 | 0.53 |
| Akdeniz | 1.22 | 0.58 | 0.34 | 0.38 | 0.55 |
| İç Anadolu | 1.27 | 0.63 | 0.37 | 0.38 | 0.50 |
| Karadeniz | 1.60 | 0.66 | 0.45 | 0.46 | 0.63 |
| Doğru Anadolu | 1.27 | 0.57 | 0.31 | 0.40 | 0.44 |
| Güneydoğru Anadolu | 1.25 | 0.70 | 0.36 | 0.45 | 0.45 |

Tablo 8 incelediğinde, özürllüğün yaşa göre dağılımında yaş ilerledikçe özürllük oranının arttığı sonucuna varılmıştır. Türkiye’de en fazla ortopedik özürllülerin bulunduğu ve bunların en çok 70 yaş ve üzeri nüfusta görüldüğü, özürllüğün daha çok kırsal yaşama alanlarında meydana geldiği, en fazla Karadeniz Bölgesinde oluştuğu ve ülke genelinde erkeklerde daha fazla ortaya çıktığı bulunmuştur.

Türkiye’de yapılmış olan diğer yerel çalışmalarda elde edilen özürllük prevalansları Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Türkiye’de Yapılan Özürllük Prevalansı Çalışmaları, 1987-2004

| Araştırmanın Yapıldığı Yer | Özürllü Prevalansı (%) | Araştırma Yılı | Kaynak Numarası |
|--|------------------------|----------------|-----------------|
| Ankara Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesi | 6.20 | 1987 | 87 |
| Edirne İl Merkezi | 2.28 | 1990 | 88 |
| Antalya İl Merkezi | 4.50 | 1990 | 89 |
| İstanbul İkitelli-Atatürk Mahallesi | 10.70 | 1990 | 90 |
| Silivri İlçe Merkezi | 9.00 | 1990 | 91 |
| İstanbul Beziğân Bahçe Mahallesi | 11.30 | 1990 | 92 |
| İzmir Bornova Kazım Dirlik Mahallesi | 15.99 | 1990 | 93 |
| İstanbul Eski Bağlar Mahallesi | 10.40 | 1990 | 94 |
| Ankara Park Sağlık Ocağı Bölgesi | 9.98 | 1991 | 95 |
| İstanbul İl Merkezi | 9.70 | 1998 | 96 |
| Diyarbakır İl Merkezi (55 Yaş ve Üzeri Bireylerde Özürllük ve Kronik Hastalık Sıklığı) | 18.50 | 2000 | 97 |
| Isparta İl Merkezi | 12.70 | 2002 | 98 |
| Bolu-Kürkçüler | 23.60 | 2002 | 99 |
| Bayraklı 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesi | 6.80 | 2003 | 6 |
| Afyon’un Çay İlçesi (Ortopedik Özürllülerin Sıklığı) | 0.53 | 2004 | 100 |

Tablo 9 incelendiğinde Türkiye’de aynı yıllarda yapılan çalışmalarda sonuçlar oldukça farklılık göstermektedir. 1990 yılında Edirne’de yapılan çalışmada özürllük prevalansı % 2.28, Silivri’de % 9.00, İstanbul’da ise % 11.30 olarak tespit edilmiştir.

2.7. Özürlülerin İstihdamı ve Türkiye'deki Durum

Gelişmiş ülkelerde insanların sosyal güvenlikleri büyük ölçüde ele alınmış ve kanunlarla işlerlik kazandırılmıştır. Günümüzde istihdam ve istihdamın yaygınlaştırılması, sosyal güvenlikle birlikte ortaya çıkan önemli sorunlardan biridir. Türkiye'de gözlenen teknolojik alandaki gelişmeler ve ekonomik büyümede sağlanan somut başarılarla rağmen istihdam sorunu önemini ve önceliğini korumaktadır. Türkiye gibi genel bir istihdam sorununun kronikleştiği bir ülkede özürlülerin istihdam sorununun çözülmesi oldukça güç olmaktadır. Ancak bütün güçlüklerle rağmen küçümsemeyecek bir nüfusa sahip olan özürlüler için işsizlik sorunlarına yönelik olarak, ek imkânlar sağlanması ve devletin en kısa sürede bu sorunları çözümüye yoluna gitmesi gerekir (101).

Türkiye'nin gelişen bir ekonomisi; genç ve dinamik bir nüfusu vardır. Başbakanlık Özürlüler İdaresi ve Devlet İstatistik Enstitüsünün 2002 yılında yaptığı "Türkiye Özürlüler Araştırması" sonuçlarına göre 68 milyon 622 bin 559 olan toplam Türkiye Nüfusunun 8 milyon 431 bin 937'sini özürlü nüfus oluşturmaktadır (% 12.29). Özürlü olan nüfusun 3 milyon 783 bin 197'si erkek, 4 milyon 648 bin 740'ı kadındır. Cinsiyet bazında özürlülük oranı erkekler için %11.10, kadınlar için %13.45'dir. Başbakanlık Özürlüler İdaresi ve DİE'nin yaptığı özürlülük sınıflamasına göre 8,5 milyon özürlünün %1,5'i ortopedik, % 0,60'ı görme, % 0,37'si işitme, % 0,38'i dil ve konuşma, % 0,48'i zihinsel özürlüdür. Bu gruptakilerin, % 9.70'i de diğer özürlü gruplarında (ruhsal ve kronik süreğen hastalığı olanlar) bulunmaktadır (102).

Türkiye'de özürlülerle ilgili mevzuat incelendiğinde Cumhuriyet döneminde toplumun refahını ve insan değerini ön planda tutan bir düşüncenin varlığı ve sosyal hukuk devleti anlayışı içinde, eşitlik ilkesi çerçevesinde, özürlülerin kanunlar karşısında tüm vatandaşlara tanınan kanuni hak ve görevlere sahip oldukları ifade edilmiş, çıkartılan çeşitli Anayasa ve yasalarda özürlüleri koruyucu hükümler yer almış, çıkartılan özel yasalarla da özel eğitimleri, çalışma hayatına katılımları ve sosyal yardımlardan yararlanmaları güvence altına alınmıştır. 16 Mayıs 1987 yılında çıkartılan 19402 sayılı "Sakatların İstihdamı Hakkında Tüzük"ün 2. maddesine göre, bedensel özürlüleri yüzünden çalışma güçlerini %40 ile %70'i arasında kaybedenler ile % 70'inin üstünde kaybetmiş olduğu halde bir işte verimli çalışabilecekleri sağlık kurulu raporuyla belgelenenlerin istihdamının sağlanması

öngörölmüştür. Bu doğrultuda 1475 sayılı İş Kanununun 25. Maddesinin 1. Fıkrası, işverenleri, özürlü kimseyi meslek, beden ve ruhsal durumlarına uygun bir işte çalıştırmakla yükümlü tutmuştur. Tüzüğün 1997 tarih ve 22869 sayı ile değiştirilen 1. maddesinde “*çalışma gücünün en az % 40’ından yoksun olduğu sağlık kurulu raporu ile belgelenenler sakat sayılır*” ibaresi yer almıştır. 01.07.1976 tarihinde kabul edilen ve 10.07.1976 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan “65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz türk vatandaşlarına aylık bağlanması” hakkındaki 2022 sayılı kanun ile çalışma gücünden mahrum ve durumlarına uygun bir işe yerleştiremeyen 18 yaşını doldurmuş özürlülere hastanelerden alınacak kalıcı iş görmezlik raporu doğrultusunda özürlü aylığı bağlanmaktadır (103).

“Özürlü ve Eski Hükümlülerin İstihdamıyla İlgili Yasa” da yapılan değişikliklerle yeni düzenlemelere gidilmiştir. Önceleri işverenlerin işyerlerinde çalıştıracakları özürlü sayısı en az 50 işçiye karşılık % 2 oranında iken, bu oranın yetersizliği nedeniyle 25.8.1971 tarihli ve 1475 sayılı (eski) İş Kanununun 25. Maddesinin (B) fıkrasının birinci ve ikinci bentlerindeki %2 oranı değiştirilerek, 50 ya da daha fazla işçi çalıştıran işyerlerinde % 3 oranında özürlü kimseyi uygun bir işte çalıştırmakla işverenleri yükümlü tutmuştur (Md.2). Böylece ölkemizde daha çok özürlünün istihdam edilmesine yardımcı olmak amacıyla kota tekniği uygulamasına geçilmiştir. 22.05.2003 tarihinde kabul edilen 4857 sayılı Yeni İş Kanunu ile bu konuda yeni bir düzenleme yapılmıştır. İlgili kararname ve yönetmeliğe göre, daha önceki 1475 sayılı İş Kanununda yer alan özürlü ve eski hükümlü çalıştırma zorunluluğuna ait düzenlemelerin yerine “özürlü, eski hükümlü ve terör mağduru çalıştırmanın zorunluluğu” getirilmiştir. Anılan madde hükmüne göre işverenler 50 ve daha fazla işçi çalıştıran işyerlerinde, Bakanlar Kurulunca belirlenecek oranlarda özürlü ve eski hükümlü ile Terörle Mücadele Kanunu uyarınca istihdamı zorunlu olan terör mağduru işçiyi bedensel ve ruhsal durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlü tutmuştur. Bir iş yerinde, bu kapsamda çalıştırılacak işçilerin miktarının o işyerindeki toplam işçi sayısına oranı % 6 olarak belirlenmiştir. Ancak özürlüler için belirlenecek oranın toplam oranın yarısından az olmaması belirtilmiştir. 08.03.2004 tarihli Bakanlar Kurulu kararına göre kamu işyerlerinde % 4, özel sektör işyerlerinde % 3 özürlü çalıştırmak zorunlu tutulmuştur (103).

2.8. Özürlülükten Korunma

Özürlülükten korunmak için öncelikle özürlülük sıklığı, türleri ve nedenlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Özürlülükten korunma üç başlık altında incelenebilir (9, 93, 104):

1. Primer korunma: Sağlam bir kişinin, bir hastalığın etyolojisinde rol oynayan etmen (risk faktörü) ile henüz karşılaşmamış iken, o etmenle hiç karşılaşmamasını ya da karşılaşsa bile ondan etkilenmemesini sağlamak üzere yapılan işlerdir (10). Kişisel yada toplumsal düzeyde sağlığı geliştirmek amacıyla, aşılama, dengeli beslenme, çevrenin güvenli hale getirilmesi, fiziksel ve duygusal yönden iyi durumda olmak için gereken önlemlerin alınması sayılabilir. Primer korumada yapılabilecekler;

- Temiz su ve çevre sağlığı yatırımlarının sağlanması,
- Bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama,
- Toplum sağlık eğitimi,
- Gebe çocuk izlem eğitimi, uygun koşullarda doğum ve uygun çocuk yetiştirme pratiklerinin araştırılması,
- Toplumun fiziksel sağlığı,
- Hijyen ve beslenmenin geliştirilmesi,
- Alkol, psikotrop ilaç ve sigara kullanımının kısıtlanması,
- Kongenital hastalıkları önlemek için gebeliğe son verilmesi,
- Kaza sayısını azaltma ve mesleki sağlık problemlerini yok etmek için yasalar,
- Terapötik ilaç yan etkilerinin kontrolü,
- Eğitim düzeyinin geliştirilmesi,
- Çocuklara yapılan kötü davranışların engellenmesine yönelik çalışmalar

2. Sekonder korunma: Erken tanı hizmetleri olarak da bilinir. Kişi hastalık belirtilerinin farkına varmadan ya da bir hastalığın klasik tablosu yerleşmeden önce, kişiyi çalışmaktan alıkoymayan, ona acı ve sıkıntı vermeyen silik belirtilerin bulunduğu presemptomatik dönemde hastalığın tanılanmasıdır (10). Sekonder korunma, hastalık ve yetersizliklerin özürlülük şekline dönüşmemesi için alınan önlemleri içerir. Gelişmekte olan ülkelerde sekonder korumanın özürlülük şiddet ve insidansını şimdiki düzeyden % 10-20 oranında azaltacağı tahmin edilmektedir. Bu korumada yapılabilecekler:

- Uygun ilaçlarla erken dönemde tedavi (lepra, tüberküloz, kulak enfeksiyonları, epilepsi, psikoz, hipertansiyon, diyabet gibi),
- Kronik hastalıkların uygun tanı ve tedavisi,
- Gerekli cerrahi tedavinin erken dönemde yapılması (yara, kırıkların tedavisi, katarakt operasyonu gibi) ve özrürlük potansiyeline sahip durumlarda mümkün olduğunca erken rehabilitasyon başlatılması,
- Yenidoğan döneminde rastlanılan metabolik sorunların (hipokalsemi, hipoglisemi, hipotermi vb) erken tanı ve tedavisi.
- Gebelik öncesi anne ve babanın kan gruplarının belirlenmesi, yenidoğan sarılığı yönünden bebeklerin izlenmesi,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıkların erken tanı ve tedavisi,
- Psikolojik destek,
- Taramalar (fenilketonüri, talasemi, hipotridi vb)

3. Tersiyer korunma: Primer ve Sekonder koruma olanaklarından yararlanamamış, teşhiste geç kalınmış hastalarda, en iyi tedavi ve rehabilitasyon olanaklarının kullanımınıdır (10).Bu korunma özellikle rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Fizyoterapist, iş-uğraşı terapisti, konuşma terapisti, psikologlarla yapılan tedaviler, özrürlülerin eğitilmesi, ortez-protez gibi yardımcı cihazların sağlanması, sosyal, mesleki rehberlik ve danışmanlık, belli grupların (örn: kör ve sağır)ın) eğitimi, toplum ve ailenin eğitimi, özrürlüğe uygun konut ve transport sistemlerinin sağlanması tersiyer koruma içinde yer almaktadır. Rehabilitasyon üç aşamada gerçekleştirilmektedir;

- Tıbbi rehabilitasyon: Amaç özrürlü kişinin fiziksel kapasitesini artırarak günlük yaşamda olanaklı olan en fazla işlevsel bağımsızlığa ulaşmasını sağlamaktır.
- Sosyal rehabilitasyon: Amaç özrürlü kişinin sosyal ve kültürel etkinliklere katılmasını sağlamaktır.
- Mesleki rehabilitasyon: Amaç özrürlü kişinin mesleğini sürdürebilmesini sağlamak ya da yeni bir işe yönlendirmektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Bölgesi ve Özellikleri

Aydın; Doğu Avrupa, Orta Asya ve Orta Doğu üçgeninin tam ortasında yer alan, Türkiye'nin tarım, sanayi ve dış ticaret ile turizm faaliyetlerinin bir arada bulunduğu, ekonomisi gelişmiş Ege Bölgesi'nde yer alan bir şehirdir. Aydın İli ilk çağlardan beri verimli toprakları, elverişli iklimi, ticaret yolları üzerinde bulunması nedeniyle önemli bir yerleşim merkezi olmuştur. Tarihi bir süreç içerisinde çeşitli uygarlıklara beşiklik etmiş, bugün hala geçmişin derin izlerini taşıyan güzel yurt köşelerimizden biridir. Günümüzde de tarım ve turizm faaliyetlerin yoğunluğu ve çeşitliliği ilin önemini giderek artırmaktadır (105, 106).

Aydın coğrafik olarak, Anadolu'nun batısında, Ege Bölgesinin güney batı kesiminde kıyı Ege bölümündedir. Kuzeyinde İzmir, Manisa, doğusunda Denizli, güneyinde Muğla ve batısından Ege Denizi ile çevrilidir. Batı doğrultusunda uzanan Büyük Menderes vadi tabanı, yer yer genişleyip-daralarak, il toprakları boyunca uzanır. Büyük Menderes ovası, Batı Anadolu'nun en geniş ovasıdır. Kuzeyde, Aydın Dağları'nın ovaya bakan yamaçları, güneyde Dandalas Çayı, Akçay ve Çine Çayı'nın vadi tabanları ile bu vadiler arasında yer alan Karıncalı, Madran ve Beşparmak dağ kütlelerinin büyük bölümleri de Aydın İli sınırları içine girer (105, 106).

Büyük Menderes vadi tabanı ve her iki yanında uzanan dağlar, batıda Ege kıyısında son bulur. Kolayca aşınabilen kütlelerden oluşmuş bu dağlar, dar ve derin vadilerle parçalanmıştır. Yamaçları ve vadileri zeytinliklerle, daha yukarıları ormanlarla kaplıdır. Yükseklikleri fazla olmamasına rağmen geçit vermezler. Bu nedenle Aydın-İzmir karayolu ve demiryolu bu dağların eteklerini izleyerek, Ovacık ve Gümüş Dağı arasındaki vadiden Selçuk'a ulaşır (105).

Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre, 1927 yılında Türkiye'nin 63 ilinin toplam nüfusu 13 648 270 iken, Aydın İli'nin nüfusu 211750 olarak tespit edilmiş ve Aydın İli nüfus büyüklüğü açısından 26. sırada yer almıştır. Aydın'ın yüzölçümü 7851 kilometrekare ile Türkiye'nin yaklaşık % 1'ini oluşturmaktadır. Aydın'da kilometrekareye düşen kişi sayısı 1927 yılında yaklaşık 28 kişi iken, 2000 yılında 121 kişiye yükselmiştir (105). TÜİK 2007 yılı

adrese kayıtlı nüfus sitemine göre Aydın il merkezinin nüfusu 536.758 kişi olarak tespit edilmiştir (107).

Aydın ilinde sağlık hizmetleri merkez ilçede dokuz adet Sağlık Ocağı, iki Devlet Hastanesi ve bir Üniversitesi Hastanesi ile verilmektedir. Bunlara ek olarak Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi (AÇSAP), Verem Savaş Dispanseri, Sıtma Savaş Merkezi, Doğumevi, Belediye Halk Sağlığı Polikliniği, Halk Sağlığı Laboratuvarı, Kanser Tanı ve Tarama Merkezi ve Özel Dal Hastaneleri olmak üzere çeşitli kurumlar bulunmaktadır.

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü 2006 verilerine göre İl genelinde 292 pratisyen hekim, 239 hemşire, 457 ebe sağlık hizmetlerini yürütmek için görev yapmaktadır.

Aydın ilinde bulunan özürlülük ile ilgili kurum ve kuruluşlar, İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğüne bağlı Spastik Özürlüler Rehabilitasyon Merkezi, Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı Hacı Kadriye Arslan Rehberlik ve Araştırma Merkezi, Zihinsel Engelliler Spor Federasyonu, İşitme Engelliler Spor Kulübü, Aydın Şehit ve Gazi Yakınları Sosyal Kültürel Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı ve Sakatlar Derneğidir.

Aydın ilinde bulunan özürlülük ile ilgili eğitim veren kurumlar aşağıda belirtilmiştir.

- Aydın Merkez Hacı Hüseyin Arslan Eğitim Uygulama Okulu ve İş Eğitim Merkezi(Zihinsel-Öğretilebilir)
- Aydın Merkez Atatürk İlköğretim Okulu ve İş Okulu(Zihinsel-Eğitilebilir)
- Aydın Nazilli İlçesi Özel Eğitim İlköğretim Okulu(Zihinsel-Eğitilebilir)
- Aydın Bozdoğan İlçesi Şair Fethi Bey İşitme Engelliler Okulu
- Aydın Söke İlçesi Kıryarlar Eğitim Uygulama Okulu ve İş Eğitim Merkezi (Zihinsel-Öğretilebilir)

Ek olarak Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı 12 adet Özel Eğitim Merkezi ve bünyesinde özel eğitim sınıfı açılması planlanan 35 resmi okul bulunmaktadır.

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü ve Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 1998 ve 2003 verilerine göre Türkiye ve Aydın İli'nin demografik yapıları Tablo 10'da özet olarak karşılaştırılmıştır.

Tablo 10. Aydın İlinin Demografik Yapısı

| | TNSA 1998 | TNSA 2003 | AYDIN 2006 |
|-----------------------------------|-----------|-----------|------------|
| Kaba Doğum Hızı (‰) | 23.4 | 19.7 | 12.8 |
| Kaba Ölüm Hızı (‰) | 8.3 | - | 4.4 |
| Genel Doğurganlık Hızı (‰) | 94 | 79 | 48.7 |
| Bebek Ölüm Hızı (‰) | 43 | 29 | 12.1 |

3.2. Araştırmanın Tipi

Çalışma, kesitsel, tanımlayıcı bir araştırma olup, dört aşamadan oluşmaktadır;

1. Aşama: Aydın İl merkezinde özürlülük sıklığının, türlerinin ve diğer epidemiyolojik özelliklerin tespit edilmesi,
2. Aşama: Tespit edilen özürllüer için 2001 yılında DSÖ tarafından geliştirilmiş “İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslar arası Sınıflandırılması” (ICF) nın kullanılması,
3. Aşama: Mevcut özürlülük sınıflamalarının ve örnek seçimi kısıtlılıklarının ortaya konması ve ICF’in kullanımı ile ortaya çıkacak farklılıkların irdelenmesi,
4. Aşama: Özürlülük sınıflamasına yönelik model önerisi sunulması.

3.3. Araştırma Evreni ve Örnek Seçimi

Bu çalışmanın evrenini Aydın İli Belediye sınırları içinde yaşayan kişiler oluşturmaktadır. Aydın İl Sağlık Müdürlüğü’nün, sağlık ocakları ev halkı tespitlerine göre belirlenen verilerinde, 2006 yılı belediye sınırları içindeki nüfusu 167.056 kişidir.

Örnek seçimi için Tablo 11’de gösterilen formül kullanılarak örnek büyüklüğü saptanmıştır. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve Özürllüer İdaresi Başkanlığı’nın 2002 yılında yapmış oldukları “Türkiye Özürllüer Araştırması”na göre Türkiye’deki özürlülük sıklığı % 12.29 olarak belirlenmiştir. Bu sebeple örnek büyüklüğü hesabı yapılırken kullanılan formüllerde özürlülük prevalansı % 12.00 olarak alınmıştır. Çalışmada özürlülük prevalansını belirlemek için kullanılan örnek büyüklüğü %95 güven aralığında ve %1 standart hata ile hesaplanmıştır.

Tablo 11. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışması İçin Örnek Büyüklüğünün Hesaplanması, Aydın, 2006-2007 (108)

$$n = (t^2 \cdot p \cdot q / d^2) \cdot D \cdot R = [(1.96)^2 \times 0.12 \times 0.88 / (0.01)^2] \cdot 1 \times 1.1 = 4462$$

n= Örneklem büyüklüğü

t = (1-∞) (% 95 güven düzeyinde t tablosunda en büyük serbestlik derecesi için (sonsuz) bulunan değer)

p = Özürlülük prevalansı

q = İncelenen olayın meydana gelmeme olasılığı (1-p)

d = Tolere edilebilecek hata genişliği

D = Desen etkisi

R = Cevaplamama etkisi

Yapılan hesaplamalar sonucunda çalışmada kullanılacak örnek büyüklüğü 4462 kişi olarak bulunmuştur. 2005 yılında Aydın İli'nde ortalama hane halkı büyüklüğü 3.8 olarak bildirilmiştir. Buna göre anket yapmak amacıyla gidilecek hane sayısı 1174 olup, hesaplamaları kolaylaştırmak amacıyla örnek büyüklüğü 1200 hane olarak belirlenmiştir.

Aydın İl Merkezinde Belediye'ye bağlı 24 mahalle bulunmaktadır. Hesaplanan 1200 hanenin mahallere göre dağılımı ve her bir mahallede gidilecek olan hane sayılarının hesaplanması için uzman desteği alınmıştır. Mahallelere göre gidilecek hane sayıları tespit edildikten sonra sağlık ocaklarındaki Ev Halkı Tespit Fişlerinden sistematik örnekleme yöntemiyle hane isim ve adresleri tespit edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

- Özürlülük durumu
- Özur türleri
- Özürlü kişilerin günlük yaşam aktiviteleri durumu
- On sekiz yaş ve üstündeki özürlü kişilerin WHO-DAS II ölçeği ile belirlenen durumları
- Özürlü kişilerin başka bir bireye ya da yardımcı cihaza gereksinim durumları

3.5. Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

- Yaş
- Cinsiyet
- Eğitim
- Çalışma durumu ve meslek türü
- Sosyal güvence
- Anne ve baba arasındaki akrabalık
- Doğuştan veya sonradan meydana gelen özür nedenleri
- Özürlü birey için hizmetler (Sağlık, Bakım-Rehabilitasyon vb.)
- Özürlü bireyin beklentileri ve kurumsal yardım

3.6. İzinler

Dört aşamadan oluşan araştırmada saha çalışmaları için, Aydın İl Sağlık Müdürlüğü ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurul Başkanlığı'ndan (Ek 1 ve Ek 2) gerekli olan izinler alınmıştır. Ayrıca Aydın İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü, Aydın İl Özel İdare Müdürlüğü, Aydın Belediyesi ve Sakatlar Derneği'nin de desteğini almak amacı ile ilgili kurumlar bilgilendirilmiştir.

3.7. Veri Toplama Araçları

Çalışmada kullanılan veri toplama araçları, Ekim 2006-Mayıs 2007 tarihleri arasında yaklaşık sekiz ay Aydın İli Belediye sınırları içinde 10 kişilik anket ekibi ile birlikte uygulanmıştır. Anket yapacak ekibin seçiminde özellikle iletişim becerisi ve eğitim durumu göz önüne alınmıştır. Ön elemelerden sonra sahaya çıkacak ekibe eğitim verilmiş ve ön testler gerçekleştirilmiştir. Adı geçen eğitimlerde anket ekibine araştırmanın amacı, anket uygulama yöntemleri ve uygulamada karşılaşılabilecek sorunlar ile çözüm önerileri anlatılmıştır. Anketlerin düzenli bir şekilde ilerlemesi ve disiplini sağlamak amacıyla diğer ekip üyelerini denetleyen bir saha denetmeni seçilmiştir. Daha sonra anket ekibine araştırma evreni dışında kalan iki mahallede ön uygulama yaptırılmış ve elde edilen veriler birlikte değerlendirilmiştir. Hem ön uygulama hem de çalışma süresince ortaya çıkan aksaklıkları gidermek ve çözüm yolları bulmak amacıyla günlük durum değerlendirme toplantıları gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada, hanede yaşayan erkekler gündüzleri çoğunlukla işte oldukları için, görüşmelere akşamları ya da hafta sonları gidilmeye çalışılmıştır.

Araştırmada veri toplamak amacı ile gidilen hanelere Başbakanlık zrller İdaresi ile Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı tarafından hazırlanan ve 2002 yılı ‘‘Türkiye zrller Araştırması’’nda uygulanan ‘‘Hane Halkı Soru Kağıdı’’ (HHSK) ve ‘‘zrl Birey Soru Kağıdı’’ (BSK) ile DSÖ tarafından oluşturulan ‘‘WHO DAS-II’’ leği uygulanmıştır. HHSK (Ek 3) tüm hanelere, BSK (Ek 4) ilk anketin sonunda zrl olduğu saptanan kişilere, WHO DAS-II (Ek 5) leği ise 18 yaş ve üstündeki zrl bireylere uygulanmıştır. HHSK uygulaması anket ekibi tarafından, BSK ve WHODAS-II leğinin uygulaması ise araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Her iki anket yaklaşık 25 dakika, WHO DAS-II leği ise 40 dakika sürmüştür.

Hane Halkı Soru Kağıdı (HHSK)

Bu anket kapsamındaki sorular hanede yaşayan bütün bireylere sorulmuştur. Özür durumu sorusuna ‘‘evet’’ yanıtını verenlere ikinci anket uygulanmıştır. Soru kağıdında yer alan bölümler şunlardır;

- Sosyodemografik değişkenler,
- İş arama durumu,
- Süreğen (kronik) hastalık,
- Özür durumu

Özürlü Birey Soru Kağıdı (BSK)

Bu bölümdeki sorular zrl bireylere sorulmuştur ve aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır;

- Sosyodemografik değişkenler,
- İş arama durumu,
- Özürlü birey için hizmetler (Sağlık, Bakım-rehabilitasyon vb.),

- Özürlü bireyin beklentileri ve kurumsal yardım,
- Özur türleri,
- Özur nedenleri (doğuştan ve ya sonradan),
- Özur durumuna yönelik tedavi olup-olmadığı, cihaz kullanma durumu,
- Özürlü bireyin günlük yaşamda karşılaştığı sorunlar.

Hane halkı ve özürlü birey soru kâğıdı uygulanırken şu noktalara dikkat edilmiştir;

1. Süreğen (kronik) hastalıkları olan özürlü bireyleri değerlendirenken daha önce bir sağlık kuruluşunda tanı konmuş ve hala rahatsızlığın devam ediyor olmasına dikkat edilmiştir. Süreğen (kronik) hastalığı bulunan 18 yaş ve üzerindeki bireylere WHODAS-II ölçeğı uygulanmıştır.
2. Ortopedik özürlü olarak, herhangi bir yardımcı alet/cihaz kullananlar ile şekilsel bozukluğu yada organ yokluğu olanlar değerlendirmeye alınmıştır.
3. Görme bozuklukları değerlendirilirken, gözlüğünü çıkardığı zaman görme fonksiyonunu kaybedenler, işlerini yapamayacak derecede tamamen görme kaybı olan kişiler ile şaşılık gibi bozuklukları olanlar özürlü kabul edilmiştir, hafif ve orta derecede görme bozukluğu olanlar çalışmada klinik muayene aşaması olmadığı için değerlendirmeye alınmamıştır.
4. İşitme özürlü olarak tamamen işitme kaybı olanlar, konuşulanları anlamayacak şiddette işitme bozukluğu olanlar, işitme cihazı kullananlar ya da daha önce bir sağlık kuruluşunda tanı konmuş olanlar çalışmaya dahil edilmiştir.
5. Dil ve konuşma bozukluğu olan özürlü bireylerden, tamamen konuşma kaybı olanlar ile konuşmasında bazı harfleri söyleyemeyenler yada kekeme vb bozukluğu olanlar değerlendirmeye alınmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü-Yetiyitimi Ölçeği/Disability Assessment Shedule (WHODAS-II)

ICF, Tablo 4'te belirtildiği gibi temel olarak İşlevler ve Yetiyitimi ve Bağlamsal Etmenler olmak üzere iki bölümden oluşur. İşlevler ve yetiyitimi bölümünün Vücut İşlevleri ve Yapıları ile Etkinlikler ve Katılım, Bağlamsal Etmenler bölümünün ise Çevresel Etmenler ve Kişisel Etmenler olmak üzere iki alt bölümü vardır.

ICF sınıflama sisteminde işlevler ve yetiyitimi bölümünün etkinlikler ve katılım alanı WHO-DAS II ölçeği kullanılarak belirlenir. WHO-DAS II özürülüğün ölçülmesi ve uluslar arası karşılaştırmalar için DSÖ tarafından geliştirilen bir ölçektir. 18 yaş ve üstü kişiler için hazırlanmıştır. Bu ölçek, bireyin belli faaliyetleri yaparken ne kadar güçlük çektiğini tespit etmeye çalışmaktadır ve bir çok kültürde ortak olarak önemli sayılan faaliyetleri içeren altı alandan oluşmaktadır (109, 110). WHODAS II'nin geçerlilik ve güvenilirliği 1999 yılında 14 ülke ve 16 merkezde test edilmiştir, çeşitli toplum ve kültürlerde kullanılmak üzere tasarlanmış ve 15 dile çevrilmiştir (6). Ayrıca Türkçe'ye uyarlama çalışması ve Türkiye'de ki geçerlilik çalışması da yapılmıştır (111, 112). Ölçeğin 36,12 ve 12+24 soruluk düzenlemeleri vardır. Kişilere sağlık durumu nedeniyle etkinlik yada işlerinde çektiği güçlük sorulur. Güçlük denince daha fazla çabanın gerekmesi, rahatsızlık yada ağrının duyulması, yavaşlama ve işleri her zaman ki gibi yapamama anlaşılmalıdır. Bu güçlükler; hastalıklara, yakınmalara, yaralanmalara, zihinsel ve ruhsal alkol yada madde ve ilaç alışkanlığıyla ilgili sorunlara bağlı olmalıdır. Sorgulama geride kalan 30 günlük dönem içindir. Bu ölçeğe göre alan bilgileri altı bölümde irdelenmekte olup, şu şekilde belirtilmektedir;

1. ALAN: Anlama ve İletişim Kurma

- Bir işe dikkatini verebilme
- Anımsama
- Sorun çözümü
- Yeni işler öğrenme
- Anlama

2. ALAN: Hareket Etme, Bir Yerden Bir Yere Gitme

- Ayakta durma
- Beden duruşunu değiştirme
- Evin içinde dolaşma

- Evden dışarı çıkma
- Uzun mesafe yürüme

3. ALAN: Kendine Bakım

- Banyo yapma
- Giyinme
- Beslenme
- Yalnız kalma

4. ALAN: İnsan İlişkileri

- Yabancılarla iletişim
- Arkadaşlığı sürdürme
- Tanıdıklarla iletişim
- Arkadaş edinme
- Cinsel etkinlik

5. ALAN: Yaşam Etkinlikleri

- Evle İlgili Etkinlik
 - Evle ilgili sorumluluklar
 - Evde önemli görevler
 - Ev işlerini bitirme
 - Ev işlerini hızlı yapma
- İşle ya da Okul İle İlgili Etkinlikler
 - Her günlük işleri yürütme
 - Önemli görevlerin yapılması
 - Tüm işleri bitirme
 - İşleri zamanında bitirme

6. ALAN: Toplumsal Yaşama Katılım

- Toplumsal etkinliklere katılma
- Çevredeki engeller nedeniyle sorunla karşılaşma
- Özsaygıyı yitirmeden yaşayabilmek
- Sağlık için harcanan süre
- Sağlık nedeniyle duygusal etkilenim

- Sağlık nedeniyle ekonomik etkilenim
- Sağlık nedeniyle ailenin sorunla karşılaşması
- Kendi başına dinlenmek ve eğlenmek

WHODAS II’de Alan bilgileri Likert ölçeğine göre ‘‘Hiç, Biraz, Orta, Çok Fazla, Aşırı/Hiç Yapamıyorum’’ olarak değerlendirilmiştir. Alanların her birinin aldığı alt değerler ve toplam değerler Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. WHODAS-II Alanlar ve Alan Değerleri

| ALANLAR | ALAN DEĞERLERİ | | | | |
|---|----------------|-------|------|-----------|-----------------------|
| | Hiç | Biraz | Orta | Çok Fazla | Aşırı/Hiç Yapamıyorum |
| ALAN 1. Anlama ve İletişim Kurma | | | | | |
| Bir İşe Dikkatini Verebilme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Anımsama | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sorun Çözümü | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Yeni İşler Öğrenme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Anlama | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| İletişim | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Toplam Alan Değeri | | | | | 20 |
| ALAN 2. Hareket, Bir Yerden Bir Yere Gitme | | | | | |
| Ayakta Durma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Beden Duruşunu Değiştirme | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Evin İçinde Dolaşma | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Evden Dışarı Çıkma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Uzun Mesafe Yürüme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Toplam Alan Değeri | | | | | 16 |
| ALAN 3. Kendine Bakım | | | | | |
| Banyo Yapma | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Giyinme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Beslenme | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Yalnız Kalma | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Toplam Alan Değeri | | | | | 10 |
| 4. ALAN İnsan İlişkileri | | | | | |
| Yabancılarla İletişim | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Arkadaşlığı Sürdürme | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Tanıdıklarla İletişim | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Arkadaş Edinme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Cinsel Etkinlik | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Toplam Alan Değeri | | | | | 12 |
| ALAN 5. Yaşam Faaliyetleri | | | | | |
| Ev İşlerini Hızlı Yapma | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Evle İlgili Evle İlgili Sorumluluklar | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Etkinlikler Evde Önemli Görevler | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Ev İşlerini Bitirme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Toplam Alan Değeri | | | | | 10 |
| Tüm İşleri Bitirme | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| İşle ya da Okul Her Günkü İşleri Yürütme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| İle İlgili Önemli Görevlerin Yapılması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Etkinlikler İşleri Zamanında Bitirme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Toplam Alan Değeri | | | | | 14 |
| ALAN 6. Toplumsal Yaşama Katılım | | | | | |
| Toplumsal Etkinliklere Katılma | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Çevredeki Engeller Nedeniyle Sorunla Karşılaşma | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Özsaygıyı Yitirmeden Yaşayabilmek | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Sağlık İçin Harcanan Süre | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sağlık Nedeniyle Duygusal Etkilenim | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Sağlık Nedeniyle Ekonomik Etkilenim | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Sağlık Nedeniyle Ailenin Sorunla Karşılaşması | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Kendi Başına Dinlenmek ve Eğlenmek | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Toplam Alan Değeri | | | | | 24 |
| WHODAS II TOPLAM DEĞERİ | | | | | 106 |

3.8. Ön Uygulama

Çalışmada oluşabilecek aksaklıkları görmek ve çözüm yollarını bulabilmek amacıyla araştırma bölgesi dışında kalan Aydın İli Umurlu Beldesinde Mayıs-Haziran 2006 tarihleri arasında 196 kişi (54 hane)'de araştırmacı tarafından ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Örnek büyüklüğü Devlet İstatistik Enstitüsü ve Başbakanlık Özürlüler İdaresinin 2002 yılında yapmış olduğu araştırma sonucu olan %12.29 prevalans baz alınarak %95 güven aralığı ve %5 standart hata ile hesaplanmıştır. Mahallelerdeki hane sayılarını belirlemek için tabakalı örnekleme yöntemi, hangi hanelere gidileceğini belirlemek için ise sağlık ocaklarındaki ETF'lerden sistematik örnekleme yöntemi ile seçim yapılmıştır. Ön uygulamada Bölüm 3.7'de belirtilen veri toplama araçları denenmiştir. Sonuçlar SPSS 11.5 istatistik programında değerlendirilmiştir. Ön uygulamada ilk olarak özürlülük sıklığı saptanmıştır. Tespit edilen özürlülere ÖBSK ve WHO-DAS-II ölçeği uygulanmıştır. Bu uygulama kapsamında birinci ankete hanede yaşayan kişi sayısı ve hane kodu bölümlerinin eklenmesi gerektiği kanısına varılmıştır. Ayrıca WHO DAS- II ölçeğindeki soruların hanede yaşayan kişiler tarafından çok iyi anlaşılmadığı fark edilmiş ve soruların üç kez tekrar edilmesi gerektiğine ve üç kez sorulduğu halde cevap alınamıyorsa soruların cevaplarının boş bırakılmasına karar verilmiştir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri bilgisayar ortamında ve SPSS 11.5 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı ve yüzde dağılımlar gösterilmiş; ortalama±standart sapma verilmiştir. Analitik analizde ki-kare, Fisher'in kesin ki kare testi, Student's t-testi, Kruskal Wallis Varyans analizi kullanılmıştır. $\alpha=0,05$ olarak alınmıştır.

3.10. Zaman Çizelgesi

| | 2005 (Aylar) | | 2006 (Aylar) | | | | | | 2007 (Aylar) | | | | | | 2006 (Aylar) | | |
|--|---------------|-----------------|---------------|---------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|------------------|
| | Eylül Ekim | Kasım Aralık | Ocak Şubat | Mart Nisan | Mayıs Haziran | Temmuz Ağustos | Eylül Ekim | Kasım Aralık | Ocak Şubat | Mart Nisan | Mayıs Haziran | Temmuz Ağustos | Eylül Ekim | Kasım Aralık | Ocak Şubat | Mart Nisan | Mayıs Haziran |
| PLANLAMA AŞAMASI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tez önerisinin hazırlanması | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Literatür tarama | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gerekli izinlerin alınması | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anket formlarının hazırlanması | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ön uygulamanın yapılması | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Örnek seçimi | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UYGULAMA AŞAMASI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anket formlarının çoğaltılması | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I. Anketin uygulanması | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II. Anket ve WHODAS-II Ölçeğinin uygulanması | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Zaman çizelgesi (devam)

| | 2005 (Aylar) | | 2006 (Aylar) | | | | | | 2007 (Aylar) | | | | | | 2006 (Aylar) | | |
|---|---------------|-----------------|---------------|---------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|------------------|-------------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|------------------|
| | Eylül Ekim | Kasım Aralık | Ocak Şubat | Mart Nisan | Mayıs Haziran | Temmuz Ağustos | Eylül Ekim | Kasım Aralık | Ocak Şubat | Mart Nisan | Mayıs Haziran | Temmuz Ağustos | Eylül Ekim | Kasım Aralık | Ocak Şubat | Mart Nisan | Mayıs Haziran |
| ANALİZ AŞAMASI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verilerin analizi | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RAPOR AŞAMASI | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Araştırma raporunun yazılması, basılması ve sunulması | | | | | | | | | | | | | | | | | |

3.11. Araştırma Bütçesi

| | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| I. Form geliştirme ve basım | : 1000 YTL (14500 adet) |
| II. Anket ekibi | : 1000 YTL |
| III. Uygulama | : 1000 YTL |
| IV. Tezin basılması | : 500 YTL |
| V. Diğer (kırtasiye, telefon vb.) | : 500 YTL |
| Toplam Gider | : 4000 YTL |

3.12. Araştırmanın Kısıtlılıkları

1. Saha çalışmalarında veri toplama araçları kullanılırken görüşmelerin teke tek yapılmasının gerçek ve samimi yanıtları yakalamada daha uygun olacağı görülmüştür. Bu çalışmada aile bireylerinin talepleri doğrutusunda görüşmeler diğer aile bireylerinin yanında yapılmıştır.

2. Katılımcılar, özellikle WHODAS II ölçeğinin bazı sorularını anlamakta ve yanıtlamakta güçlük çekmişlerdir. Soruların anlaşıldığından emin olunması, tutarsız yanıtlarda soruya yeniden dönülmesi ya da verilerin sürekli gözden geçirilip varsa tutarsızlığın yok edilmeye çalışılması hataların azaltılması için kullanılan çözüm yollarındandır. Ancak bu durum veri toplama aracının uygulama süresini uzatmaktadır.

3. Özellikle ön çalışmanın yapıldığı Umurlu beldesinde olmak üzere Aydın il merkezinde bazı mahallelerde anket ekibi ve araştırıcı hakkında olumsuz değerlendirmeler (organ mafyası, dolandırıcı vb.) yapılmıştır. Bazı bölgelerde karakola ve savcılığa Őikâyette bulunulmuştur. Bu yüzden bu bölgelerde yaşayan katılımcılara öncelikle güven verilmeye çalışılmış ve dolaylı olarak araştırma süresi uzamıştır.

4. Görüşmeler sırasında bazı katılımcılar kendilerine sağlık hizmeti sunulacağı, istihdam imkânı sağlanacağı ya da maddi yardım yapılacağı beklentilerine girmişleridir. Bu gibi kişilere çalışma hakkında bilgi sunulmuştur.

5. Özellikle özürlü çocuğu olan bazı aileler içinde buldukları psikolojik durumdan dolayı, yapılan bu çalışmanın kendilerine herhangi bir fayda sağlamayacağını düşünerek, çalışmaya katılımı güçlölkle kabul etmişlerdir.

6. Çalışmanın yapıldığı bazı bölgelerde göç ile gelen ailelerde Türkçe anlaşma zorluğu ile karşılaşmıştır. Böyle ailelerde yakınları tercümanlık yapmışlardır. Ancak tercümanın konuyu ne kadar doğru aktarabildiği tartışmaya açıktır.
7. Çalışmanın yapıldığı mahallelerde, hanelerdeki kişileri ve ikametgâh adreslerini bildiği düşünülerek muhtarlardan yardım talep edilmiş, ancak herhangi bir sonuç alınamamıştır.
8. Çalışmanın yapılabilmesi için maddi destek sözü veren kurumlardan alınmadığı için ekip giderleri, ulaşım, kırtasiye vb. giderler araştırmacı tarafından karşılanmıştır.
9. 18 yaş ve üzeri özürlü bireylere uygulanan WHODAS II ölçeğinde yer alan bazı soruları katılımcılar cevaplamak istememişlerdir (örn: cinsel ilişki, çalışmayan kişilerin iş ile ilgili soruları). Bu sorular puanlama dışı bırakılmış bu durumda WHODAS II toplam değerini etkilemiştir.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışma kapsamında toplam 1200 haneye gidilmiş olup bu hanelerde yaşayan 3688 kişiye yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır. Özürlülük sıklığını tespit etmek için belirlenen 1200 haneden 15 hane boş olduğu, 6 hane görüşmeyi kabul etmediği ve 2 hane de arsa olduğu için toplam 23 hane ile görüşme yapılamamıştır. Tespit edilen örneklem büyüklüğu baz alındığında % 98.1 oranında haneye ve % 82.6 oranında ise kişiye ulaşılmıştır.

1177 hanede 3688 kişi ile yürütölen çalışmada uygulanan Hane Halkı Soru Kağıdı (HHSK)'na göre araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri Tablo 13'de özetlenmiştir.

Tablo 13. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılanların Sosyodemografik Özellikleri, Aydın, 2006-2007

| Özellikler | Sayı | % ¹ |
|--|-------------|----------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 1942 | 52.7 |
| Erkek | 1746 | 47.3 |
| Yaş Grupları | | |
| 0-14 | 808 | 21.9 |
| 15-29 | 866 | 23.5 |
| 30-44 | 815 | 22.1 |
| 45-64 | 904 | 24.5 |
| 65 ve üzeri | 295 | 8.0 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okul çağında değil | 276 | 7.5 |
| Öğrenci | 440 | 11.9 |
| Okur-yazar değil | 184 | 4.9 |
| Okur-yazar fakat bir okul bitirmemiş | 78 | 2.1 |
| İlkokul/ilköğretim | 1507 | 41.0 |
| Ortaokul/Orta ve dengi meslek | 252 | 6.8 |
| Lise/ Lise ve dengi meslek | 527 | 14.3 |
| Yüksekokul veya fakülte | 407 | 11.0 |
| Diğer(yüksek lisans, doktora, Özürlüler okulu) | 17 | 0.5 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 1979 | 53.7 |
| Bekar | 650 | 17.6 |
| Eşi ölmüş/Boşanmış | 247 | 6.7 |
| Diğer (dini nikah) | 4 | 0.1 |
| 0-14 yaş grubunda | 808 | 21.9 |
| Ana-baba akrabalığı | | |
| Akrabalık yok | 2016 | 54.7 |
| Akrabalık var | 214 | 5.8 |
| 0-14 yaş/Bekar | 1458 | 39.5 |
| Meslek | | |
| 0-14 yaş ² / öğrenci | 1057 | 28.7 |
| Çalışmıyor ³ | 1704 | 46.2 |
| Çalışıyor | 927 | 25.1 |
| Sosyal Güvence | | |
| Yok | 415 | 11.3 |
| SSK | 1693 | 45.9 |
| Bağkur | 570 | 15.4 |
| Emekli Sandığı/Resmi | 855 | 23.2 |
| Yeşil kart | 152 | 4.1 |
| Diğer (özel sigorta, özel sandık) | 3 | 0.1 |
| Toplam | 3688 | 100.0 |

¹Kolon Yüzdesi ²13 ve 14 yaşında iki kişi çalıştığı için çalışıyor bölümünde gösterilmiştir,

³ Ev hanımı/Emekli/İşsiz

Araştırmaya katılan kişilerin % 52,7'sinin kadın, % 41,0'ının ilkokul ve ilköğretim mezunu, % 53.7'si evli, % 5.8'nin anne ve babasının akraba evliliği yaptığı, %88.7'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu ve % 25.1'inin çalıştığı, çalışmayanların % 67.8'inin kadın olduğu tespit edilmiştir.

Çalışanların cinsiyetlerine göre sahip oldukları meslek gruplarının dağılımı Tablo 14'de sunulmuştur.

Tablo 14. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılan Çalışanların Cinsiyet ve Meslek Gruplarına Göre Dağılımları, Aydın, 2006-2007

| Meslek | Cinsiyet | | | |
|----------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | Erkek | | Kadın | |
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Kamu | 182 | 25.2 | 81 | 39.5 |
| Özel | 292 | 40.4 | 101 | 49.2 |
| İşveren | 28 | 3.8 | 5 | 2.4 |
| Kendi hesabına | 220 | 30.4 | 18 | 8.7 |
| Toplam | 722 | 100.0 | 205 | 100.0 |

Tablo 14 incelendiğinde, kadınların % 49.2'sinin özel sektörde % 39.5'inin kamuda % 8.7'sinin kendi hesabına çalıştığı ve % 2.4'ünün ise işveren olduğu görülmektedir; erkeklerin ise % 40.4'ünün özel sektörde, % 30.4'ünün kendi hesabına, % 25.2'sinin kamuda çalıştığı ve % 3.8'inin işveren olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan kişilerden akraba evliliği yapanların, % 72.0'sinin kardeş çocuğu, % 27.5'inin kardeş torunu ve % 0.5'inin anne tarafından ikinci dereceden akraba olduğu bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 15. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılanların Anne-Babasinda Akriba Evliliği Olanların Yakınlık Derecesine Göre Dağılımı, Aydın, 2006-2007

| Akrabalık Derecesi | Sayı | % | %¹ |
|---|-------------|--------------|----------------------|
| Kardeş Çocukları | 154 | 72.0 | 4.2 |
| Kardeş Torunları | 59 | 27.5 | 1.6 |
| Anne tarafından ikinci dereceden akraba | 1 | 0.5 | 0.0 |
| Toplam | 214 | 100.0 | 5.8 |

¹ Tüm katılımcılar üzerinden hesaplamıştır

4.2. Araştırmada Belirlenen Özürlülük Sıklığı

Araştırmaya katılan 3688 kişinin 3111'inde (% 84.3) herhangi bir özür bulunmamaktadır. Çalışmada bir özrü bulunan 461 (% 12.5), iki özrü bulunan 98 (% 2.7) ve üç veya daha fazla özrü bulunan 18 (% 0.5) kişi olmak üzere toplam 577 (% 15.7) kişi özürlü olarak tespit edilmiştir. Çalışmada uygulanan soru kağıtları sonuçlarına göre belirlenen 577 özürlü kişide toplam 719 adet özür tespit edilmiş olup kişi başına 1.2 özür düştüğü hesaplanmıştır. Özürlülüğün sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo 16. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılanların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Özürlülük Durumunun Dağılımı, Aydın, 2006-2007

| Özellikler | Özürlülük | | | |
|--|-----------|------|--|------|
| | Var | | Yok | |
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Cinsiyet | | | | |
| Kadın | 349 | 60.5 | 1593 | 51.2 |
| Erkek | 228 | 39.5 | 1518 | 48.8 |
| | | | X²= 16.813, p<0.001 | |
| Yaş Grupları | | | | |
| 0-14 | 36 | 6.2 | 772 | 24.8 |
| 15-29 | 43 | 7.5 | 823 | 26.5 |
| 30-44 | 78 | 13.5 | 737 | 23.7 |
| 45-64 | 248 | 43.0 | 656 | 21.1 |
| 65 ve üzeri | 172 | 29.8 | 123 | 3.9 |
| | | | X²= 676.266, p<0.001 | |
| Eğitim Durumu¹ | | | | |
| Okur-yazar değil | 89 | 15.6 | 95 | 3.3 |
| Okur-yazar fakat bir okul bitirmemiş | 33 | 5.8 | 45 | 1.6 |
| İlkokul/ilköğretim | 281 | 49.2 | 1226 | 43.2 |
| Ortaokul/Orta ve dengi meslek | 37 | 6.4 | 215 | 7.6 |
| Lise/ Lise ve dengi meslek | 75 | 13.1 | 452 | 15.9 |
| Yüksekokul veya fakülte | 42 | 7.4 | 365 | 12.8 |
| Diğer(yüksek lisans, doktora) | 1 | 0.2 | 15 | 0.5 |
| Özürlüler okulu | 1 | 0.2 | - | - |
| Öğrenci | 12 | 2.1 | 428 | 15.1 |
| | | | X²= 256.333, p< 0.001 | |
| Sosyal Güvence | | | | |
| Yok | 35 | 6.1 | 380 | 12.2 |
| SSK | 291 | 50.4 | 1402 | 45.1 |
| Bağkur | 89 | 15.4 | 481 | 15.4 |
| Emekli Sandığı/Resmi | 136 | 23.6 | 719 | 23.1 |
| Yeşil kart | 26 | 4.5 | 126 | 4.1 |
| Diğer (özel sigorta, özel sandık) | - | - | 3 | 0.1 |
| | | | X²= 20.255, p= 0.001 | |
| Medeni Durum² | | | | |
| Bekar | 37 | 6.8 | 613 | 26.2 |
| Evli | 403 | 74.5 | 1576 | 67.4 |
| Eşi ölmüş/Boşanmış | 101 | 18.7 | 146 | 6.2 |
| Diğer (dini nikah) | - | - | 4 | 0.2 |
| | | | X²= 156.309, p< 0.001 | |
| Ana-baba akrabalığı³ | | | | |
| Akrabalık yok | 447 | 88.7 | 1569 | 90.9 |
| Akrabalık var | 57 | 11.3 | 157 | 9.1 |
| | | | X²= 2.203, p= 0.144 | |

¹Eğitim durumu bölümünde 276 kişi 0-6 yaş grubunda olduğu için belirtilmemiş olup, bunların 6'sı özürlü olarak tespit edilmiştir.

²Medeni durum için 0-14 yaş grubu 808 kişi hariç, 15 yaş üstü katılımcıların medeni durumu incelenmiş olup, bunların 36'sı özürlü olarak tespit edilmiştir.

³Ana-baba akrabalığı için 0-14 yaş ve bekar 1458 kişi hariç, 15 yaş üstü ve evli katılımcılar incelenmiş olup, bunların 73'ü özürlü olarak tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerine ve özürlü olup olmadıklarına göre dağılımı incelendiğinde, özürlülük sıklığının kadınlarda anlamlı şekilde yüksek olduğu gözlemlenmiştir (% 60.5, $p < 0.001$).

Çalışmaya katılanlarda yaş ilerledikçe özürlülük sıklığında artış olduğu tespit edilmiştir. 45-64 yaş grubunda gözlemlenen özürlülük sıklığı % 43.0 ile en fazla olup, diğer yaş grupları ile aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2 = 676.266$, $p < 0.001$). 45-64 yaş arası grup daha sonra da 65 yaş ve üzerindeki grup, çıkarılarak analize devam edildiğinde ise yine gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmiştir (sırasıyla $X^2 = 292.121$, $p < 0.001$ ve $X^2 = 22.013$, $p < 0.001$). En son 30-44 yaş grubu da analiz dışı bırakıldığında diğer gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür (Fisher Extract Test $X^2 = 0.242$, $p = 0.646$).

Araştırmaya katılan özürlü kişilerin büyük bir çoğunluğunun eğitim durumu düşük bulunmuştur. Yedi yaş ve üzerinde olanların eğitim durumları ile özürlü olup olmadıklarına göre dağılımlarında, ilköğretim eğitimi alanların özürlülük durumunun diğer gruplara göre belirgin şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($X^2 = 256.333$, $p < 0.001$). İlkokul/ilköğretim eğitimi alanlar, okur yazar olmayanlar ve daha sonra okur yazar fakat bir okul bitirmemiş olanlar çıkarıldığında farktaki anlamlılık devam etmiştir (sırasıyla; $X^2 = 118.550$, $p < 0.001$; $X^2 = 54.011$, $p < 0.001$; $X^2 = 19.580$, $p = 0.040$). Yüksek okul veya fakülte mezunu olanlar test dışında kaldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($X^2 = 4.853$, $p = 0.112$).

Araştırmaya katılanların sosyal güvencelerinin bulunup bulunması ile özürlülükleri arasında ilişki anlamlı bulunmuştur. Herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmayanlarda özürlülük sıklığı % 6.1 gibi bir değer ile diğer gruplardan daha düşük olarak belirlenmiştir. Bu grup çıkarılarak test tekrar edildiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmiştir ($X^2 = 1.745$, $p = 0.782$).

Araştırmaya katılan kişilerden 15 yaş ve üzerindeki medeni durumlarına ve özürlü olup olmadıklarına göre dağılımı değerlendirildiğinde, evli olanlarda özürlü sıklığının % 74.5 ile diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($X^2 = 156.309$, $p < 0.001$). Eşi ölmüş ya da boşanmış olanlarda bu sıklık % 18.7 iken, bekarlarda ise % 6.8 olarak tespit

edilmiştir. Ana baba akrabalığı ile özürlülük arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2= 2.203$, $p= 0.144$).

Araştırmaya katılan 15 yaş ve üzerindeki kişilerden; çalışanlar, çalışmayanlar (işsiz, ev hanımı ya da emekli) ve öğrenciler olmak üzere üç grup oluşturulduğunda, çalışmayanlar arasında özürlü olanların çoğunlukta olduğu ve farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($X^2= 209.915$, $p< 0.001$) (Tablo 17).

Tablo 17. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılan Kişilerin Özürlülük Durumuna Göre Mesleklerinin Dağılımı, Aydın, 2006-2007

| Meslek | Özürlülük | | | | Toplam |
|---------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|---|
| | Var | | Yok | | |
| | Sayı | % | Sayı | % | |
| Çalışmıyor ¹ | 454 | 23.3 | 1497 | 76.7 | 1951 |
| Kamu sektörü | 24 | 9.1 | 239 | 90.9 | 263 |
| Özel sektör | 28 | 7.1 | 365 | 92.9 | 393 |
| İşveren | 5 | 15.2 | 28 | 84.8 | 33 |
| Kendi hesabına | 29 | 12.2 | 209 | 87.8 | 238 |
| Toplam² | 541 | 18.8 | 2341 | 81.2 | 2882 |
| | | | | | $X^2=209.915$, $p< 0.001$ |

¹Çalışmaya katılan kişilerden emekli, ev hanımı ya da öğrenci olan kişiler

²0-14 yaş grubu 806 kişi hariç olup, 36 tanesi özürlü idi. (808 kişinin 2 kişisi çalışıyor)

Araştırmaya katılan kişilerin özürlülük durumuna göre yaş ortalamaları karşılaştırıldığında; özürlü bireylerin yaş ortalamasının 52.4 ± 18.8 , özürlü olmayanların ise 30.2 ± 18.4 olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların toplam yaş ortalaması ise 33.7 ± 20.2 olup, özürlü olan kişilerle olmayanların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p< 0.001$).

4.3. Araştırmada Belirlenen Özürlülüğün Tür ve Nedenleri

Araştırmada tespit edilen özürlülüğün türleri öncelikle DİE ve Özürlülük İdaresi Başkanlığının sınıflamasına göre sınıflandırılmıştır. Bunlara ilaveten bu çalışmada süregelen hastalıklar ve ruhsal bozukluklar ayrı gruplar olarak değerlendirilmiştir. Buna göre araştırmada tespit edilen özürlerin türlerine göre dağılımı ve toplumdaki prevalansları Tablo 18’de, özür türlerinin yaş grupları, yaş ortalamaları ve cinsiyete göre dağılımları ise Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 18. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılan Kişilerin Özur Türlerine Göre Dağılımı, Aydın, 2006-2007

| Özur Türü | Sayı | % ¹ | Prevalans ² | Türkiye Prevalansı ³ |
|------------------------------|------------|----------------|------------------------|---------------------------------|
| Süreğen Hastalıklar | 458 | 63.7 | 124.0 | 97 |
| Ortopedik Bozukluklar | 83 | 11.5 | 23.0 | 12.5 |
| Ruhsal Bozukluklar | 61 | 8.5 | 17.0 | |
| Görme İle İlgili Bozukluklar | 45 | 6.3 | 12.0 | 6.0 |
| İşitme Bozuklukları | 36 | 5.0 | 10.0 | 3.7 |
| Dil ve Konuşma Bozuklukları | 27 | 3.8 | 7.0 | 3.8 |
| Zihinsel Bozukluklar | 9 | 1.2 | 2.0 | 4.8 |
| Toplam | 719 | 100.0 | 195.0 | |

¹ %'ler belirlenen özur sayısı üzerinden hesaplanmıştır

² Prevalans= (Özur Türünün Görüldüğü Toplam Kişi Sayısı/Çalışmaya katılanların nüfusu) x 1000

³ Türkiye Özürlüler Araştırması 2002

Yapılan çalışmada en sık tespit edilen özur türü % 63.7 ile süreğen (kronik) hastalıklar olmuştur. Bunu % 11.5 ile ortopedik bozukluklar takip etmiştir. Zihinsel bozukluklar ise % 1.2 ile en az gözlemlenen özur türü olarak tespit edilmiştir.

Tablo 19. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılan Kişilerin Özur Türlerinin Yaş Gruplarına, Yaş Ortalamalarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı, Aydın, 2006-2007

| Özur türü | Cinsiyet ¹ (%) | | Yaş grupları (%) | | | | | Yaş ² Ortalama±SS ³ |
|--|---------------------------|-------------|------------------|-----------|-----------|------------|------------|---|
| | Kadın | Erkek | 0-14 | 15-29 | 30-44 | 45-64 | 64 ve ↑ | |
| Süreğen Hastalıklar | 63.8 | 36.2 | 3.6 | 4.8 | 11.3 | 46.0 | 34.3 | 55.7±16.8 |
| Ruhsal Bozukluklar | 63.9 | 36.1 | 9.8 | 14.7 | 19.6 | 39.3 | 16.5 | 45.9±19.1 |
| Ortopedik Bozukluklar | 47.0 | 53.0 | 2.4 | 13.2 | 24.0 | 36.2 | 24.2 | 49.2±18.6 |
| Görme İle İlgili Bozukluklar | 44.4 | 55.6 | 15.5 | 13.3 | 11.2 | 28.8 | 31.2 | 48.3±25.9 |
| İşitme İle İlgili Bozukluklar | 52.8 | 47.2 | 11.2 | 8.3 | 13.9 | 25.0 | 41.6 | 53.4±22.4 |
| Dil ve Konuşma İle İlgili Bozukluklar | 25.9 | 74.1 | 29.6 | 22.2 | 3.7 | 11.1 | 33.4 | 40.0±29.4 |
| Zihinsel Bozukluklar | 44.4 | 55.6 | 33.4 | 44.4 | 11.1 | 11.1 | - | 23.4±13.9 |
| Toplam | 58.4 | 41.6 | 46 | 61 | 96 | 291 | 225 | 52.4±18.8 |

¹X²=27.145, p=0.000, ²Kruskal Wallis analizi: p=0.000, ³SS= Standart sapma

Araştırmaya katılan kişilerin özur türlerinin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde süreğen (kronik) hastalıklar, ruhsal ve işitme ile ilgili bozukluklar, dışında tüm özur türlerinin erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu görülmüştür (X²=27.145, p< 0.001). Özur türlerinin yaş ortalamasına göre dağılımlarına bakıldığında zihinsel bozuklukların 23.4± 13.9 ile en küçük yaş ortalamasına sahip olduğu ve yaş ortalamaları bakımından diğer özur grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p< 0.001).

Çalışmada Devlet İstatistik Enstitüsü ve Özürlüler İdaresi Başkanlığının çalışmasında olduğu gibi süreğen, ortopedik, görme, işitme, dil-konuşma ile zihinsel bozukluklar, ayrıca bunlara ilaveten ruhsal bozuklukları da içeren yedi ayrı özur türü tespit edilmiştir.

4.3.1. Süreğen (Kronik) Hastalıklar

Çalışmada uygulanan anketler sonucunda bir süreğen hastalığı olan 458, birden fazla süreğen hastalığı olan 627 kişi tespit edilmiştir. Süreğen hastalıkları olan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Süreğen Hastalıkları Olan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri, Aydın, 2006-2007

| Özellikler | Sayı | % |
|--|------------|--------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 292 | 63.8 |
| Erkek | 166 | 36.2 |
| Yaş Grupları | | |
| 0-14 | 16 | 3.5 |
| 15-29 | 22 | 4.8 |
| 30-44 | 52 | 11.4 |
| 45-64 | 211 | 46.0 |
| 65 ve üzeri | 157 | 34.3 |
| Eğitim Durumu¹ | | |
| Öğrenci | 8 | 1.8 |
| Okur-yazar değil | 71 | 15.6 |
| Okur-yazar fakat bir okul bitirmemiş | 29 | 6.4 |
| İlkokul/ilköğretim | 218 | 48.0 |
| Ortaokul/Orta ve dengi meslek | 27 | 5.9 |
| Lise/ Lise ve dengi meslek | 63 | 13.9 |
| Yüksekokul veya fakülte | 37 | 8.2 |
| Diğer(yüksek lisans, doktora) | 1 | 0.2 |
| Özürlüler Okulu | - | - |
| Medeni Durum² | | |
| Bekar | 15 | 3.4 |
| Evli | 342 | 77.4 |
| Eşi ölmüş/Boşanmış | 85 | 19.2 |
| Diğer (dini nikah) | - | - |
| Ana-baba akrabalığı³ | | |
| Akrabalık yok | 380 | 89.0 |
| Akrabalık var | 47 | 11.0 |
| Meslek | | |
| 0-14 yaş / öğrenci | 16 | 3.5 |
| Çalışmıyor ⁴ | 379 | 82.8 |
| Çalışıyor | 63 | 13.7 |
| Sosyal Güvence | | |
| Yok | 26 | 5.7 |
| SSK | 229 | 50.0 |
| Bağkur | 74 | 16.2 |
| Emekli Sandığı/Resmi | 113 | 24.6 |
| Yeşil kart | 16 | 3.5 |
| Diğer (özel sigorta, özel sandık) | - | - |
| Toplam | 458 | 100.0 |

¹Eğitim durumu bölümünde 276 kişi 0-6 yaş grubunda olduğu için belirtilmemiş olup, bunların 4'ü özürlü olarak tespit edilmiştir.

²Medeni durum için 0-14 yaş grubu 808 kişi hariç, 15 yaş üstü katılımcıların medeni durumu incelenmiş olup, bunların 16'sı özürlü olarak tespit edilmiştir.

³Ana-baba akrabalığı için 0-14 yaş ve bekar 1458 kişi hariç, 15 yaş üstü ve evli katılımcılar incelenmiş olup, bunların 31'i özürlü olarak tespit edilmiştir.

⁴Ev hanımı/Emekli/İşsiz

Tablo 20 incelendiğinde, süreğen hastalığı olan kişilerin % 63.8'nin kadın, %48.0'nin ilköğretim mezunu, % 77.4'nün evli, % 11.0'nin anne ve babasının akraba evliliği yaptığı, % 94.3'nün sosyal güvenceye sahip olduğu ve % 13.7'sinin çalıştığı, tespit edilmiştir.

Katılımcılar tarafından bildirilen süreğen hastalıkların prevalansı ve kronik hastalıklar içindeki sıklığı Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılan Kişilerde Tespit Edilen Süreğen Hastalıkların Dağılımı, Aydın, 2006-2007

| Süreğen Hastalığın Türü | Sayı | (%) | Prevalans¹ |
|--------------------------------|-------------|------------|------------------------------|
| Hipertansiyon | 273 | 43.5 | 74.0 |
| Diabet | 125 | 19.9 | 33.9 |
| Kalp hastalıkları | 86 | 13.7 | 23.3 |
| Akciğer hastalıkları | 44 | 7.0 | 11.9 |
| Osteoporoz | 40 | 6.4 | 10.9 |
| Kanser | 16 | 2.6 | 4.3 |
| Endokrin sistem hastalıkları | 15 | 2.4 | 4.1 |
| Kan hastalıkları | 11 | 1.8 | 2.9 |
| Böbrek hastalıkları | 2 | 0.3 | 0.5 |
| Diğer | 15 | 2.4 | 4.1 |

¹ Prevalans= Prevalans= (Süreğen Hastalığa Sahip Toplam Kişi Sayısı/Çalışmaya katılanların nüfusu) x 1000

Tablo 21 incelendiğinde prevalansı en yüksek ilk üç hastalık hipertansiyon, diabet ve kronik kalp hastalıklarıdır (sırası ile binde 74.0, 33.9 ve 23.3).

Süreğen (kronik) hastalıklar Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın kullanmış olduğu ICD-10 sınıflamasına göre aşağıda belirtildiği şekilde kodlandırılmaktadır;

Hipertansiyon: I10 kod numarası ile,

Diabet: E10-E14 kod numarası ile,

Kronik kalp hastalıkları: I00-I51 kod numarası ile,

Osteoporoz: M80-M81 kod numarası ile,

Kanserler: C00-D48 kod numarası ile,

Böbrek hastalıkları: N00-N30 kod numarası ile,

Endokrin sistem hastalıkları: E00-E07

Kan hastalıkları: D50-D89

4.3.2. Ortopedik Bozukluklar

Ortopedik bozuklukları olan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Ortopedik Bozuklukları Olan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri, Aydın, 2006-2007

| Özellikler | Sayı | % |
|--|-----------|--------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 39 | 47.0 |
| Erkek | 44 | 53.0 |
| Yaş Grupları | | |
| 0-14 | 2 | 2.4 |
| 15-29 | 11 | 13.3 |
| 30-44 | 20 | 24.1 |
| 45-64 | 30 | 36.1 |
| 65 ve üzeri | 20 | 24.1 |
| Eğitim Durumu | | |
| Öğrenci | 1 | 1.2 |
| Okur-yazar değil | 14 | 16.9 |
| Okur-yazar fakat bir okul bitirmemiş | 3 | 3.6 |
| İlkokul/ilköğretim | 39 | 47.0 |
| Ortaokul/Orta ve dengi meslek | 9 | 10.8 |
| Lise/ Lise ve dengi meslek | 9 | 10.8 |
| Yüksekokul veya fakülte | 7 | 8.5 |
| Diğer(yüksek lisans, doktora) | - | - |
| Özürlüler Okulu | 1 | 1.2 |
| Medeni Durum¹ | | |
| Bekar | 16 | 19.8 |
| Evli | 54 | 66.7 |
| Eşi ölmüş/Boşanmış | 11 | 13.5 |
| Diğer (dini nikah) | - | - |
| Ana-baba akrabalığı² | | |
| Akrabalık yok | 58 | 89.2 |
| Akrabalık var | 7 | 10.8 |
| Meslek | | |
| 0-14 yaş / öğrenci | 2 | 2.4 |
| Çalışmıyor ³ | 61 | 73.5 |
| Çalışıyor | 20 | 24.1 |
| Sosyal Güvence | | |
| Yok | 6 | 7.2 |
| SSK | 46 | 55.5 |
| Bağkur | 9 | 10.8 |
| Emekli Sandığı/Resmi | 15 | 18.1 |
| Yeşil kart | 7 | 8.4 |
| Diğer (özel sigorta, özel sandık) | - | - |
| Toplam | 83 | 100.0 |

¹Medeni durum için 0-14 yaş grubu 808 kişi hariç, 15 yaş üstü katılımcıların medeni durumu incelenmiş olup, bunların 2'si özürlü olarak tespit edilmiştir

²Ana-baba akrabalığı için 0-14 yaş ve bekar 1458 kişi hariç, 15 yaş üstü ve evli katılımcılar incelenmiş olup, bunların 18'i özürlü olarak tespit edilmiştir.

³Ev hanımı/Emekli/İşsiz

Tablo 22 incelendiğinde, ortopedik bozukluğu olan kişilerin % 53.0'nın erkek, %47.0'nın ilköğretim mezunu, % 66.7'sinin evli, % 10.8'nin anne ve babasının akraba evliliği yaptığı, % 92.8'nin sosyal güvenceye sahip olduğu ve % 24.1'inin çalıştığı, tespit edilmiştir.

Çalışma grubunda ortopedik bozukluğu bulunan toplam 83 kişi belirlenmiştir, ancak bunlardan 17 kişiye ulaşılamamış dolayısıyla özürlü birey anketi ve WHO-DAS II ölçeği uygulanamamıştır. Ortopedik bozukluk sekizi doğuştan, 58'i sonradan olmak üzere toplam 66 kişide tespit edilmiştir. Doğuştan kazanılan ortopedik özürünün nedenin, üç kişide doğum travması, bir kişide genetik/kalıtsal bozukluk, bir kişide doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması ve üç kişide ise nedeni bilinmeyen bir durumdan meydana gelmiş olması olarak belirlenmiştir. Sonradan meydana gelen özürünün nedenleri ise; 31 kişide hastalık, 20 kişide kaza, beş kişide nedeni bilinmeyen ve kalan iki kişide ise diğer nedenlerle oluşan bir bozukluk olarak tespit edilmiştir. Kaza sonucu olduğu belirlenen ortopedik bozukluğun % 30'unun iş kazası, % 25'inin ise trafik kazası ile meydana geldiği bulunmuştur.

Tespit edilen ortopedik özür türü, şekil bozukluğu(n=27), fonksiyon kaybı(n=42) ve organ yokluğu (n=2) olmak üzere üç grupta tanımlanmıştır. Şekil bozukluğu en sık ayaklarda (% 37), el ve kollarda (% 25.9), fonksiyon kaybı en sık ayak ve bacaklarda (% 68.3), el, ayak ve bacaklarda (%19.5), organ yokluğu ise sadece iki kişide kol ve el parmakları yokluğu tespit edilmiştir.

Ortopedik özürlü olan bireyler herhangi bir alet/cihaz kullanımı açısından değerlendirildiğinde; % 47.6 'sının cihaz kullandığı ve bu cihazların başında baston (% 21.9), protez (% 12.5) ve ortez (% 12.5) olduğu tespit edilmiştir. Ortopedik özürlü kişilerin büyük bir çoğunluğu alet ve cihazlarını bağlı buldukları sosyal güvenlik kurumundan temin etmişlerdir (% 62.5). Bu gruba karşılaştıkları sorunların neler olduğu sorulduğunda % 43.8'i devletin sağladığı imkanların yetersiz olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 22'de sosyodemografik özellikleri belirtilen ortopedik özürlü bireylerin % 75.8' ine şuanda herhangi bir sağlık kuruluşu tarafından tedavi uygulanmadığı belirlenmiştir.

ICD-10 kodlama sisteminde ortopedik bozukluklar M00-M99 kod numaraları ile sınıflandırılmıştır. Ancak Aydın çalışmasında kullanılan DİE tarafından geliştirilmiş soru kağıdında ortopedik bozukluklar şekil bozukluğu, fonksiyon kaybı veya organ yokluğu gibi isimlerle sınıflandırıldığı için ICD-10'da tam karşılığı bulunamamıştır.

4.3.3. Ruhsal Bozukluklar

Ruhsal bozuklukları olan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 23'de verilmiştir.

Tablo 23. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Ruhsal Bozuklukları Olan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri, Aydın, 2006-2007

| Özellikler | Sayı | % |
|--|-----------|--------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 39 | 63.9 |
| Erkek | 22 | 36.1 |
| Yaş Grupları | | |
| 0-14 | 6 | 9.8 |
| 15-29 | 9 | 14.8 |
| 30-44 | 12 | 19.7 |
| 45-64 | 24 | 39.3 |
| 65 ve üzeri | 10 | 16.4 |
| Eğitim Durumu | | |
| Öğrenci | 1 | 1.6 |
| Okur-yazar değil | 7 | 11.5 |
| Okur-yazar fakat bir okul bitirmemiş | 3 | 4.9 |
| İlkokul/ilköğretim | 33 | 54.1 |
| Ortaokul/Orta ve dengi meslek | 4 | 6.6 |
| Lise/ Lise ve dengi meslek | 10 | 16.4 |
| Yüksekokul veya fakülte | 3 | 4.9 |
| Diğer(yüksek lisans, doktora) | - | - |
| Özürlüler Okulu | - | - |
| Medeni Durum¹ | | |
| Bekar | 5 | 9.1 |
| Evli | 38 | 69.1 |
| Eşi ölmüş/Boşanmış | 12 | 21.8 |
| Diğer(dini nikah) | - | - |
| Ana-baba akrabalığı² | | |
| Akrabalık yok | 45 | 90.0 |
| Akrabalık var | 5 | 10.0 |
| Meslek | | |
| 0-14 yaş / öğrenci | 6 | 9.8 |
| Çalışmıyor ³ | 48 | 78.7 |
| Çalışıyor | 7 | 11.5 |
| Sosyal Güvence | | |
| Yok | 3 | 4.9 |
| SSK | 32 | 52.5 |
| Bağkur | 7 | 11.5 |
| Emekli Sandığı/Resmi | 13 | 21.3 |
| Yeşil kart | 6 | 9.8 |
| Diğer (özel sigorta, özel sandık) | - | - |
| Toplam | 61 | 100.0 |

¹Medeni durum için 0-14 yaş grubu 808 kişi hariç, 15 yaş üstü katılımcıların medeni durumu incelenmiş olup, bunların 6'si özürlü olarak tespit edilmiştir

²Ana-baba akrabalığı için 0-14 yaş ve bekar 1458 kişi hariç, 15 yaş üstü ve evli katılımcılar incelenmiş olup, bunların 11'i özürlü olarak tespit edilmiştir.

³Ev hanımı/Emekli/İşsiz

Tablo 23 incelendiğinde, ruhsal bozukluğu olan kişilerin % 63.9'unun kadın, %54.1'inin ilkokul ve ilköğretim mezunu, % 69.1'inin evli, % 10.0'nın anne ve babasının akraba evliliği yaptığı, % 95.1'inin sosyal güvenceye sahip olduğu ve % 78.7'sinin çalışmadığı, tespit edilmiştir.

Ruhsal bozuklukların, hane halkı soru kağıdında “Ruhsal bozukluğunuzun türü nedir?” diye bir soru olmadığı için türü belirlenememiş ve ICD sınıflama sistemine göre kodlama yapılamamıştır.

4.3.4. Görme İle İlgili Bozukluklar

Görme ile ilgili bozuklukları olan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 24’de verilmiştir.

Tablo 24. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Görme İle İlgili Bozuklukları Olan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri, Aydın, 2006-2007

| Özellikler | Sayı | % |
|--|-----------|--------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 20 | 44.4 |
| Erkek | 25 | 55.6 |
| Yaş Grupları | | |
| 0-14 | 7 | 15.6 |
| 15-29 | 6 | 13.3 |
| 30-44 | 5 | 11.1 |
| 45-64 | 13 | 28.9 |
| 65 ve üzeri | 14 | 31.1 |
| Eğitim Durumu¹ | | |
| Öğrenci | 3 | 6.7 |
| Okur-yazar değil | 9 | 20.0 |
| Okur-yazar fakat bir okul bitirmemiş | 1 | 2.2 |
| İlkokul/ilköğretim | 24 | 53.4 |
| Ortaokul/Orta ve dengi meslek | 2 | 4.4 |
| Lise/ Lise ve dengi meslek | 4 | 8.9 |
| Yüksekokul veya fakülte | 2 | 4.4 |
| Diğer(yüksek lisans, doktora) | - | - |
| Özürlüler Okulu | - | - |
| Medeni Durum² | | |
| Bekar | 6 | 15.8 |
| Evli | 25 | 65.8 |
| Eşi ölmüş/Boşanmış | 7 | 18.4 |
| Diğer(dini nikah) | - | - |
| Ana-baba akrabalığı³ | | |
| Akrabalık yok | 26 | 81.2 |
| Akrabalık var | 6 | 18.8 |
| Meslek | | |
| 0-14 yaş / öğrenci | 7 | 15.6 |
| Çalışmıyor ⁴ | 31 | 68.8 |
| Çalışıyor | 7 | 15.6 |
| Sosyal Güvence | | |
| Yok | 2 | 4.4 |
| SSK | 25 | 55.6 |
| Bağkur | 8 | 17.8 |
| Emekli Sandığı/Resmi | 6 | 13.3 |
| Yeşil kart | 4 | 8.9 |
| Diğer (özel sigorta, özel sandık) | - | - |
| Toplam | 45 | 100.0 |

¹Eğitim durumu bölümünde 276 kişi 0-6 yaş grubunda olduğu için belirtilmemiş olup, bunların 2'si özürlü olarak tespit edilmiştir.

²Medeni durum için 0-14 yaş grubu 808 kişi hariç, 15 yaş üstü katılımcıların medeni durumu incelenmiş olup, bunların 7'si özürlü olarak tespit edilmiştir.

³Ana-baba akrabalığı için 0-14 yaş ve bekar 1458 kişi hariç, 15 yaş üstü ve evli katılımcılar incelenmiş olup, bunların 13'ü özürlü olarak tespit edilmiştir.

⁴Ev hanımı/Emekli/İşsiz

Tablo 24 incelendiğinde, görme bozukluğu olan kişilerin % 55.6'sının erkek, %53.4'ünün ilkokul ve ilköğretim mezunu, % 65.8'inin evli, % 18.8'nin anne ve babasının akraba evliliği yaptığı, % 95.6'sının sosyal güvenceye sahip olduğu ve % 68.8'inin çalışmadığı tespit edilmiştir.

Araştırma grubunda görme ile ilgili bozukluğu bulunan toplam 45 kişi belirlenmiştir, ancak bunlardan sekiz kişiye ulaşılamamış, dolayısıyla özürlü birey anketi ve WHO-DAS II ölçeği uygulanamamıştır. Görme ile ilgili bozukluk sekizi doğuştan, 29'u sonradan olmak üzere toplam 37 kişide gözlemlenmiştir.

Doğuştan kazanılan görme bozukluğunun nedenin, dört kişide genetik/kalıtsal bozukluk, bir kişide kan uyuşmazlığı iki kişide nedeni bilinmeyen bir durumdan ve kalan bir kişide ise diğer nedenlerle meydana geldiği belirlenmiştir. Sonradan meydana gelen özür lülüğün nedenleri ise; 11 kişide hastalık, 10 kişide kaza, yedi kişide nedeni bilinmeyen ve kalan bir kişide ise diğer nedenlerle oluşan bir bozukluk olarak tespit edilmiştir. Kaza sonucu oluştuğu belirlenen bozukluğun iş kazası (% 40.0), trafik kazası (% 40.0) ve oyun kazası (% 20.0) ile meydana geldiği bulunmuştur.

Sıklıkla tespit edilen özür derecesi; şaşılık (% 40.5), bir gözün hiç görmemesi (% 24.3) ve her iki gözün az görmesi (%13.5) olarak tespit edilmiştir.

Görme özürlü olan bireyler herhangi bir alet/cihaz kullanımı açısından değerlendirildiğinde; % 35.1'inin cihaz kullandığı ve bu cihazların dağılımında gözlük (% 92.3) ve göz protezi (% 7.7) olduğu tespit edilmiştir. Görme özürlü kişilerin büyük bir çoğunluğu bu alet ve cihazları bağlı buldukları sosyal güvenlik kurumundan temin etmişlerdir (% 76.9). Bu gruba karşılaştıkları sorunların neler olduğu sorulduğunda % 50'sinin herhangi bir sorun yaşamadığı, % 22.2'si devletin sağladığı imkanların yetersiz olduğunu, % 8.3'ü ise toplumun kendilerine nasıl yardımcı olacağını bilmediğini vurgulamışlardır.

Tablo 24'de sosyodemografik özellikleri belirtilen görme özürlü bireylerin % 75.7'sine şuanda herhangi bir sağlık kuruluşu tarafından tedavi uygulanmadığı belirlenmiştir.

Görme ile ilgili bozukluklar Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın kullanmış olduğu ICD-10 sınıflamasına göre görme ile ilgili bozukluklar ve körlük adı ile H53-H54, şaşılık adı ile H49-H50 numaraları ile kodlanmaktadır.

4.3.5. İşitme İle İlgili Bozukluklar

İşitme ile ilgili bozuklukları olan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 25’de verilmiştir.

Tablo 25. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında İşitme İle İlgili Bozuklukları Olan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri, Aydın, 2006-2007

| Özellikler | Sayı | % |
|--|-----------|--------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 19 | 52.8 |
| Erkek | 17 | 47.2 |
| Yaş Grupları | | |
| 0-14 | 4 | 11.1 |
| 15-29 | 3 | 8.3 |
| 30-44 | 5 | 13.9 |
| 45-64 | 9 | 25.0 |
| 65 ve üzeri | 15 | 41.7 |
| Eğitim Durumu | | |
| Öğrenci | - | - |
| Okur-yazar değil | 9 | 25.0 |
| Okur-yazar fakat bir okul bitirmemiş | 1 | 2.8 |
| İlkokul/ilköğretim | 19 | 52.8 |
| Ortaokul/Orta ve dengi meslek | 3 | 8.3 |
| Lise/Lise ve dengi meslek | 4 | 11.1 |
| Yüksekokul veya fakülte | - | - |
| Diğer (yüksek lisans, doktora) | - | - |
| Özürlüler Okulu | - | - |
| Medeni Durum¹ | | |
| Bekar | 1 | 3.1 |
| Evli | 21 | 65.6 |
| Eşi ölmüş/Boşanmış | 10 | 31.3 |
| Diğer (dini nikah) | - | - |
| Ana-baba akrabalığı² | | |
| Akrabalık yok | 29 | 93.5 |
| Akrabalık var | 2 | 6.5 |
| Meslek | | |
| 0-14 yaş / öğrenci | 4 | 11.1 |
| Çalışmıyor ³ | 28 | 77.8 |
| Çalışıyor | 4 | 11.1 |
| Sosyal Güvence | | |
| Yok | 1 | 2.8 |
| SSK | 19 | 52.8 |
| Bağkur | 7 | 19.4 |
| Emekli Sandığı/Resmi | 8 | 22.2 |
| Yeşil kart | 1 | 2.8 |
| Diğer (özel sigorta, özel sandık) | - | - |
| Toplam | 36 | 100.0 |

¹ Medeni durum için 0-14 yaş grubu 808 kişi hariç, 15 yaş üstü katılımcıların medeni durumu incelenmiştir.

² Ana-baba akrabalığı için 0-14 yaş ve bekar 1458 kişi hariç, 15 yaş üstü ve evli katılımcılar incelenmiştir

³ Ev hanımı/Emekli/İşsiz

Tablo 25 incelendiğinde, işitme bozukluğu olan kişilerin % 52.8'inin kadın, %52.8'inin ilköğretim mezunu, % 65.6'sının evli, % 6.5'inin anne ve babasının akraba evliliği yaptığı, % 97.2'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu ve % 77.8'inin çalışmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmada işitme ile ilgili bozukluğu bulunan toplam 36 kişi belirlenmiştir, ancak bunlardan sekiz kişiye ulaşılamamış dolayısıyla, özürlü birey anketi ve WHO-DAS II ölçeği uygulanamamıştır. İşitme ile ilgili bozukluk ikisi doğuştan, 26'sı sonradan olmak üzere toplam 28 kişide gözlemlenmiştir.

Doğuştan kazanılan işitme bozukluğunun nedenin, bir kişide genetik/kalıtsal bozukluk, bir kişide ise bebeğin doğum sırasında oksijensiz kalması sebebiyle oluştuğu belirlenmiştir. Sonradan meydana gelen özür lülüğün nedenleri ise; 13 kişide hastalık, üç kişide kaza, altı kişide nedeni bilinmeyen ve kalan dört kişide ise diğer nedenlerle oluşan bir bozukluk olarak tespit edilmiştir. Kaza sonucu oluştuğu belirlenen bozukluğun trafik kazası (% 66.7) ve iş kazası (%33.3) sonucu meydana geldiği bulunmuştur.

Sıklıkla tespit edilen özür derecesi; bir kulağı hiç duymayan (% 53.6), her iki kulağı az duyan (% 17.9) ve bir kulağı az diğeri hiç duymayan (% 10.7) olarak tespit edilmiştir.

İşitme özürlü olan bireyler herhangi bir alet/cihaz kullanımı açısından değerlendirildiğinde; % 50.0'ının cihaz kullandığı ve bu cihazı bağılı buldukları sosyal güvenlik kurumundan temin ettikleri tespit edilmiştir. Bu gruptaki özür lülere “çevre ile nasıl iletişim kurdukları” sorulduğunda % 85.2'si çevre ile konuşarak iletişim kurduğunu, % 3.7'si hiç iletişim kurmadığını, diğ erleri ise işaret dili ve dudaktan okuma ile iletişim kurduklarını söylemişlerdir. Bu gruba karşılaştıkları sorunların neler olduğu sorulduğunda % 50.0'ı herhangi bir sorun yaşamadığı, % 37.5'i devletin sağladığı imkanların yetersiz olduğunu vurgulamışlardır.

Tablo 25’de sosyodemografik özellikleri belirtilen işitme özürlü bireylerin % 75.0’ı şuanda herhangi bir sağlık kuruluşu tarafından tedavi uygulanmadığı belirlenmiştir.

İşitme ile ilgili bozukluklar Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı’nın kullanmış olduğu ICD-10 sınıflamasına göre kulağın diğer hastalıkları adı altında H90-H95 numarası ile kodlandırılmaktadır.

4.3.6. Dil ve Konuşma İle İlgili Bozukluklar

Dil ve Konuşma ile ilgili bozuklukları olan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 26’de verilmiştir.

Tablo 26. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Tespit Edilen Dil ve Konuşma İle İlgili Bozuklukları Olan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri, Aydın, 2006-2007

| Özellikler | Sayı | % |
|--|-----------|--------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 9 | 32.1 |
| Erkek | 19 | 67.9 |
| Yaş Grupları | | |
| 0-14 | 8 | 28.6 |
| 15-29 | 6 | 21.4 |
| 30-44 | 1 | 3.6 |
| 45-64 | 4 | 14.3 |
| 65 ve üzeri | 9 | 32.1 |
| Eğitim Durumu¹ | | |
| Öğrenci | - | - |
| Okur-yazar değil | 5 | 18.5 |
| Okur-yazar fakat bir okul bitirmemiş | 1 | 3.7 |
| İlkokul/ilköğretim | 17 | 63.0 |
| Ortaokul/Orta ve dengi meslek | 1 | 3.7 |
| Lise/Lise ve dengi meslek | 2 | 7.4 |
| Yüksekokul veya fakülte | - | - |
| Diğer (yüksek lisans, doktora) | - | - |
| Özürlüler Okulu | 1 | 3.7 |
| Medeni Durum² | | |
| Bekar | 8 | 40.0 |
| Evli | 9 | 45.0 |
| Eşi ölmüş/Boşanmış | 3 | 15.0 |
| Diğer (dini nikah) | - | - |
| Ana-baba akrabalığı³ | | |
| Akrabalık yok | 11 | 91.7 |
| Akrabalık var | 1 | 8.3 |
| Meslek | | |
| 0-14 yaş / öğrenci | 8 | 28.6 |
| Çalışmıyor ⁴ | 19 | 67.8 |
| Çalışıyor | 1 | 3.6 |
| Sosyal Güvence | | |
| Yok | - | - |
| SSK | 13 | 46.4 |
| Bağkur | 5 | 17.9 |
| Emekli Sandığı/Resmi | 6 | 21.4 |
| Yeşil kart | 4 | 14.3 |
| Diğer (özel sigorta, özel sandık) | - | - |
| Toplam | 28 | 100.0 |

¹Eğitim durumu bölümünde 276 kişi 0-6 yaş grubunda olduğu için belirtilmemiştir.

²Medeni durum için 0-14 yaş grubu 808 kişi hariç, 15 yaş üstü katılımcıların medeni durumu incelenmiştir.

³Ana-baba akrabalığı için 0-14 yaş ve bekar 1458 kişi hariç, 15 yaş üstü ve evli katılımcılar incelenmiştir.

⁴Ev hanımı/Emekli/İşsiz

Tablo 26 incelendiğinde, dil ve konuşma bozukluğu olan kişilerin % 67.9'unun erkek, %63.0'nin ilkokul ve ilköğretim mezunu, % 45.0'nin evli, % 8.3'ünün anne ve babasının akraba evliliği yaptığı, sosyal güvence bakımından en sık % 46.4 ile SSK'lı ve % 67.8'inin çalışmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmada dil ve konuşma ile ilgili bozukluğu bulunan toplam 27 kişi belirlenmiştir, ancak bunlardan üç kişiye ulaşılamamış dolayısıyla özürlü birey anketi ve WHO-DAS II ölçeği uygulanamamıştır. Dil ve konuşma ile ilgili bozukluk yedisi doğuştan, 17'si sonradan olmak üzere toplam 24 kişide gözlemlenmiştir.

Doğuştan kazanılan dil ve konuşma bozukluğunun nedenin, üç kişide genetik/kalıtsal bozukluk, üç kişide bebeğin doğum sırasında oksijensiz kalması ve bir kişide nedeni bilinmeyen bir durumdan oluştuğu belirlenmiştir. Sonradan meydana gelen özürlülüğün nedenleri ise; 13 kişide hastalık, üç kişide nedeni bilinmeyen ve kalan bir kişide ise diğer nedenlerle oluşan bir bozukluk olarak tespit edilmiştir.

Sıklıkla tespit edilen özür derecesi; ara sıra tek kelime konuşma (%25.0), tutuk konuşma/kekeme (%20.8), yarım konuşma (% 20.8), ses bozukluğu (% 12.5) ve hiç konuşmama/dilsiz (% 12.5) olarak saptanmıştır.

Dil ve Konuşma özürlü olan bireylerin herhangi bir alet/cihaz kullanımı açısından değerlendirildiğinde; % 95.8'inin cihaz kullanmadığı tespit edilmiştir. “Bu cihazı niçin kullanmadıkları sorulduğunda” % 87.5'inin ihtiyaç duymadığı belirlenmiştir. Bu gruptaki özürlülere “çevre ile nasıl iletişim kurdukları” sorulduğunda % 50.0'ı çevre ile konuşarak iletişim kurduğunu, % 25.0'ı işaretle iletişim kurduklarını söylemişlerdir. Bu özürlü gruba karşılaştıkları sorunların neler olduğu sorulduğunda % 37.5'inin, devletin sağladığı imkanların yetersiz olduğunu, % 29.2'si herhangi bir sorun yaşamadığını vurgulamışlar ve % 20.8'i ise bu soruyu cevaplamamışlardır.

Tablo 26'da sosyodemografik özellikleri belirtilen dil ve konuşma bozukluğu olan özürlü bireylerin % 75.0'ına şuanda herhangi bir sağlık kuruluşu tarafından tedavi uygulanmadığı belirlenmiştir.

Dil ve konuşma ile ilgili bozukluklar Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın kullanmış olduğu ICD-10 sınıflamasına göre psikolojik gelişme bozuklukları adı altında F80-F89 numarası ile kodlandırılmaktadır.

4.3.7. Zihinsel Bozukluklar

Çalışma grubunda zihinsel bozukluğu bulunan toplam dokuz kişi belirlenmiştir, ancak bunlardan bir kişiye ulaşılamamış dolayısıyla özürlü birey anketi ve WHO-DAS II ölçeği uygulanamamıştır. Zihinsel bozukluk dördü doğuştan, dördü sonradan olmak üzere toplam 8 kişide gözlemlenmiştir.

Zihinsel bozuklukları olan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 27'de verilmiştir.

Tablo 27. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Tespit Edilen Zihinsel Bozuklukları Olan Kişilerin Sosyodemografik Özellikleri, Aydın, 2006-2007

| Özellikler | Sayı | % |
|--|----------|--------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 4 | 44.4 |
| Erkek | 5 | 55.6 |
| Yaş Grupları | | |
| 0-14 | 4 | 44.4 |
| 15-29 | 5 | 55.6 |
| 30-44 | - | - |
| 45-64 | - | - |
| 65 ve üzeri | - | - |
| Eğitim Durumu | | |
| Öğrenci | - | - |
| Okur-yazar değil | 3 | 33.3 |
| Okur-yazar fakat bir okul bitirmemiş | - | - |
| İlkokul/ilköğretim | 5 | 55.6 |
| Ortaokul/Orta ve dengi meslek | 1 | 11.1 |
| Lise/Lise ve dengi meslek | - | - |
| Yüksekokul veya fakülte | - | - |
| Diğer (yüksek lisans, doktora) | - | - |
| Özürlüler Okulu | - | - |
| Medeni Durum¹ | | |
| Bekar | 5 | 100.0 |
| Evli | - | - |
| Eşi ölmüş/Boşanmış | - | - |
| Diğer (dini nikah) | - | - |
| Ana-baba akrabalığı² | | |
| Akrabalık yok | 5 | 100.0 |
| Akrabalık var | - | - |
| Meslek | | |
| 0-14 yaş/ öğrenci | 4 | 44.4 |
| Çalışmıyor ³ | 5 | 55.6 |
| Çalışıyor | - | - |
| Sosyal Güvence | | |
| Yok | 1 | 11.1 |
| SSK | 5 | 55.6 |
| Bağkur | 1 | 11.1 |
| Emekli Sandığı/Resmi | 1 | 11.1 |
| Yeşil kart | 1 | 11.1 |
| Diğer (özel sigorta, özel sandık) | - | - |
| Toplam | 9 | 100.0 |

¹Medeni durum için 0-14 yaş grubu 808 kişi hariç, 15 yaş üstü katılımcıların medeni durumu incelenmiş olup, bunların 4'ü özürlü olarak tespit edilmiştir.

²Ana-baba akrabalığı için 0-14 yaş ve bekar 1458 kişi hariç, 15 yaş üstü ve evli katılımcılar incelenmiş olup, bunların 4'ü özürlü olarak tespit edilmiştir.

³Ev hanımı/Emekli/İşsiz

Tablo 27 incelendiğinde, zihinsel bozukluğu olan kişilerin % 55.6'sının erkek, %55.6'sının ilköğretim mezunu, bekar, anne ve babasının akraba evliliği olmayan, % 89.0'nın sosyal güvenceye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Doğuştan kazanılan zihinsel bozukluğunun nedenin, iki kişide genetik/kalıtsal bozukluk, bir kişide doğum travması ve bir kişide doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması sonucu oluştuğu belirlenmiştir. Sonradan meydana gelen özür lülüğün nedenleri ise; dört kişide hastalık nedeni ile oluştuğu tespit edilmiştir.

Sıklıkla tespit edilen özür derecesi; eğitilebilir/hafif (%50.0), idiot/ağır (%25.0) olduğu tespit edilmiştir.

Zihinsel özür lü bireylerin yürüme, konuşulanları anlama, tek başına yemek yeme ve giyinebilmede (% 62.5) herhangi bir sorun yaşamadığı, konuşamadığı ve başkasının yardımı ile tuvalet ve banyo ihtiyacını karşılayabildiği (% 37.5) saptanmıştır.

Özür lü gruba karşılaştıkları sorunların neler olduğu sorulduğunda % 28.6'sının, toplumun özür lü nedeniyle kendisini kabullenmediğini, % 28.6'sı devletin sağladığı imkanların yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 27'de sosyodemografik özellikleri belirtilen zihinsel özür lü bireylerin %75.0'ına ş uanda herhangi bir sağlık kuruluşu tarafından tedavi uygulanmadığı belirlenmiştir.

Zihinsel bozukluklar Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın kullanmış olduğu ICD-10 sınıflamasına göre zeka geriliği adı altında F70-F79 numarası ile kodlandırılmaktadır.

4.3.8. 18 Yaşından Küçük Özür lü Bireyler

Çalışmada tespit edilen 18 yaşından küçük özür lü bireylere (n=20) sadece annesi veya sorumlusu tarafından cevaplandırılacak çeşitli sorular yöneltilmiştir (Ek 4). Bu sorulara verilen cevaplara göre ankete katılanların dördü doğum yaptığında 25 yaşını doldurduğunu, dokuzu hamileyken düzenli olarak sağlık kontrolüne gittiğini, sekizi hamilelik sırasında herhangi bir sorun yaşamadığını, 15 anne tam teşekküllü bir hastanede normal doğum yaptığını ve doğumda herhangi bir sorun yaşamadığını, 14'ünün doğumunun doktor

tarafından gerçekleştirildiğini, 10 kişi ise çocuğunun özürlü olduğunu bir yaşında anladığını söylemişlerdir. “Çocuğunuzun farklı olduğunu nasıl anladınız?” sorusuna ankete katılanlardan yedisi hareketlerinin yaşıtlarından daha ağır olduğunu ve geç yürüdüğünü belirtmişlerdir. Çocuğunun farklı olduğunu anlayan 10 veli hemen doktor yardımını almışlardır. “Çocuğunuz farklı olduğunu anladığımızda onu çevrenizden sakladınız mı?” sorusuna 17 kişi gibi bir çoğunluk hayır cevabı vermiştir. “Çocuğunuza sorumluluk veriyor musunuz?” sorusuna sekiz kişi hem ev içinde hem de dışında sorumluluk verdiğini, dördü ise herhangi bir sorumluluk vermediğini söylemişlerdir. Velilerin 15’i özürlü olan çocuklarının çevredeki arkadaşlarıyla oyun oynamasına izin verirken, üç kişi diğer çocukların onunla alay edeceğini, onu kabul etmeyeceklerini, onun sürekli korunmak zorunda olduğunu düşünerek izin vermediğini belirtmişlerdir. “Kardeşlerinin çocuğunuza olan davranışları nasıldır?” sorusuna 12 kişi gibi bir çoğunluk “genelde iyi geçinirler” cevabını vermiştir. “Çocuğunuz yapmaması gereken bir davranışta bulunduğunda genelde ne yaparsınız?” sorusuna dokuzu “onunla konuşur”, aynı hatayı tekrarlamaması için ikna etmeye çalışırım cevabını verirken, dördü “davranışlarını neden uygun bulmadığımı” açıklamaya çalışırım şeklinde yanıtlamıştır.

4.4. WHO DAS-II Sonuçları

Anket uygulaması sonucu özürlü olduğu tespit edilen 18 yaş ve üstündeki 482 katılımcıya WHODAS-II uygulanmıştır. Tespit edilen özürülerin WHODAS-II'ye göre yetiyitimi ve alan yetiyitimi düzeyleri Tablo 28'de gösterilmiştir.

Tablo 28. Özürülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Tespit Edilen Özürülerin Yetiyitimi ve Alan Yetiyitimi Düzeyleri (n=482), Aydın, 2006-2007

| | En küçük | En büyük | Ortalama | Standart Sapma |
|-------------------------------------|-------------|--------------|-------------|----------------|
| Alan 1 Anlama-İletişim | 0,00 | 80,00 | 9,12 | 10,32 |
| Alan 2 Hareket | 0,00 | 100,00 | 16,38 | 18,08 |
| Alan 3 Kendine bakım | 0,00 | 100,00 | 3,94 | 15,82 |
| Alan 4 İnsan ilişkileri | 0,00 | 100,00 | 1,83 | 8,75 |
| Alan 5 Yaşam etkinlikleri | | | | |
| Evle İlgili Etkinlikler | 0,00 | 100,00 | 24,94 | 24,81 |
| İş yada Okul İle İlgili Etkinlikler | 0,00 | 100,00 | 8,40 | 16,74 |
| Alan 6 Katılım | 0,00 | 83,33 | 7,35 | 11,90 |
| WHODAS-II TOPLAM DEĞERİ | 0,00 | 57,55 | 8,75 | 8,91 |

Çalışmada ortalama yetiyitimi düzeyi $8,75 \pm 8,91$ (0.00-57.55) olarak bulunmuştur. Alan yetiyitimi düzeylerinin en yüksek olduğu grup “Alan 5. Evle İlgili Etkinlikler” ve “Alan 2. Hareket Etme” dir.

Araştırmada tespit edilen özürülerin WHO DAS-II düzeylerinin sosyodemografik özelliklere göre dağılımları Tablo 29'de, özürülük tiplerine göre dağılımları ise Tablo 30'da gösterilmiştir.

Tablo 29. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasına Katılan Kişilerde Belirlenen Özürlülerin WHO DAS-II Düzeylerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı, Aydın, 2006-2007

| Özellikler | WHO DAS-II Ortalamaları |
|---|-------------------------|
| Cinsiyet | |
| Kadın | 9,75±8,57 |
| Erkek | 7,12±9,23 |
| | P=0.002* |
| Yaş Grupları | |
| 18-29 | 14,43±16,70 |
| 30-44 | 8,03±7,84 |
| 45-64 | 7,21±7,33 |
| 65 ve üzeri | 10,28±8,70 |
| | p< 0.001** |
| Eğitim Durumu | |
| Okur-yazar değil | 15,09±9,50 |
| Okur-yazar fakat bir okul bitirmemiş | 12,10±13,65 |
| İlkokul/ilköğretim | 8,28±8,10 |
| Ortaokul/Orta ve dengi meslek | 8,00±10,56 |
| Lise/Lise ve dengi meslek | 6,52±7,19 |
| Yüksekokul veya fakülte | 3,89±2,12 |
| Diğer (yüksek lisans, doktora, Özürlüler okulu) | - |
| | p< 0.001*** |
| Sosyal Güvence | |
| Yok | 11,02±9,93 |
| SSK | 9,11±8,88 |
| Emekli Sandığı/Resmi | 7,28±9,47 |
| Bağkur | 7,99±6,81 |
| Yeşil kart | 13,20±9,92 |
| Diğer (özel sigorta, özel sandık) | - |
| | p=0.003*** |
| Medeni Durum | |
| Bekar | 21,02±19,56 |
| Evli | 7,70±7,58 |
| Eşi ölmüş/Boşanmış | 9,80±6,56 |
| Diğer (dini nikah) | 4,95±2,82 |
| | p< 0.001*** |
| Meslek | |
| Çalışmıyor ¹ | 9,31±9,10 |
| Çalışıyor | 5,69±7,08 |
| | p=0.001*** |
| Ana-baba akrabalığı² | |
| Akrabalık yok | 7,76±7,43 |
| Akrabalık var | 10,58±6,82 |
| | P=0.010* |
| Toplam | p<0.001 |

¹Emekli/çalışmıyor/ev hanımı

²Bekar 25 kişi hariç

*t testi **Bağımsız gruplarda varyans analizi ***Kruskal Wallis Varyans analizi

WHODAS-II uygulanan özürlü bireylerde yetiyitimi ve alan yetiyitimi düzeyleri ortalamalarının bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; elde edilen düzeyin cinsiyet ($p= 0,002$) ve yaştan ($p< 0.001$) etkilendiği tespit edilmiştir. Düzey ortalamasının özellikle 18-29 yaş bandında yüksek olduğu gözlemlenmiştir. 18-29 yaş grubu analiz dışında bırakıldığında 65 yaş ve üzerinde ortalamanın daha yüksek olduğu, gruplar arasında da anlamlı bir fark meydana geldiği gözlemlenmiştir ($p=0,001$). 65 yaş ve üzerindeki grup çıkarıldığında ise diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p=0,425$). Yetiyitimi düzey ortalamalarına cinsiyetin etkisi incelendiğinde, bu değer kadınlarda istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p= 0,002$).

Eğitim durumu ile yetiyitimi düzeyi ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir fark gözlemlenmiştir ($p< 0.001$). Okur-yazar olmayan bireyler ile okur-yazar olup herhangi bir okulu bitirmemiş olanların ortalamasının diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu gruplar analiz dışı bırakıldığında ilköğretim mezunlarının ortalamalarının daha yüksek olduğu ve diğer gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,04$). Bu grup çıkarıldığında ise diğer eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p=0,263$).

Sosyal güvence durumu ile yetiyitimi düzeyi ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde ise; yeşil kart sahibi olanların skor ortalamalarının diğerlerinden daha yüksek olduğu gözlemlenmiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,003$). Medeni durum göz önüne alındığında, bekâr bireylerde ortalamanın diğerlerine göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir ($p< 0.001$).

Tablo 30. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Belirlenen Özürlülerin WHO DAS-II Düzeylerinin Özürlülük Tiplerine Göre Dağılımı, Aydın, 2006-2007

| Özür türü | WHO DAS-II Düzeyi | | |
|---------------------------------------|-------------------|-------------|--------------|
| | Ortalama±SS* | Minimum | Maksimum |
| Süreğen (Kronik) Hastalıklar | 7,83±7,00 | 0,00 | 51,89 |
| Ruhsal Bozukluklar | 7,94±8,89 | 0,00 | 43,40 |
| Ortopedik Bozukluklar | 16,76±14,29 | 0,00 | 56,60 |
| Görme İle İlgili Bozukluklar | 10,75±10,95 | 0,00 | 51,89 |
| İşitme İle İlgili Bozukluklar | 10,42±10,32 | 0,00 | 49,06 |
| Dil ve Konuşma İle İlgili Bozukluklar | 24,47±18,00 | 4,72 | 56,60 |
| Zihinsel Bozukluklar | 43,40±18,12 | 12,26 | 57,55 |
| Toplam | 8,75±8,91 | 0,00 | 57,55 |

*SS: Standart Sapma

Araştırma grubunda bulunan mevcut özür türlerine göre WHO DAS-II düzeyi ortalamaları değerlendirildiğinde, en yüksek ortalamanın 43,40±18,12 ile zihinsel bozukluklarda, ikinci sırada ise 24,47±18,00 ile dil ve konuşma ile ilgili bozukluğu olanlarda saptanmıştır. Özellikle zihinsel bozuklukları olanlar temel günlük yaşam aktivitelerini başka birisinin yardımı ile ya da hiç yapamadıklarını dile getirmişlerdir.

4.5. ICF Sınıflaması

ICF genel bilgiler bölümünde tablo 4'te belirtildiği gibi temel olarak iki bölüm bu bölümlerin altında iki alt bölümden oluşur. İşlevler ve yetiyitimi bölümünün etkinlikler ve katılım alanı WHO-DAS II ölçeği kullanılarak belirlenmektedir. WHO-DAS II özürlülüğün ölçülmesi ve uluslararası karşılaştırmalar için DSÖ tarafından geliştirilen bir ölçektir. ICF uygulamaları ile karşılaştırılabilecek ve kültürler arası uygulanabilirliği olan, zihinsel, fiziksel, duyuşsal vb tüm özür türlerini değerlendirmede kullanılabilir yararlı bir araçtır. WHO-DAS-II tıbbi tanıdan bağımsız olarak, bireyin faaliyet düzeyinde ve topluma katılımında olan kısıtlılıkları tespit edebilmek amacıyla geliştirilmiştir (111, 112).

Ancak WHO-DAS II düzeylerinin ICF için yorumlanmasına yönelik uluslar arası ve ulusal rehber bilgilerine literatürlerde rastlanmamıştır. Çalışmada elde edilen WHO-DAS II düzeyleri Tablo 31, 32, 33 ve 34’de belirtilen şekilde sınıflandırılmıştır.

Tablo 31. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Belirlenen Özürlülerin WHO DAS-II Ölçeğinde “Sıfır” Puan Alanlar/Güçlük Çekmeyenler, Aydın, 2006-2007

| | Alan 1 | | Alan 2 | | Alan 3 | | Alan 4 | | Alan 5 | | | | | | Alan 6 | | Toplam Alan | |
|------------------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|------|-------------------------|------|------|-------------------------------------|------|-------|--------|------|-------------|-----|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Evle İlgili Etkinlikler | | | İşle yada Okulla İlgili Etkinlikler | | | Sayı | % | Sayı | % |
| | | | | | | | | | N | Sayı | % | n | Sayı | % | | | | |
| Süreğen Hastalıklar (n=407) | 70 | 17.2 | 80 | 19.7 | 386 | 94.8 | 384 | 94.3 | 370 | 97 | 2.4 | 59 | 43 | 72.9 | 174 | 42.8 | 17 | 4.2 |
| Ruhsal Bozukluk (n=48) | 9 | 18.8 | 22 | 45.8 | 45 | 93.8 | 42 | 87.5 | 44 | 13 | 29.6 | 5 | 3 | 60.0 | 17 | 35.4 | 1 | 2.1 |
| Ortopedik Bozukluk (n=61) | 21 | 34.4 | 6 | 9.8 | 46 | 75.4 | 52 | 85.2 | 53 | 10 | 18.9 | 13 | 8 | 61.5 | 19 | 31.1 | 2 | 3.3 |
| Görme Bozukluk (n=30) | 8 | 26.7 | 8 | 26.7 | 25 | 83.3 | 28 | 93.3 | 26 | 11 | 42.3 | 6 | 4 | 66.7 | 9 | 30.0 | 1 | 3.3 |
| İşitme Bozukluk (n=24) | 5 | 20.8 | 6 | 25.0 | 21 | 87.5 | 19 | 79.2 | 21 | 5 | 23.8 | 1 | 1 | 100.0 | 9 | 37.5 | 1 | 4.2 |
| Konuşma Bozukluk (n=16) | 1 | 6.3 | 4 | 25.0 | 9 | 56.3 | 8 | 50.0 | 1 | 1 | 6.3 | - | - | - | 3 | 18.8 | - | - |
| Zihinsel Bozukluk (n=5) | - | - | 3 | 60.0 | - | - | 1 | 20.0 | 1 | 1 | 20.0 | - | - | - | - | - | - | - |

Tablo 31 incelendiğinde süreğen hastalık ile ruhsal, ortopedik, görme, işitme ve konuşma bozukluğuna sahip bireylerin Alan 3 (Kendine Bakım) ve Alan 4 (İnsan İlişkileri)’de, zihinsel bozukluğa sahip bireylerin ise Alan 2 (Hareket Etme Bir Yerden Bir Yere Gitme)’de belirtilen etkinlikleri yaparken fazla güçlük çekmediği belirlenmiştir.

Tablo 32. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Belirlenen Özürlülerin WHODAS-II Ölçeği Alan Puanları, Aydın, 2006-2007

| | Alan 1 | | | | Alan 2 | | | | Alan 3 | | | | Alan 4 | | | |
|-------------------------------------|------------------|------|--------------|------|------------------|------|--------------|------|------------------|------|--------------|------|------------------|------|--------------|------|
| | Güçlük Çekmeyen* | | Güçlük Çeken | | Güçlük Çekmeyen* | | Güçlük Çeken | | Güçlük Çekmeyen* | | Güçlük Çeken | | Güçlük Çekmeyen* | | Güçlük Çeken | |
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Süreğen Hastalıklar (n=407) | 70 | 17.2 | 337 | 82.8 | 80 | 19.7 | 327 | 80.3 | 386 | 94.8 | 21 | 5.2 | 384 | 94.3 | 23 | 5.7 |
| Ruhsal Bozukluklar (n=48) | 9 | 18.8 | 39 | 81.2 | 22 | 45.8 | 26 | 54.2 | 45 | 93.8 | 3 | 6.2 | 42 | 87.5 | 6 | 12.5 |
| Ortopedik Bozukluklar (n=61) | 21 | 34.4 | 40 | 65.6 | 6 | 9.8 | 55 | 90.2 | 46 | 75.4 | 15 | 24.6 | 52 | 85.2 | 9 | 14.8 |
| Görme Bozuklukları (n=30) | 8 | 26.7 | 22 | 73.3 | 8 | 26.7 | 22 | 73.3 | 25 | 83.3 | 5 | 16.7 | 28 | 93.3 | 2 | 6.7 |
| İşitme Bozuklukları (n=24) | 5 | 20.8 | 19 | 79.2 | 6 | 25.0 | 18 | 75.0 | 21 | 87.5 | 3 | 12.5 | 19 | 79.2 | 5 | 20.8 |
| Konuşma Bozuklukları (n=16) | 1 | 6.3 | 15 | 93.7 | 4 | 25.0 | 12 | 75.0 | 9 | 56.3 | 7 | 43.7 | 8 | 50.0 | 8 | 50 |
| Zihinsel Bozukluklar (n=5) | - | - | - | - | 3 | 60.0 | 2 | 40.0 | - | - | - | - | 1 | 20.0 | 4 | 80 |

* Güçlük çekmeyen: WHODAS II'den 0 (sıfır) puan alanlar

Tablo 32. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Belirlenen Özürlülerin WHODAS-II Ölçeği Alan Puanları, Aydın, 2006-2007 (devam)

| | Alan 5 | | | | | | | | | | Alan 6 | | | | Toplam Alan | | | |
|-------------------------------------|-------------------------|------|------|--------------|------|-------------------------------------|------|-------|--------------|-------|------------------|------|--------------|------|------------------|-----|--------------|------|
| | Evle İlgili Etkinlikler | | | | | İşle yada Okulla İlgili Etkinlikler | | | | | | | | | | | | |
| | Güçlük Çekmeyen* | | | Güçlük Çeken | | Güçlük Çekmeyen* | | | Güçlük Çeken | | Güçlük Çekmeyen* | | Güçlük Çeken | | Güçlük Çekmeyen* | | Güçlük Çeken | |
| | n | Sayı | % | Sayı | % | n | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Süreğen Hastalıklar (n=407) | 370 | 97 | 2.4 | 273 | 97.6 | 59 | 43 | 72.9 | 16 | 27.1 | 174 | 42.8 | 233 | 47.2 | 17 | 4.2 | 390 | 95.8 |
| Ruhsal Bozukluklar (n=48) | 44 | 13 | 29.6 | 31 | 70.4 | 5 | 3 | 60.0 | 2 | 40 | 17 | 35.4 | 31 | 64.6 | 1 | 2.1 | 47 | 97.9 |
| Ortopedik Bozukluklar (n=61) | 53 | 10 | 18.9 | 43 | 81.1 | 13 | 8 | 61.5 | 5 | 38.5 | 19 | 31.1 | 42 | 68.9 | 2 | 3.3 | 59 | 96.7 |
| Görme Bozuklukları (n=30) | 26 | 11 | 42.3 | 15 | 57.7 | 6 | 4 | 66.7 | 2 | 33.3 | 9 | 30.0 | 21 | 70 | 1 | 3.3 | 29 | 96.7 |
| İşitme Bozuklukları (n=24) | 21 | 5 | 23.8 | 16 | 76.2 | 1 | 1 | 100.0 | - | - | 9 | 37.5 | 15 | 62.5 | 1 | 4.2 | 23 | 95.8 |
| Konuşma Bozuklukları (n=16) | 1 | 1 | 6.3 | - | 93.7 | - | - | - | 1 | 100.0 | 3 | 18.8 | 13 | 81.2 | - | - | - | - |
| Zihinsel Bozukluklar (n=5) | 1 | 1 | 20.0 | - | 80 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |

* Güçlük çekmeyen: WHODAS II'den 0 (sıfır) puan alanlar

Tablo 32 incelendiğinde özürlü bireylerin en fazla güçlük çektiği alanlar, süregelen hastalıklarda Alan 5 (ev ile ilgili etkinlikler), ruhsal ve işitme bozuklarında Alan 1 (anlama ve iletişim kurma), ortopedik bozukluklarda Alan 2 (hareket etme bir yerden bir yere gitme), görme bozukluklarında Alan 1 ve 2, konuşma bozukluklarında Alan 1 ve 5 (ev ile ilgili etkinlikler), zihinsel bozukluklarda ise Alan 4 (insan ilişkileri) ve 5 (ev ile ilgili etkinlikler) olarak tespit edilmiştir.

WHODAS II ölçeği ile elde edilen veriler değerlendirildiğinde gerek alanların ve gerekse de total değerlerin sonuçları normal dağılıma uygunluk göstermediği tespit edilmiştir. Bu sebeple alanlardan tespit edilen sonuç değerleri 25, 50 ve 75 yüzdelerine göre sınıflandırılmış; % 25’lik dilime giren özürülüler “iyi”, % 50’lik dilime giren özürülüler “orta” ve son olarak % 75’lik dilime giren özürülüler ise “kötü” olarak yorumlanmıştır. Bu şekilde bir sınıflama yapıldığında aşağıda belirtilen olduğum tablolar (Tablo 33 ve Tablo 34) elde edilebilir.

Tablo 33. Özürülülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Belirlenen Özürülülerin WHODAS II Alan 1 ve Alan 5’in Sınıflaması, Aydın, 2006-2007

| | İyi | | Kötü | |
|---|------|------|------|------|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Alan 1. Anlam ve İletişim Kurma | 272 | 56.4 | 210 | 43.6 |
| Alan 5. İşle yada Okulla İlgili Etkinlik | 54 | 73.0 | 20 | 27.0 |

Tablo 33 incelendiğinde araştırmada tespit edilen özürülü bireylerin anlama ve iletişim kurma becerileri ile iş ve okul ile ilgili etkinliklerinin iyi derece olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 34. Özürülülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Belirlenen Özürülülerin, WHODAS II Alan 2, Alan 5, Alan 6 ve Genel Toplam Sınıflaması, Aydın, 2006-2007

| | İyi | | Orta | | Kötü | |
|---|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Alan 2. Hareket Etme | 203 | 42.1 | 72 | 15.0 | 207 | 42.9 |
| Alan 5. Evle İlgili Etkinlik | 120 | 27.3 | 113 | 25.7 | 206 | 47.0 |
| Alan 6. Toplumsal Yaşama Katılım | 199 | 41.3 | 133 | 27.6 | 150 | 31.1 |
| WHO DAS-II Genel Toplam Alan | 122 | 25.3 | 238 | 49.4 | 122 | 25.3 |

Tablo 34 incelendiğinde araştırmada tespit edilen özürlü bireylerin hareket etme ve ev ile ilgili etkinlikleri yaparken oldukça güçlük çektiği, toplumsal yaşama katılımda ise zorluk çekmedikleri belirlenmiştir.

Yukarıdaki tablolar da belirtilen şekilde WHO DAS II ölçeğinin Alan 1 ve Alan 5 İşle yada Okulla İlgili Etkinlik bölümlerinde iyi ve kötü olmak üzere iki grubun olduğu, Alan 2, 5, 6 ve bunların genel toplamalarında iyi, orta ve kötü olmak üzere üç grubun bulunduğu tespit edilmiştir. Alan 3 ve 4’de ise 446 kişi sıfır puan aldığı (iyi) yani ilgili alanlardaki aktiviteleri yaparken herhangi bir zorluk çekmediği belirlenmiştir. 36 kişi ise 10 ve üzeri puan almıştır (kötü), yani belirtilen alanlardaki etkinlikleri yaparken güçlük çektikleri tespit edilmiştir.

5. Tartışma

Özürllük sınıflaması için bir model oluşturmak üzere yapılan çalışmada Aydın il merkezi belediye sınırları içinde özürllük sıklığı belirlenmiş ve özürllük sınıflaması için kullanılan ve kullanılabilir yöntemler değerlendirilmiştir. Dünya’da ve Türkiye’de özürllük sıklığı ve türleri ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Ancak özürllük sınıflaması ile ilgili çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Bunun başlıca nedeni Dünya’da özürllük kavramının ortadan kalkmaya başlamış olması, yetiyitimi fonksiyon kaybı tanımlamaları ile alanın genişlemesi ve ICF gibi ortak kullanılan kodlamaların uygulamaya sokulmasıdır. Türkiye’de ise hala özürllük/sakatlık/engellilik tanımlamaları klasik olarak yapılmaktadır. Ayrıca çalışmalarda kullanılan ölçüt ve yöntemler farklılık göstermektedir.

5.1. Araştırmaya Katılanların Sosyodemografik özellikleri:

Çalışma kapsamında toplam 1200 hane ziyaret edilmiştir. Hanelerde yaşayan 3688 kişiye yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır. Hanede yaşayan kişi sayısı araştırma sonucunda ortalama 3.1 olarak tespit edilmiştir. Bu sayı 2005 yılında aydın İl Sağlık Müdürlüğü’nün Aydın ilinde belirlemiş olduğu hane büyüklüğünden (3.8) ve Türkiye İstatistik Kurumu’nun il ve ilçe merkezleri (4.18) için elde ettiği değerden düşüktür.

Çalışma grubunda orta ve ileri yaşta olan bir nüfus topluluğu ile görüşme yapıldığı gözlemlenmiştir. Bu durum TNSA-2003 verileri ile karşılaştırıldığında 30 yaşın altında olanlar çalışmamızda düşük, üstündekiler ise yüksek olarak bulunmuştur (59).

Çalışmaya katılımda bulunan kişilerin % 53.7’sinin evli, % 17.6’sının bekar, %6.7’sinin ise boşanmış yada eşini kaybetmiş olduğu tespit edilmiştir. Bu değerler Türkiye ortalamasından düşüktür. Türkiye Özürllüler Araştırması’na katılan kişilerin % 54.1’inin evli, % 34.4’ünün bekar, % 11.0’ının ise boşanmış yada eşini kaybetmiş olduğu bulunmuştur (60).

Araştırmada katılımcıların % 5.8’inin anne ve babasının akraba olduğu bulunmuştur. DSÖ verilerine göre bölgeden bölgeye değişmekle birlikte Dünya’da akraba evliliğin sıklığı % 1-20 arasında değişim göstermektedir, Türkiye’de ise bu oran TNSA-98 verilerine göre % 27 olarak tespit edilmiştir (40, 113). Akraba evliliği Şanlıurfa’da %49.6 (35), Denizli’de % 20.4 (41), Isparta’da %12.9 (9), Bolu Kürkçüler Köyü’nde % 9.3

(98) bulunmuştur. Çalışmamızda tespit ettiğimiz akraba evliliği oranı diğer çalışma sonuçları ortalamasından düşüktür. Bunun sebebi bölgeler arası farklılığa dayandırılmaktadır. Yapılan diğer çalışmalarda Türkiye’de akraba evliliğinin bölgelere göre değişim gösterdiği; kırsal bölgelerde kentlere göre, Doğu ve Kuzey Anadolu Bölgelerinde batıya göre oldukça yüksek oranlarda olduğu bildirilmektedir (35). Çalışmada akraba evliliği yapanların, % 72.0’ının kardeş çocuğu (birinci dereceden), % 27.5’inin kardeş torunu (ikinci dereceden) ve % 0.5’inin anne tarafından ikinci dereceden akraba olduğu bulunmuştur. Birinci dereceden akraba evliliği Uskun’un çalışmasında % 10.3, Ayan ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada %81, Özer’in çalışmasında ise % 92.5 olarak tespit edilmiştir (15, 34, 50).

Çalışmaya katılan kişilerin % 11.3’ünün sosyal güvencesinin olmadığı, %88.7’sinin ise sosyal güvencesinin bulunduğu saptanmıştır. Sahip oldukları sosyal güvenceler ise % 45.9 ile SSK, % 15.4 ile bağkur, % 23.2 ile emekli sandığı, % 4.1 ile yeşilkart ve % 0.1 ile diğer (özel sigorta, özel sandık) olarak belirlenmiştir. Türkiye Özürlüler Araştırmasında ise katılımcıların % 52.4’ünün sosyal güvencesinin olmadığı, % 47.6’sının ise sosyal güvencesinin bulunduğu (SSK % 54.6, Emekli sandığı % 19.4, Bağkur % 24.2, Diğer % 1.8) tespit edilmiştir (60). Çalışmada belirlenen sosyal güvence durumu Türkiye verilerinden düşük bulunmuştur.

5.2. Araştırmada Belirlenen Özürlülük Sıklığı

Çalışmaya katılanların % 15.7’sinde (n=577) herhangi bir özür bulunmaktadır. Bunlardan % 3.2’sinde (n=116) ise birden fazla özür tespit edilmiştir. Çalışmada 719 adet özür belirlenmiştir ve kişi başına 1.2 özür düşmektedir. Araştırmada saptanan özürlülük sıklığı (%15.7), DSÖ (%10) ve Türkiye özürlülük sıklığından (%12.29) yüksektir. Aynı şekilde Ankara (%6.20, %9.98), Edirne (%2.28), Antalya (%4.50), İstanbul (%9.70, %10.40, %10.70, %11.30), Silivre (%9.00), İzmir (%6.80), Isparta (12.70) illerinde yapılan çalışmaların sonuçlarına göre de yüksektir (9, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96). Diyarbakır (%18.50), İzmir (%15.99) ve Bolu’da (%23.60) yapılan çalışmalarda elde edilen verilere göre ise daha düşüktür (93, 97, 99). Aydın ilinde yapılan bu çalışmada, özürlülük sıklığının belirlenmesi araştırmacı ve on kişilik saha ekibi ile birlikte yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen özürlülük sıklığı Dünya’da ki diğer ülkelerle kıyaslandığında ise birçok ülkeden daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 8). Çalışma kapsamında özürlülük sıklığının yüksek

olmasının sebebi, araştırmaya katılanların % 32.5'inin orta ve ileri yaşta olmasından kaynaklanabilir. Çünkü yaş ilerledikçe kronik hastalıkların görülme sıklığı artmakta ve günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorluklar meydana gelmektedir. Aydın, çeşitli çalışmalarda özür lülük sıklığının farklı çıkmasını araştırmalarda yalnızca gözle görülür özürlerin dikkate alınmasına, taramaların hastalık ve özür lülük hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan kişilerce yapılmasına ve kişiyi etkilemeyen durumların özür olarak kabul edilmesine bağlamaktadır (92).

5.3. Özür Türleri

Çalışmada tespit edilen özür türleri ve prevalansları; süreğen hastalıklar (binde 124.0), ruhsal bozukluklar (binde 17.0), ortopedik bozukluklar (binde 23.0), göz ve görme ile ilgili bozukluklar (binde 12.0), işitme bozuklukları (binde 10.0), dil ve konuşma ile ilgili bozukluklar (binde 7.0), zihinsel bozukluklar (binde 2.0) olmak üzere 7 bölümden oluşmaktadır. Türkiye Özür lülüler Araştırmasında ruhsal bozukluklar süreğen hastalıklar içinde incelenmiş ve toplam 6 özür grubu değerlendirilmiştir. Bunlar süreğen hastalıklar (binde 97.0), ortopedik bozukluklar (binde 12.5), göz ve görme ile ilgili bozukluklar (binde 6.0), işitme bozuklukları (binde 3.7), dil ve konuşma ile ilgili bozukluklar (binde 3.8), zihinsel bozukluklar (binde 4.8)'dir. Çalışmada özür lülü olma durumu yaş ve cinsiyete göre incelendiğinde kadınlarda ve ileri yaş grubunda arttığı tespit edilmiştir. Bu durum Türkiye Özür lülüler Araştırması 2002 verileri ile örtüşmektedir.

5.3.1. Süreğen Hastalıklar

Çalışmada belirlenen süreğen hastalıkların toplumda en fazla görülen ilk 6 hastalık tartışılacaktır. Dünya Sağlık Örgütü 2005 verilerine göre Dünya'da 35 milyon kişide kronik hastalık bulunmaktadır ve bu hastalıklar bir şekilde kişinin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamaktadır (114, 115). Solunum sistemi hastalıkları, hipertansiyon, diabet, kardiyovasküler sistem hastalıkları, kanser vb. gibi kronik hastalıklar yaşamın ileri dönemlerinde toplumda görülme sıklığı artan ve günlük yaşamı kısıtlayabilecek bozukluklar yaratan sağlık problemleridir. Çalışmaya katılanlar arasında süreğen hastalıkların prevalansı binde 124, tüm özür lülüler içinde görülme sıklığı ise % 63.7 olarak tespit edilmiştir. Böyle yüksek bir değerin ortaya çıkmasının sebebi çalışma grubundaki bireylerin % 32.5'inin orta ve ileri yaş grubu içerisinde bulunmasından olabilir.

Çalışmada süreğen hastalığa sahip olan kişilerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde bu hastalıkların kadınlarda, 45-64 yaş grubundaki bireylerde, evlilerde ve çalışmayan kişilerde daha fazla ortaya çıktığı, eğitim seviyesi yükseldikçe ise görülme sıklığının azaldığı tespit edilmiştir. Türkiye 2002 Özürlüler Araştırması verilerine göre de bu grup bozuklukların kadınlarda, 70 yaş ve üzeri bireylerde, evlilerde, çalışmayanlarda ve eğitim seviyesi düşük olan kişilerde daha fazla ortaya çıktığı belirlenmiştir (60).

Araştırmamızda çocukluk ve gençlik çağında düşük olan bu grup bozukluklar 45-64 yaş arası nüfusta en fazla gözlemlenmekte, bunu ise 65 ve üstü yaş grubu takip etmektedir (Tablo 20). Aktener ve arkadaşları İzmir ili Urla İlçesi sağlık ocağı bölgesinde yapmış olduğu çalışmasında kronik hastalık sıklığını ileri yaş (65 ve üstü) grubu kadınlarda % 76.8 bulmuştur (116). Bennet ve arkadaşları kronik hastalıklar ve özürlülük ile ilgili yapmış oldukları prevalans çalışmalarında özürlülüğün hem erkek hem de bayanlarda 55 yaş ve üzerinde bireylerde daha fazla olduğunu, bu bireylerde en sık görülen kronik hastalıkların ise kardiyovasküler, solunum sistemi, beyin hastalıkları ve artritler olduğunu bildirmişlerdir (117). Diyarbakır il merkezinde yapılan başka bir çalışmada 55 yaş ve üzeri bireylerde kronik hastalık sıklığı araştırılmış ve bu bireylerin % 18.15'inin özürlü, en sık ise görme (% 33.1), işitme (% 22.2) ve ortopedik özürlülük olduğu bulunmuştur (97). Sivas il merkezinde 65 yaş ve üstü bireylerde yapılan diğer bir çalışmada başlıca tespit edilen kronik hastalıklar % 60.9 hipertansif (%36.8 sınırda, %24.1 orta veya şiddetli), % 19.7'si diyabetik, % 22.7'si koroner hastalık şüpheli, % 7.9'u anemik ve % 24.8'i obez olarak tespit edilmiştir (118). Özkan ve arkadaşları Balıkesir'in Pamukçu kasabasında yapmış oldukları çalışmada 65 yaş ve üzeri nüfusun bölge nüfusunun % 14.5'ini oluşturduğunu, bunların % 78.3'ünün en az bir kronik hastalığının olduğunu ve en sık rastlanan kronik hastalıkların hipertansiyon (% 43) ve romatizmal hastalıklar (% 42.4) olduğunu belirlemişlerdir (30).

Çalışmada belirlenen kronik hastalıklar içinde en fazla görülen patolojik bozukluk hipertansiyon olarak tespit edilmiştir (273 kişi, % 43.5) ve toplumdaki prevalansı binde 74 olarak bulunmuştur. Kadınlarda hipertansiyonun erkeklerden daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Türkiye'de ve özellikle de endüstrileşmiş toplumlarda önemli bir sağlık sorunu olan hipertansiyonun erken tanısı ve tedavisi çok önemlidir. Hipertansiyonun erken dönemde fark edilmediği, uygun tedavi protokolleri belirlenmediği takdirde mortaliteye neden olabilecek sağlık sorunlarına yol açabileceği unutulmamalıdır. Hipertansiyon, dünyada

önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde bir numaralı risk faktörüdür. 2000 yılı itibariyle dünyada erişkin nüfusun % 26.4'sinin hipertansiyonu olduğu ve bu oranın 2025 yılında % 29.2'ye çıkacağı öngörülmüştür (119). Türkiye'de hipertansiyon sıklığı, Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasına göre % 31.8, Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taramasına göre % 37.8, Ulusal Hastalık Yüku-Maliyet Etkililik (UHY-ME) çalışmasına göre ise % 13.7 olarak belirlenmiştir (120). Altun ve arkadaşları Türkiye'de hipertansiyon prevalansını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada hipertansiyon sıklığının % 31.8 olduğunu ve kadınlarda (% 36.1) erkeklerden (% 27.5) daha fazla görüldüğünü tespit etmişlerdir (121). Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda, Van ilinde hipertansiyon sıklığı % 12.3, Sivas Belediye çalışanlarında % 15.8, Gölbaşı Eğitim Araştırma Bölgesi'nde % 27.4, Hisarcık'ta %37 olarak saptanmıştır (122,123,124,125). Dünyada ki diğer ülkelere baktığımızda Çin'de % 10.6, Kanada'da % 27.4, Amerika'da % 27.8, İtalya'da % 37.7, İsviçre'de % 38.4, İngiltere'de % 41.7, İspanya'da % 46.8, Almanya'da % 55.3 olarak tespit edilmiştir (126, 127). Çalışmamızda belirlenen hipertansiyon sıklığı Türkiye'de ki diğer çalışmalardan düşüktür. Bunun sebebi çalışma bölgesinin Türkiye'nin batısında yer alması ve bulunduğu bölge itibari ile yöre halkının diyetinde bitkisel yağ oranının (özellikle zeytinyağı) fazla olmasından kaynaklanabilir. Çalışmamızda, Türkiye'de ve diğer dünya ülkelerinde hipertansiyon sıklığının farklı çıkması bölgede yaşayan kişilerin beslenme alışkanlıklarına (diyette hayvansal ve katı yağ tüketimi, tuz kullanım alışkanlığının fazlalığı gibi), genetik faktörlere, etnik kökene (siyah, beyaz ırk), günlük aktiviteler ve çalışmalarda kullanılan istatistiksel değerlendirme araçlarındaki farklılıklardan olabilir.

Çalışmada belirlenen kronik hastalıklar içinde ikinci sırada diyabet yer almaktadır (125 kişi, % 19.9) ve toplumdaki prevalansı binde 33.9 olarak bulunmuştur. Diyabet tüm dünyada ekonomik kayıplara yol açan ve özürllülük ile ölüm nedenlerine önderlik eden önemli bir kronik hastalıktır. DSÖ 2005 raporuna göre 2000 yılında Dünya'da 171 milyon kişinin diyabet olduğu ve bu rakamın 2030 yılında 366 milyon kişiye ulaşacağı düşünülmektedir. Yine DSÖ'ne göre Hindistan'da 31.7 milyon, Çin'de 20.8 milyon, Endonezya'da 8.4 milyon, Japonya'da 6.8 milyon, Pakistan'da 5.2 milyon diyabetli hasta olduğu tahmin edilmektedir. 2007'de tüm Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) üyesi ülkelerdeki 20-79 yaşlarındaki erişkinlerin % 7.3'ünde diyabet olduğu düşünülmektedir. Bu rakam İngiltere'de % 4.41, Amerika'da % 7 olarak tespit edilmiştir (128, 129). Türkiye'de diyabet sıklığı, Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması'na (TURDEP) göre % 7.2, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü “Sağlıklı Beslenelim Kalbimizi Koruyalım” çalışmasına göre % 11.9, 2003 UHY-ME çalışmasına göre ise % 4.75 olarak tespit edilmiştir (120). Çalışmamızda belirlenen, sıklıklar literatürlerde tespit edilen değerlerden düşüktür. Diyabet ile ilgili Dünya’da yapılan prevalans çalışmalarında elde edilen sonuçların farklı bulunmasının sebebi otoritelerce demografik farklılıklara bağlanmaktadır. Örneğin Güney Asya gibi yaşlı popülasyonun fazla olduğu bölgelerde diabetes mellitus sıklığının artış gösterdiği belirtilmektedir. Çalışmamızda ilgili hastalığın sıklığının düşük çıkmasının sebebi popülasyonun daha çok orta yaş grubundan oluşması olabilir. Şeker hastalığı uzun vadede göz, böbrek, damarlar ve sinirler üzerine etkileri ile özürlülüğe yol açabileceği için erken teşhisi ve halkın bu konuda eğitimi son derece önemlidir.

Araştırmada belirlenen kronik hastalıklar içinde üçüncü sırada kalp hastalıkları gelmektedir (86 kişi, % 13.7) ve toplumdaki prevalansı binde 23.3 olarak bulunmuştur. DSÖ 2003 yılı raporuna göre Dünya’da 16.7 milyon kişide kardiyovasküler sistem hastalığı bulunmaktadır ve Dünya’da ölümlerin % 29.2’sini bu hastalıklar oluşturmaktadır. İngiltere’de 2003 yılında yapılan sağlık anketinde kronik kalp hastalıkları erkeklerde % 7.4 ve kadınlarda % 4.5 olarak saptanmıştır (130). Amerika’da 2005 yılında belirlenen sıklık ise % 4.5 olarak tespit edilmiştir (131). Türkiye’de kronik kalp hastalığı görülme sıklığı kadınlarda % 5-9, erkeklerde % 5-14 arasında değişim göstermektedir. Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarda kalp hastalığı sıklığı % 1.0, % 1.2, % 1.2, % 1.5 olarak bulunmuştur (90, 92, 93, 94). Çalışmamızda elde edilen değer Dünya verilerinden düşük Türkiye verilerinden ise yüksektir. Kalp hastalıklarına neden olan sigara, hipertansiyon, diyetle hayvansal yağ, obezite, hareket kısıtlılığı gibi risk faktörleri açısından toplumun aydınlatılması kronik kalp hastalığı görülme oranını azaltabilir.

Çalışmaya katılanlar arasında sıklık sırasına göre tespit edilen dördüncü süregelen hastalık kronik akciğer hastalığı olarak belirlenmiştir (44 kişi, % 7) ve toplumdaki prevalansı binde 11.9 olarak bulunmuştur. DSÖ’nün 2000 yılında yayınlamış olduğu rapora göre dünyada bütün ölümlerin % 17.4’ünü solunum sistemi hastalıkları oluşturmaktadır ve özürlülüğe bağlı yaşam yılının (Disability-Adjusted Life Years (DALYs)) % 13.3’ünü bu hastalık grubu oluşturmaktadır. DSÖ 2007 yılı tahminlerine göre dünyada 300 milyon kişinin astım, 210 milyon kişinin kronik obstrüktif akciğer hastası olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde solunum sistemi hastalıklarının sıklığı ile ilgili net bir bilgiye rastlanılamamıştır,

ancak bölgesel olarak yapılan çalışmalarda prevalansı % 9.8, % 0.9, % 1.53 olarak tespit edilmiştir (90, 93, 94). Dünya’da, Türkiye’de ve bu çalışmada elde edilen değerlerin farklı çıkmasının sebebi kişilerin sigara içme alışkanlıkları, yaşam tarzları, iklim, çevre koşulları ve genetik faktörlerden kaynaklanabilir. Bu hastalık dünya çapında oldukça yaygın olduğu için DSÖ kronik akciğer hastalıklarını (KAH) önlenme ve kontrolüne yönelik global bir organizasyon olan Kronik Solunum Hastalıklarına Karşı Küresel Birleşim (Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases, GARD)’i oluşturmuştur. Bu topluluğun amacı dünyada KAH’nın önemini vurgulamak, en önemli sağlık sorunlarından biri olduğuna dikkati çekmektir. Bu amaçla uluslararası kuruluşların işbirliğini sağlayarak, KAH sürveyans, korunma ve kontrolünde ülke odaklı öncelikleri belirlemek, özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu hastalarda tedavi ve bakım kalitesini artırmak, KAH ile uğraşan sağlık personelinin eğitimini iyileştirmek hedeflenmektedir. Türk Toraks Deneği de GARD içinde ilk yer alan 21 dernek arasındadır (132).

Çalışmada tespit edilen diğer bir kronik hastalık kanserdir (16 kişi, 2.6) ve toplumdaki prevalansı binde 4.3 olarak belirlenmiştir. Kanserler, bir hücrenin genetik materyalinde oluşan ve o hücrenin bölünmesiyle sonraki hücrelere aktarılan bozukluklardan kaynaklanır. Bu anlamda, kanserlerin anlaşılması büyük ölçüde moleküler incelemelere dayalıdır. Kanser, günümüzde dünyada, en sık ölüm nedenlerinden birini oluşturmaktadır. DSÖ verilerine göre 2005 yılında Dünya’da 58 milyon kişi öldüğü ve bunun 7.6 milyonun kanserden olduğu bildirilmiştir, bu rakamda bütün ölümlerin % 13’ünü oluşturmaktadır. Bu sayının 2015 yılında 9 milyona 2030 yılında ise 11.4 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Pisani ve arkadaşları, Dünya çapında kanser prevalansını tahmin etmek için yapmış oldukları çok merkezli araştırmalarında, kanser sıklığını Çin’de % 0.24, Afrika’da % 0.28, Latin Amerika’da % 0.44, Asya’da % 0.51, Japonya’da % 0.99, Kuzey Amerika’da % 1.48 olarak bulmuşlardır (133). Türkiye’de bugüne kadar çeşitli nedenlerden dolayı sağlıklı bir kanser taraması yapılamadığından insidans konusunda kesin bir rakam verilememektedir. Ancak Ulusal Kanser Danışma verilerine göre kanser insidansı Antalya’da yüzbinde 152, Trabzon’da yüzbinde 157, İzmir’de yüzbinde 173, Eskişehir’de yüzbinde 202 olarak tespit edilmiştir (134). Çalışmamızda elde ettiğimiz değerler ile Dünya ve Türkiye’de yapılan çalışmalarda elde edilenler farklılık göstermektedir. Bunun sebebi kanser görülme sıklığının coğrafya ve çevre, yaş cinsiyet, genetik faktörler, kalıtsal olmayan çeşitli yatkınlık yaratıcı faktörler,

sigara kullanımı ve sahip olduğu iş gibi çeşitli faktörlerle bağlı olarak değişim göstermesinden olabilir.

Araştırmada tespit edilen diğer süregelen hastalıklardan biriside metabolizma hastalıkları içinde yer alan osteoporozdur (40 kişi, % 6.4) ve toplumdaki prevalansı binde 10.9 olarak belirlenmiştir. Osteoporoz hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı problemidir. Teknolojik gelişmelerle birlikte sağlık alanında yaşanan ilerlemeler insan ömrünü uzatmakta, bu durumun sonucu olarak da osteoporoz prevalansı artmaktadır. Amerika'da yapılan bir çalışmada 50 yaşın üzerindeki erkeklerde kalça osteoporoz prevalansı % 3-6 arasında iken, aynı yaş grup kadınlarda prevalans % 13-18 olarak rapor edilmiştir (135). Benzer olarak geniş popülasyonla Kanada'da yapılan bir çalışmada, 50 yaşından sonraki erkeklerde osteoporozla ilgili kırıkların sıklığı, lomber bölgede % 2.9, femur boynunda ise % 4.8 olarak bulunmuştur (136). Türkiye'de osteoporoz prevalansı kadınlarda % 9.0 olarak belirlenmiştir (137). Arslantaş ve arkadaşları Orta Anadolu bölgesinde yapmış oldukları çalışmada osteoporoz prevalansını % 15 (erkek % 9.8, kadın % 18.5) olarak bulmuşlardır (138). Çalışmamızda elde edilen osteoporoz prevalansı Dünya'da ve Türkiye'de elde edilen değerlerden oldukça düşüktür. Bunun sebebi literatürlerde de belirtildiği üzere osteoporoz görülme sıklığının yaş, cinsiyet, vücut kütle indeksi, fiziksel aktivite, eğitim seviyesi, süt, yoğurt, peynir, kahve tüketimi ve sigara içme alışkanlığı gibi çeşitli faktörlerden etkilenmesi olabilir (138, 139).

İlk altı kronik hastalığın tartışmasında da görüldüğü gibi gerek Dünya gerekse Türkiye verileri ile karşılaştırılması son derece zordur. Bunun nedeni çalışmalarda belirlenen kronik hastalık insidans ve prevalanslarındaki farklılıklar, bunların özürlemlilikle olan ilişkilerinin tam olarak ortaya konmamış olması, istatistiksel değerlendirmelerdeki, tanımlardaki ve tarama için kullanılan araçlardaki farklılıklar, sosyodemografik farklılıklar, yaşam tarzlarının farklılığı, bir bireyde birden fazla patolojik durumun görülmesi ve sınıflandırılmada kullanılan yöntemlerin farklılığı, beslenme alışkanlıkları ve eğitim durumu gibi çeşitli faktörlerin farklı olması olabilir.

5.3.2. Ortopedik Bozukluklar

Çalışmada belirlenen ortopedik bozuklukların bütün özür grupları içindeki sıklığı % 11.5, toplumdaki prevalansı binde 23 olarak tespit edilmiştir. Amerika'da 2000 yılında yapılan nüfus sayımında ortopedik özürlü sıklığı % 16.6, Afrika'da 2001 sayımlarına göre ise % 29.6 olarak tespit edilmiştir (140, 141). Türkiye 2002 Özürlüler Araştırması'na göre ortopedik özür sıklığı % 1.25 olarak bulunmuştur (60). Türkiye'de yaşlılarda özürlülüğün belirlenmesi için yapılan çok merkezli bir çalışmada ortopedik özürlülük sıklığı Aydın'da % 4.0, Afyon'da % 6.0, Ankara'da % 6.6, İzmir'de % 7.6, Edirne'de % 8.3, Balıkesir'de % 8.6, Diyarbakır'da % 9.0, İstanbul'da 9.5, Kocaeli'nde % 9.8, Isparta'da, % 10.2, Bolu'da % 11.3, Tekirdağ'da % 11.3, Ağrı'da % 13.3, Adana ilinde % 15, Eskişehir'de % 15.3, Uşak'ta % 17.4, Manisa'da % 26 olarak bulunmuştur (142).

Çalışmada ortopedik özürün erkeklerde daha fazla gözlemlendiği, yaş ilerledikçe görülme sıklığının arttığı, eğitim düzeyi yükseldikçe azaldığı ve bu bozukluğa sahip bireylerin % 73.5'inin çalışmadığı belirlenmiştir. Bu veriler Türkiye değerleri ile örtüşmektedir.

Aydın çalışmasında katılımcılarda saptanan ortopedik bozukluğun % 12.1'i doğuştan ve % 87.9'i sonradan meydana gelmiştir. Maralcan ve arkadaşlarının Afyon bölgesinde yapmış oldukları çalışmalarında ise doğuştan meydana gelen ortopedik özür daha fazladır (%25.9) ve bunu, travma, serebral felç, poliomiyelit, ve diğerleri izlemektedir (100). Arslan ve Kutsal tarafından yapılan çalışmanın sonucu Aydın çalışması ile uyumludur ve doğuştan meydana gelen özür daha az olarak tespit edilmiştir (142). Doğuştan meydana gelen ortopedik özürlülüğün nedeni, % 37.5 ile doğum travması, % 37.5 ile ise nedeni bilinmeyen bir durumdan meydana gelmiş olması, % 12.5 ile doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması ve % 12.5 ile genetik/kalıtsal bozukluk sonucu oluşmuş olması olarak belirlenmiştir. Türkiye 2002 Özürlülük Araştırmasına göre ise doğuştan meydana gelen ortopedik özürün nedenleri %16.9 genetik/kalıtsal bozukluk, % 9.7 doğum travması, % 6.1 doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması, % 3.8 kan uyuşmazlığı, % 3.3 annenin hamileliğinde geçirdiği hastalıklar, % 2.5 annenin hamileliği sırasında kullandığı ilaçlar, % 2.0 annenin hamileliğinde yetersiz/kötü beslenmesi, % 53.3 bilmiyor ve % 2.2'si bilinmeyen bir durumdan oluştuğu şeklinde bildirilmiştir (60). Çalışmamızda doğuştan meydana gelen özürün en önemli nedeni doğum travması iken Türkiye verilerine göre genetik/kalıtsal bozukluklardır.

Isparta'da % 0.86, Silivri'de % 1.9, İstanbul'da % 4.4 ve % 2.4 olarak tespit edilmiştir(9, 91, 92, 94).

5.3.4. Görme İle İlgili Bozukluklar

Çalışmada belirlemiş olduğumuz görme ile ilgili bozukluklar dördüncü sırada yer almaktadır ve tüm özür türleri içindeki sıklığı % 6.3, toplumdaki prevalansı ise % 1.2 olarak tespit edilmiştir. DSÖ 2002 verilerine göre Dünya'da 161 milyon insanın görme ile ilgili problemleri vardır, bunların 124 milyonu az, 37 milyonu ise hiç görememektedir. Görme ile ilgili bozuklukların görülme sıklığı yaş ve coğrafi bölgeye göre değişim göstermektedir. DSÖ'ne göre görme özürü bireylerin % 82'sinin 50 yaş ve üzerinde olduğu bildirilmiştir. Aydın çalışmasında ise görme ile ilgili bozukluk olan bireylerin % 60.0'nin 45 yaş ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Yine DSÖ verilerine göre Amerika'da % 7.0, Avrupa'da % 7.0, Doğu Akdeniz ülkelerinde % 11.0, Afrika'da % 18.0, Güneydoğu Asya'da % 32.0 oranında görme özürü bulunmaktadır (143). Türkiye'de yapılan Türkiye Özürü Araştırması 2002 sonuçlarına göre görme özürülüğünün prevalansı % 0.6 olarak belirlenmiştir (60). Türkiye'de özürülük epidemiyolojisini belirlemek için yapılan çeşitli çalışmalarda ise görme özürü sıklığı Ankara'da % 0.7, İstanbul'da % 1.0, % 1.5 ve % 1.7, Isparta'da % 1.1, Bolu'da % 1.4, İzmir'de % 2.0 olarak tespit edilmiştir (87, 90, 92, 93, 94, 98, 99).

Çalışmada görme ile ilgili bozuklukların erkeklerde daha fazla gözlemlendiği, yaş ilerledikçe görülme sıklığının arttığı, eğitim düzeyi yükseldikçe azaldığı ve bu bozukluğa sahip bireylerin % 68.8'inin çalışmadığı belirlenmiştir. Bu veriler Türkiye değerleri ile örtüşmektedir.

Aydın çalışmasında görme ile ilgili bozukluğu tespit edilen kişilerde bu özürün %21.6 ile doğuştan, % 78.4 ile sonradan meydana geldiği tespit edilmiştir. Türkiye Özürü Araştırması'nda ise doğuştan meydana gelen görme özürü % 20.4 sonradan meydana gelen ise % 76.3 olarak belirlenmiştir (60). Çalışmada elde ettiğimiz veriler Türkiye verilerinden düşüktür. Doğuştan kazanılan görme bozukluğunun nedenin, % 50.0 genetik/kalıtsal bozukluk, % 12.5 kan uyuşmazlığı, % 25.0 nedeni bilinmeyen bir durumdan ve % 12.5 ile diğer nedenler olarak belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan araştırmada doğuştan meydana gelen görme bozukluğunun nedeni ise % 2.3 annenin hamileliği sırasında kullandığı ilaçlar, % 4.2 annenin hamileliğinde geçirdiği hastalıklar, % 4.2 doğum sırasında bebeğin oksijensiz

kalması, % 4.7 doğum travması, % 5.4 kan uyuşmazlığı, % 23.4 genetik/kalıtsal bozukluk ve % 51.2 bilinmeyen bir nedenle oluştuğu bildirilmiştir (60). Araştırmada doğuştan meydana gelen görme bozukluğunun % 50.0 gibi bir oranla genetik/kalıtsal bozukluk, % 12.5 kan uyuşmazlığı sonucu oluşması Türkiye verilerinden oldukça yüksektir. Bunun bu durum Aydın çalışmasında ki kişilerin evlilik öncesi gerekli olan sağlık kontrollerine yeterince önem vermemesinden kaynaklanabilir.

Araştırmada sonradan meydana gelen görme bozukluğunun nedenleri arasında birinci sırada % 37.9 ile yer almaktadır. Bunu % 34.4 ile kazalar, % 24.1 ile nedeni bilinmeyen durumlar ve % 3.4 ile ise diğer nedenlerle oluşan bir bozukluk izlemektedir. Kaza sonucu oluştuğu belirlenen bozukluğun % 40.0'ı iş kazası, % 40.0'ı trafik kazası ve % 20.0'si oyun kazasıdır. Türkiye Özürlüler Araştırmasına 2002 sonuçlarına de göre sonradan meydana gelen görme bozukluğunun birinci nedeni çalışmamızda olduğu gibi hastalıklardır (% 47.38). Benzer şekilde bunu % 25.4 ile kazalar izlemektedir. % 15.6'sının sebebi bilinmemektedir ve % 7.6'sı diğer nedenlerle oluşmuştur (60).

Görme bozukluğu olanlar içerisinde en fazla tespit edilen özür derecesi şaşılık (%40.5) olarak tespit edilmiştir. Bunu % 24.3 ile bir gözün hiç görmemesi ve %13.5 ile her iki gözün az görmesi takip etmektedir. Dünya'da özellikle çocukluk çağında meydana gelen bu bozukluğun prevalansı % 2–4 olarak bildirilmektedir ve Brezilya'da yapılan bir çalışmada % 2.9 olduğu belirlenmiştir (144). Türkiye'de, Türkiye Özürlüler Araştırması verilerine göre bir gözün hiç görmemesi oranı en fazla bulunmuştur (% 27.9) ve bunu her iki gözün az görmesi (% 21.1), bir gözün az diğerinin hiç görmemesi izlemiştir (% 18.06). Şaşılık ise % 10.4 olarak bulunmuştur (60). 1990 yılında İzmir ili Bornova ilçesi Kazım Dirik Mahallesiinde yapılan benzer bir çalışmada da, Aydın çalışmasında olduğu gibi şaşılık en fazla görme bozukluğu olarak tespit edilmiştir (93). Aynı şekilde 1990 yılında İstanbul'un iki mahallesi olan Halkalı Eski Bağlar ve İki Telli Atatürk Mahallesiinde yapılan çalışmalarda da şaşılık prevalansının görme bozuklukları içinde en fazla yere sahip olduğu belirlenmiştir (90, 94).

Görme özürlü olan bireyler herhangi bir alet/cihaz kullanımı açısından değerlendirildiğinde; % 35.1'inin cihaz kullandığı ve bu cihazların dağılımının gözlük (%92.3) ve göz protezi (% 7.7) olduğu tespit edilmiştir. Görme özürlü kişilerin büyük bir çoğunluğu (% 76.9) bu alet ve cihazları bağlı buldukları sosyal güvenlik kurumundan temin etmişlerdir. Türkiye Özürlüler Araştırmasında tespit edilen görme bozukluğu olan bireylerde

alet/cihaz kullanım oranı ise % 30.8 olarak belirlenmiştir (60). Her iki çalışmanın sonuçları birbiri ile benzemektedir.

5.3.5. İşitme İle İlgili Bozukluklar

Çalışmada belirlemiş olduğumuz işitme ile ilgili bozukluklar beşinci sırada yer almaktadır ve tüm özür türleri içindeki sıklığı % 5.0, toplumdaki prevalansı ise % 1.0 olarak tespit edilmiştir. Dünyada yapılan bazı çalışmalarda işitme bozuklukları ile ilgili prevalanslar Kanada'da % 4, Oman'da % 5.5, Brezilya'da % 6.8 olarak tespit edilmiştir (145, 146, 147). DSÖ 2005 yılı tahminlerine göre Dünya çapında 278 milyon kişide işitme ile ilgili bir bozukluk olduğu ve bunların % 80.0'inin az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bulunduğu bildirilmiştir (148). Türkiye Özürlülük Araştırmasında ise işitme bozukluğunun görülme sıklığı % 0.4 olarak bulunmuştur (60). Ülkemizde özürlülük epidemiyolojisi ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda işitme bozukluğunun sıklığı ise İzmir'de % 2.9, İstanbul'da % 7.4 ve % 9.0 olarak belirlenmiştir (90, 93, 94).

Çalışmada işitme ile ilgili bozuklukların kadınlarda daha fazla gözlemlendiği, yaş ilerledikçe görülme sıklığının arttığı, eğitim düzeyi yükseldikçe azaldığı ve bu bozukluğa sahip bireylerin % 77.8'inin çalışmadığı belirlenmiştir. Bu veriler Türkiye Özürlüler Araştırması verileri ile örtüşmektedir (60).

İşitme ile ilgili bozuklukların % 7.1'i doğuştan, % 92.9'u sonradan meydana gelmiştir. İzmir ili Bornova ilçesi Kazım Dirik Mahallesi'nde 1990 yılında yapılan çalışmada işitme bozukluğu olan 10 olgudan 5'inin doğuştan olduğu saptanmıştır (93). Aydın çalışmasında doğuştan kazanılan işitme bozukluğunun nedenin, % 50 genetik/kalıtsal bozukluk, % 50 ile ise bebeğin doğum sırasında oksijensiz kalması sebebiyle oluştuğu belirlenmiştir. Türkiye Özürlüler Araştırması verilerine göre ise işitme bozukluğunun % 29.4 oranında doğuştan meydana geldiği ve en önemli sebebinin % 19.7 ile genetik/kalıtsal bozukluk olduğu bildirilmiştir (60). DSÖ'ne göre doğuştan meydana gelen işitme bozukluğunun en önemli sebepleri prematüre doğumlar, doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması, annenin hamileliği sırasında geçirdiği hastalıklar ve gebelik sırasında annenin toksik ilaçlar kullanması şeklinde bildirilmiştir (148). Konjenital kaynaklı işitme bozukluklarının önlenmesinde akraba evliliğinin önlenmesi, kan uyuşmazlığının olmaması, düzenli gebe takibi, gebelikte toksik ilaçlardan kaçınmak gibi koruyucu hekimlik alanı hizmetleri son

derece önem arz etmektedir. Türkiye ve Aydın çalışmasında elde edilen verilerin farklı olmasının sebebi yukarıda da belirttiğimiz gibi koruyucu hekimlik alanı hizmetlerindeki farklılıklardan kaynaklanabilir.

Çalışmada sonradan meydana gelen işitme ilgili bozukluğun nedenleri incelendiğinde en fazla hastalık ile oluştuğu (% 50.0), bunu kaza (% 11.5), nedeni bilinmeyen (% 23.0) ve diğer nedenlerin (% 16.6) izlediği tespit edilmiştir. Türkiye Özürlüler Araştırmasına göre benzer sonuçlar elde edilmiştir. Hastalık % 58.4, kazalar % 11.3 oranındadır (60). Aynı şekilde Türkiye’de özür lülük epidemiyolojisini belirlemek amacıyla yapılan diğer çalışmalarda da sonradan meydana gelen işitme bozukluğunun sebebinin en fazla hastalıklar sonucu oluştuğu belirtilmiştir (90, 93, 94). DSÖ ise bu konuda yaptığı tanımlamada en önemli sebepleri meningitis, kızamık, kabakulak gibi enfeksiyöz hastalıklar, ototoksik ilaç kullanımı, travmalar ve yüksek ses olarak bildirmiştir (148).

İşitme bozukluğu olanlar içerisinde en fazla tespit edilen özür derecesi bir kulağı hiç duymayan (% 53.6) olarak tespit edilmiştir. Bunu her iki kulağı az duyan (% 17.9) ve bir kulağı az diğeri hiç duymayan % 10.7 izlemiştir. Alet/cihaz kullanma oranı ise % 50 olarak belirlenmiştir. Türkiye verileri Aydın çalışmasından farklılık göstermektedir. Türkiye Özürlüler Araştırmasına göre işitme bozukluğu olan bireylerde tespit edilen en fazla özür derecesi % 32.5 ile her iki kulağın hiç duymamasıdır ve cihaz kullanım oranı % 20.8’dir (60).

5.3.6. Dil ve Konuşma İle İlgili Bozukluklar

Çalışmada belirlemiş olduğumuz dil ve konuşma ile ilgili bozukluklar altıncı sırada yer almaktadır ve tüm özür türleri içindeki sıklığı % 3.8, toplumdaki prevalansı ise % 0.7 olarak tespit edilmiştir. İngiltere 2000-2001 yılında yapılan sağlık araştırmasına göre dil ve konuşma bozukluğunun prevalansı % 3.0 olarak tespit edilmiştir (149). Afrika’da 2005 yılında yapılan nüfus sayımında ise bu rakam % 6.5 olarak belirlenmiştir (141). Ülkemizde 2002 yılında yapılan Türkiye Özürlüler Araştırmasında dil ve konuşma ile ilgili bozukluğu olanların prevalansı % 0.4 olarak bulunmuştur (60). Türkiye’de özür lülük epidemiyolojisini belirlemek için yapılan çalışmalarda ise dil ve konuşma bozuklarının görülme sıklığı İzmir’de % 0.5, İstanbul’da % 1.0, % 0.7 ve % 6.5 olarak tespit edilmiştir (90, 92, 93, 94).

Çalışmada dil ve konuşma ile ilgili bozuklukların erkeklerde daha fazla gözlemlendiği, en çok 65 yaş ve üzeri bireylerde ortaya çıktığı ve bu bozukluğa sahip bireylerin % 67.8'inin çalışmadığı belirlenmiştir. Bu veriler Türkiye Özürlüler Araştırması verileri ile örtüşmektedir (60).

Aydın araştırmasında dil ve konuşma ile ilgili bozuklukların % 29.1'inin doğuştan, % 70.9'unun ise sonradan meydana geldiği belirlenmiştir. Yazgan'ın yapmış olduğu çalışmada bu bozukluğun % 41.1 oranında doğuştan, % 58.9 oranında ise sonradan meydana geldiği bulunmuştur (93). Türkiye'de dil ve konuşma bozukluğunun doğuştan meydana gelme oranı ise % 46.6 olarak belirlenmiştir (60). Çalışmamızda doğuştan kazanılan dil ve konuşma bozukluğunun nedenin, % 42.8 genetik/kalıtsal bozukluk, % 42.8 bebeğin doğum sırasında oksijensiz kalması ve % 14.2 nedeni bilinmeyen bir durumdan oluştuğu belirlenmiştir. Sonradan meydana gelen dil ve konuşma bozukluğunun en önemli nedeni hastalıktır (% 76.4). Bunu nedeni bilinmeyen (% 17.6) ve diğer nedenler (% 5.8) takip etmektedir. Bu durum Türkiye verileri ile örtüşmektedir, Türkiye Özürlüler Araştırmasına göre de sonradan meydana gelen dil ve konuşma bozukluğunun en önemli nedeni hastalıktır (% 23.8) (60).

Çalışmada dil ve konuşma bozukluğu olarak en çok ara sıra tek kelime konuşma (%25) ve kekemelik (% 20.8) görülmektedir. Türkiyede'de yaklaşık aynı sonuçlar elde edilmiştir (% 25.8 ses bozukluğu, % 22.3 ile kekemelik) (60).

5.3.7. Zihinsel Bozukluklar

Çalışma sonuçlarına göre zihinsel bozukluklar yedinci sırada yer almaktadır ve tüm özür türleri içindeki sıklığı % 1.2, toplumdaki prevalansı ise % 0.2 olarak tespit edilmiştir. DSÖ verilerine göre Dünya'da görülen mental bozukluğun sıklığı % 1.0-3.0 arasında değişim göstermektedir (150). Avusturalya'da yapılan bir çalışmada zihinsel bozukluğun prevalansı % 7.0, Atlanta'da ise % 1.2 olarak belirlenmiştir (151, 152). Türkiye özürlüler araştırmasına göre ülkemizde mental bozukluğun görülme sıklığı % 0.48 olarak bildirilmiştir (60). Ülkemizde özür lülük epidemiyolojisini belirlemek için yapılan benzer çalışmalarda zihinsel bozukluk prevalansı İzmir'de % 2.3, İstanbul'da % 3.8, % 5.37 ve % 6 olarak tespit edilmiştir (90, 92, 93, 94). Araştırmada elde ettiğimiz değer gerek Türkiye gerekse de Dünya'da tespit edilen prevalanstan düşüktür.

Çalışmamızda zihinsel bozukluk dört kişide doğuştan ve dört kişide sonradan meydana gelmiştir. Doğuştan kazanılan zihinsel bozukluğunun nedenin, iki kişide genetik/kalıtsal bozukluk, bir kişide doğum travması ve bir kişide doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması sonucu oluştuğu belirlenmiştir. Sonradan meydana gelen özür lülüğün 4 kişide de hastalık nedeni ile oluştuğu tespit edilmiştir. Bornova'da yapılan bir çalışmada tespit edilen sekiz zeka bozukluğunun beşinin nedeni belirtilmemiş, ikisi menenjit, birinde ise epilepsi saptanmıştır (93).

Çalışmada belirlenen özür derecesinin, % 50'sinin eğitilebilir (hafif), % 25'inin idiot (ağır) olduğu tespit edilmiştir. Türkiye Özür lüleri Araştırmasına göre ülkemizde eğitilebilir zihinsel özür lü oranı % 20.5 iken, öğretililebilir % 26.4, idiot ise % 18.3 olarak belirlenmiştir (60).

5.4. Özür lüleri n Sınıflandırılması

Bulgularda görüldüğü üzere özür lülük sınıflamasında öncelikle klasik sınıflama kullanılmış, daha sonra ICD-10 ve ICF sınıflamasındaki yeri sorgulanmıştır. Tartışma bölümünün başından bu bölüme kadar ise, Dünya, Türkiye (Ulusal, Yerel) ve Aydın çalışması sonuçları elde bulunan verilere göre karşılaştırılmıştır. Karşılaştırılmalarda ortaya çıkan farklılıkların nedenlerinin başlarında "Özür lülük Sınıflaması Farklılığı" gelmektedir. Aslında sorun sadece literatür farklılığı ile sınırlı kalmamakta, çalışmalarda ele alınan nüfusun özellikleri, hakları, yaşam şansları, yaşama katkıları gibi birey olma özellikleri ortadan kalkmaktadır. Bunun sonucunda; söz konusu nüfusa yönelik yaşam ortamları oluşturmayı, hizmet sunumu modelleri, hakkaniyet, insan gücü ve bütçe ayrılması, kişilerin sosyal hayata katılım etkinliği gibi ele alınacak kararlarda etkilenmektedir.

Bu bölümde çalışma sonuçlarından yola çıkarak özür lülük sınıflaması için ne tür bir gelişme olanağı sağlanabileceği tartışılacaktır.

5.4.1. ICD-10:

DSÖ'nün uluslar arası sınıflandırmasında, ICD-10 içinde sağlık koşulları (hastalıklar, bozukluklar, yaralanmalar vb.) ve etiyolojik çerçeve sınıflandırılmıştır. Sağlık koşulları ile bağlantılı işlevsellik ve yetiyitimi ICF'de sınıflandırılmıştır. ICD-10 ve ICF arasındaki örtüşmeye dikkat çekmek önemlidir. Her iki sınıflandırmada vücut sistemleri ile

başlar. Bununla birlikte ICD-10’da bozukluklar (belirti veya semptom olarak) “hastalıkları” oluşturan olayların bir parçası veya sağlık kurumlarına başvuru nedeni olarak kullanılır. Buna karşın ICF sistemi bozuklukları sağlık koşulları ile ilintili vücut işlevleri ve yapılarında görülen problemleri anlatmak amacıyla kullanılır (16).

ICD-10, hastalıklara “tanı” koymayı sağlar ve bu bilgi işlevsellikle ilgili ek bilgi veren ICF ile zenginleştirilir. Herhangi bir hastalık tanısı konulmuş kişiye ICD-10’a göre bir kod numarası verilir. Hastalığın daha iyi yada kötüye gitmesi durumunda verilen bu kod numarası değişmez. Ancak ICF kodlama sisteminde hastalığa verilen kod numarası hastalığın çeşitli evrelerinde farklılık göstermekte bu durumda hastalık yada bozuklukların sınıflandırılmasında farklılıklar yaratmaktadır. Örneğin, Multiple Skleroz (MS) tanısı alan bir hastanın ICD-10 ve ICF sınıflaması Tablo 35’de gösterilmiştir.

Tablo 35. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında Multiple Skleroz Tanısı Alan Bir Hastanın ICD-10 ve ICF’e Göre Sınıflaması, Aydın, 2006-2007

| | Hastalığın İlk Tanı Dönemi | Hastalığın İlerleyen Dönemi |
|---------------|--|--|
| ICD-10 | G-35 (Merkezi Sinir Sisteminin Demiyelinizan Hastalıkları) | G-35 (Merkezi Sinir Sisteminin Demiyelinizan Hastalıkları) |
| ICF | b 730.4 (Kas Gücü İşlevleri- İşlevde Tam Bozukluk) | b 740.4 (Kas Dayanıklılığı İşlevleri- İşlevde Tam Bozukluk) |

Tablo 35 incelendiğinde, ICD-10 sınıflamasına göre MS tanısı alan kişi G-35 kod numarası ile sınıflandırılmıştır. Ancak hastalık semptomlarının artması yada azalması durumunda da verilen kod numarası kullanılmaya devam etmektedir. ICF’ de ise bu durum hastalık semptomlarının seyrine göre değişkenlik göstermektedir. Tablo 35’de de belirtildiği gibi MS tanısı ilk konulduğunda hastalığa b 730.4 kod numarası verilirken, ilerleyen dönemde b 740.4 kod numarası ile sınıflandırılmaktadır. Bu durum Simeonsson ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da gösterilmiştir; araştırmacılar bebeklerde görülen Trizomi 21 sendromunun ICD-10’a göre 6, 24 ve 48 aylık dönemlerde aynı kod numarası ile sınıflandırıldığını, ICF’e göre ise belirtilen aylarda sırasıyla b130, b140 ve b167 kod

numaralarını alacağını belirtmişlerdir (153). Yani ICF kişinin yaşam sürecini izlemeye ve ona göre sınıflandırma yapmaya çalışmaktadır.

Bu sebeple ICD-10 ve ICF'in birbirini tamamlayıcı nitelikte olup, hastalıkların uluslararası kodlandırılması ve sınıflandırılmasında bu iki sistemin tıbbi amaçlar için bir arada kullanılmasının veri kalitesini artıracığı düşünülmektedir. ICD-10 ile elde edilebilecek mortalite ile ilgili bilgiler ve ICF ile ulaşılabilecek diğer sağlık bilgileri birleştirilerek toplumların sağlık durumlarını ve dağılımını izlemek, hizmet sunumu modelleri, insan gücü ve finansman gibi kararlarda otoritelere yol göstermek açısından da oldukça önem arz etmektedir.

5.4.2. WHO-DAS II ve ICF İlişkisi:

Aydın çalışmasında WHO-DAS-II ölçeği sadece 18 yaş ve üstündeki özürlü bireylere uygulanmış olup sıfır puan alanlar “ilgili alanda güçlük çekmiyor”, DAS puanı sıfırdan fazla olanlar ise “ilgili alanda güçlük çekiyor” olarak sınıflanmıştır. Gökkoca ve Dönmez Antalya ilinde yapmış oldukları çalışmada WHODAS-II anketini tüm bireylere uygulamış ve DAS puanı sıfır olanlara “yetiyitimi yok”, sıfırdan fazla olanlara ise “yetiyitimi var” olarak sınıflandırma yapmışlardır (154). Bilgin, İzmir ilinde yapmış olduğu çalışmada ise ölçeğin anlama ve iletişim kurma bölümünde ilk beş soruda DAS ölçeği toplam sıfır puan ise kişiyi sağlıklı yani herhangi bir özür lülüğü yok olarak sınıflandırmıştır (6).

Bu araştırmada yetiyitimi ölçeği olarak WHODAS-II kullanılmış olması yaşamın başlıca altı faaliyet alanı hakkındaki yetiyitimi ile ilgili bilgi edinme ve bunları birbirleri ile karşılaştırma olanağı vermiştir. Dünyada ve Türkiye’de WHODAS-II ölçeğinin nasıl yorumlanacağına dair uluslararası ve ulusal rehber bilgilere ulaşılammıştır. Türkiye’de yapılan çalışmalarda yukarıda belirtmiş olduğumuz şekilde uygulamalar yapılmış ancak yorumlanması tam olarak açıklanmamıştır. Aynı şekilde Pösl ve arkadaşları da yapmış oldukları çalışmalarında, bizim araştırmamızda güçlük çektiğimiz bu noktaya değinmişlerdir. Araştırmacılar ölçekte yöneltilen iş ile ilgili soruların çalışmayan kişilerin cevaplayamadığını, aynı şekilde kişilerin cinsel ilişki ile ilgili soruları yanıtsız bıraktığını bu durumda sonuçların yorumlanmasında sıkıntılara yol açacağını bildirmişlerdir (155).

Çalışmamızda DAS puanlarının hesaplanması var olan yetiyetiminin kişinin yaşamını etkileme düzeyi hakkında bilgi edinmemize olanak sağlamıştır. Böylece kişinin kendisi ve toplum için en fazla yük oluşturan yaşam faaliyeti alanının öncelik sırasını belirlemek buna göre koruyucu çalışmaları ve hizmetleri planlamak daha kolay ve doğru olacaktır.

Araştırmaya katılanlar arasında en fazla güçlük çekilen alanın anlama ve iletişim kurma, ev ile ilgili etkinlikler ve hareket etme bir yerden bir yere gitme, en az güçlük çekilen alanın ise kendine bakım ve insan ilişkileri olduğu saptanmıştır (Tablo 31-32). Kendine bakım ve insan ilişkileri alanının durumunun diğer alanlara göre daha iyi olmasının sebebi Türk insanının doğal ve sıcakkanlı yapısından kaynaklanabilir.

Hastalık ve özürülerin sınıflandırılması ile değerlendirilmesinde ICD-10, ICF ve WHO DAS II arasında herhangi bir ilişki olup olmadığını anlamak için on katılımcının bulguları üzerinden genel tartışma yapılmıştır (Tablo 35). Bu on kişi her özür türü grubu içinden basit rasgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Bu kişiler için özür türü, tipi, ICD-10'da nasıl kodlandığı incelenmiştir. ICD-10 kodlamasının sonuçları kişiyi hasta/bozukluk/sekeli olan olarak sınıflamaktadır. DSÖ tarafından ICD-10 ile birlikte kullanılması önerilen ICF'in bu kişilere uygulanması denenmiştir.

Uygulama sırasında ICF'in bölümlerine uygun ölçeklere ihtiyaç duyulmuştur. Yapılan literatür araştırmasında bütün bölümlere uygun ölçeklerin bulunmadığı görülmüştür. Sadece "Etkinlikler ve Katılım" bölümü için DSÖ tarafından kullanılan WHODAS-II ölçeği bulunmuştur. WHODAS-II ölçeği ile birlikte değerlendirilen 10 katılımcının sonuçları Tablo 36'de görülmektedir. Elde edilen sonuçlardan yola çıkarak ICF kodlaması yapılmıştır.

Tablo 36. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında ICD-10, WHODAS-II ve ICF İlişkisi, Aydın, 2006-2007

| Katılımcı | Cinsiyet/ Yaş | Özür türü (DİE) | Özür Tipi (DİE) | ICD-10 | WHODAS-II SKORU* | | | | | | | | Toplam | ICF |
|--------------------|------------------|-----------------------|---|--|---------------------------------------|--|-------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|---------------------------------------|--------------|---|-----|
| | | | | | Alan 1 Anlama ve iletişim kurma | Alan 2 Hareket etme, bir yerden bir yere gitme | Alan 3 Kendine bakım | Alan 4 İnsan ilişkileri | Alan 5 Yaşam etkinlikleri | | Alan 6 Toplumsal yaşama katılım | | | |
| | | | | | | | | | Alan 5 | Alan 5c | | | | |
| Katılımcı 1 | Erkek/40 | Süreğen Bozukluk | Multipl Skleroz | G 35 Merkezi sinir sistemini demiyelinizan hastalıkları | 0,00 | 31,25 | 30,00 | 0,00 | 20,00 | - | 4,17 | 10,38 | ? | |
| Katılımcı 2 | Kadın/25 | Süreğen Bozukluk | Epilepsi | G 40 Epizodik ve paroksizmal bozukluklar | 40,00 | 0,00 | 70,00 | 0,00 | 60,00 | - | 50,00 | 31,13 | ? | |
| Katılımcı 3 | Kadın/28 | Ortopedik Bozukluk | Ayak ve bacaklarda Fonksiyon (güç) kaybı (kas hastalığı) | M 63 Kas bozuklukları, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda | 10,00 | 12,50 | 0,00 | 8,33 | 40,00 | - | 12,50 | 11,32 | b730.4 kas gücü işlevleri- tam fonk kaybı | |
| Katılımcı 4 | Erkek/32 | Ortopedik Bozukluk | Ayak ve bacaklarda Fonksiyon (güç) kaybı (Trafik kazası) | Y 85 Hastalık ve ölümün dış sebeplerinin sekeli | 0,00 | 37,50 | 0,00 | 0,00 | 30,00 | - | 54,17 | 20,75 | b735.4 kas tonusunun işlevleri- tam fonk kaybı | |

? ICF kodlamasında karşılığı bulunamamıştır. * ICF sınıflamasının "Etkinlikler ve Katılım" bölümü için değerlendirilmiştir.

Tablo 36. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında ICD-10, WHODAS-II ve ICF İlişkisi, Aydın, 2006-2007 (devam)

| Katılımcı | Cinsiyet/ Yaş | Özür türü (DİE) | Özür Tipi (DİE) | ICD-10 | WHODAS-II SKORU* | | | | | | | | ICF |
|--------------------|------------------|----------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|---------------------------------------|--------------|---|
| | | | | | Alan 1 Anlamave iletişim kurma | Alan 2 Hareket etme, bir verden bir vere gitme | Alan 3 Kendine bakım | Alan 4 İnsan ilişkileri | Alan 5 Yaşam etkinlikleri | | Alan 6 Toplumsal yaşama katılım | Toplam | |
| | | | | | | | | | Alan 5 | Alan 5c | | | |
| Katılımcı 5 | Erkek/56 | Göz ve Görme İle İlgili Bozukluk | Bir gözün az görmesi, bir gözün hiç görmemesi (İş kazası) | H 54 Görme bozuklukları ve körlük | 0,00 | 43,75 | 40,00 | 0,00 | 90,00 | - | 29,17 | 25,47 | b210.4 görme işlevleri- tam fonk kaybı |
| Katılımcı 6 | Kadın/58 | Göz ve Görme İle İlgili Bozukluk | Her iki gözünde hiç görmemesi (Hastalık) | H 54 Görme bozuklukları ve körlük | 5,00 | 50,00 | 60,00 | 0,00 | 90,00 | - | 25,00 | 28,30 | b210.4 görme işlevleri- tam fonk kaybı |
| Katılımcı 7 | Kadın/41 | İşitme İle İlgili Bozukluk | Bir kulak az duyuyor, diğeri hiç duymuyor (Hastalık) | H 90 Kulağın diğeri hastalıkları | 10,00 | 18,75 | 0,00 | 0,00 | 40,00 | - | 4,17 | 9,43 | b230.4 işitme işlevleri- tam fonk kaybı |

* ICF sınıflamasının “Etkinlikler ve Katılım” bölümü için değerlendirilmiştir.

Tablo 36. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Çalışmasında ICD-10, WHODAS-II ve ICF İlişkisi, Aydın, 2006-2007 (devam)

| Katılımcı | Cinsiyet/ Yaş | Özür türü (DİE) | Özür Tipi (DİE) | ICD-10 | WHODAS-II SKORU* | | | | | | | Toplam | ICF |
|---------------------|------------------|------------------------------------|---|--|---------------------------------------|--|-------------------------|----------------------------|------------------------------|---------|---------------------------------------|--------------|---|
| | | | | | Alan 1 Anlama ve iletişim kurma | Alan 2 Hareket etme, bir verden bir vere gitme | Alan 3 Kendine bakım | Alan 4 İnsan ilişkileri | Alan 5 Yaşam etkinlikleri | | Alan 6 Toplumsal yaşama katılım | | |
| | | | | | | | | | Alan 5 | Alan 5c | | | |
| Katılımcı 8 | Erkek/34 | İşitme İle İlgili Bozukluk | Bir kulak az duyuyor, diğeri hiç duymuyor (Hastalık) | H 90 Kulağın diğeri hastalıkları | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 8,33 | 0,00 | 0,00 | 37,50 | 9,43 | b230.4 işitme işlevleri-tam fonk kaybı |
| Katılımcı 9 | Kadın/47 | Dil ve Konuşma İle İlgili Bozukluk | “r” harfini söyleyemiyor (Doğuştan) | F 80 Konuşma ve dil özel gelişimsel bozuklukları | 10,00 | 6,25 | 0,00 | 0,00 | 40,00 | - | 0,00 | 6,60 | b330.4 konuşmanın akışı ve ritim işlevleri-tam fonk kaybı |
| Katılımcı 10 | Erkek/25 | Dil ve Konuşma İle İlgili Bozukluk | Tutuk konuşuyor(K ekeme) (Doğuştan) | F 98 Davranışsal ve duygusal diğeri bozukluklar, genellikle başlangıcı çocukluk ve ergenlikte olan | 35,00 | 0,00 | 20,00 | 0,00 | 0,00 | - | 16,67 | 12,26 | b330.4 konuşmanın akışı ve ritim işlevleri-tam fonk kaybı |

* ICF sınıflamasının “Etkinlikler ve Katılım” bölümü için değerlendirilmiştir.

Tablo 36'ya göre her bir katılımcıya ilişkin değerlendirmeler aşağıda sunulmuştur.

Katılımcı 1: Cinsiyeti erkek, yaşı 40 olan katılımcının mevcut sınıflamaya göre özür türü süreğen hastalık özür tipi multiple sklerozdur. ICD-10'daki kodu G35'dir. G35 "Merkezi sinir sisteminin demiyelinizan hastalıkları" açıklamasına karşılık gelmektedir.

WHODAS-II sonuçları incelendiğinde Alan 1 ve Alan 4'den sıfır puan aldığı yani anlama ve iletişim kurma ile insan ilişkilerinde güçlük çekmediği anlaşılmıştır. Alan 2 (hareket etme) ve Alan 3 (kendine bakım)'de güçlük çektiği, Alan 5 (ev ile ilgili etkinlikler) ve Alan 6 (toplumsal yaşama katılım)'da ise orta derecede zorlandığı belirlenmiştir. Toplam puana göre iyiden kötüye doğru sıralamada 10 kişi içinde üçüncü sırada yer almaktadır. Bu kişi en az hareketle biraz kendine güven kazandırılarak birebir ilişkide olabileceği, iletişim alanında bir görevde istihdam edilebilir.

Katılımcı 2: Cinsiyeti kadın, yaşı 25 olan katılımcının mevcut sınıflamaya göre özür türü süreğen hastalık özür tipi epilepsidir. ICD-10'daki kodu G40'dır. G40 "Epizodik ve paroksizmal bozukluklar" açıklamasına karşılık gelmektedir.

WHODAS-II sonuçları incelendiğinde Alan 2 ve Alan 4'den sıfır puan aldığı yani hareket etme, bir yerden bir yere gitme ile insan ilişkilerinde güçlük çekmediği anlaşılmıştır. Alan 1 (anlama ve iletişim kurma), Alan 3 (kendine bakım), Alan 5 (ev ile ilgili etkinlikler) ve Alan 6 (toplumsal yaşama katılım)'da ise güçlük çektiği belirlenmiştir. Toplam puana göre iyiden kötüye doğru sıralamada 10 kişi içinde dokuzuncu sırada yer almaktadır. Bu kişi birebir insanlarla ilişkide ve hareket halinde olabileceği bir işte istihdam edilebilir. Kişinin çalışma arkadaşları hastalığı hakkında bilgilendirilmelidir. Topluma katılım sağlama yönünde danışmanlık hizmeti alması önerilebilir.

Katılımcı 3: Cinsiyeti kadın, yaşı 28 olan katılımcının mevcut sınıflamaya göre özür türü ortopedik bozukluk özür tipi ayak ve bacaklarda fonksiyon kaybıdır (kas hastalığı). ICD-10'daki kodu M63'dür. M63 "Kas bozuklukları, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda" açıklamasına karşılık gelmektedir.

WHODAS-II sonuçları incelendiğinde Alan 3'de sıfır puan aldığı yani kendine bakımda güçlük çekmediği anlaşılmıştır. Alan 1 (anlama ve iletişim kurma), Alan 2 (hareket etme) Alan 4 (insan ilişkileri), Alan 5 (ev ile ilgili etkinlikler) ve Alan 6 (toplumsal yaşama

katılım)'da ise güçlük çektiği belirlenmiştir. Toplam puana göre iyiden kötüye doğru sıralamada 10 kişi içinde dördüncü sırada yer almaktadır. Bu kişi en az hareketle biraz kendine güven kazandırılarak birebir ilişkide olabileceği, iletişim alanında bir görevde istihdam edilebilir.

Katılımcı 4: Cinsiyeti erkek, yaşı 32 olan katılımcının mevcut sınıflamaya göre özür türü ortopedik bozukluk özür tipi ayak ve bacaklarda fonksiyon kaybıdır (trafik kazası). ICD-10'daki kodu Y85'dür. Y85 "hastalık ve ölümün dış sebeplerinin sekeli" açıklamasına karşılık gelmektedir.

WHODAS-II sonuçları incelendiğinde Alan 1, Alan 3 ve Alan 4'den sıfır puan aldığı yani anlama ve iletişim kurma, kendine bakım ve insan ilişkilerinde güçlük çekmediği anlaşılmıştır. Alan 2 (hareket etme), Alan 5 (ev ile ilgili etkinlikler) ve Alan 6 (toplumsal yaşama katılım)'da güçlük çektiği belirlenmiştir. Toplam puana göre iyiden kötüye doğru sıralamada 10 kişi içinde altıncı sırada yer almaktadır. Bu kişi en az hareketle iletişim alanında bir görevde istihdam edilebilir.

Katılımcı 5: Cinsiyeti erkek, yaşı 56 olan katılımcının mevcut sınıflamaya göre özür türü göz ve görme ile ilgili bozukluk özür tipi bir gözün az bir gözün hiç görmemesidir (iş kazası). ICD-10'daki kodu H54'dür. H54 "görme bozuklukları ve körlük" açıklamasına karşılık gelmektedir.

WHODAS-II sonuçları incelendiğinde Alan 1 ve Alan 4'den sıfır puan aldığı yani anlama ve iletişim kurma ile insan ilişkilerinde güçlük çekmediği anlaşılmıştır. Alan 2 (hareket etme), Alan 3 (kendine bakım), Alan 5 (ev ile ilgili etkinlikler) ve Alan 6 (toplumsal yaşama katılım)'da güçlük çektiği belirlenmiştir. Toplam puana göre iyiden kötüye doğru sıralamada 10 kişi içinde yedinci sırada yer almaktadır. Bu kişi en az hareketle biraz kendine güven kazandırılarak birebir ilişkide olabileceği, iletişim alanında değerlendirilmelidir.

Katılımcı 6: Cinsiyeti kadın, yaşı 58 olan katılımcının mevcut sınıflamaya göre özür türü göz ve görme ile ilgili bozukluk özür tipi her iki gözün hiç görmemesidir (hastalık). ICD-10'daki kodu H54'dür. H54 "görme bozuklukları ve körlük" açıklamasına karşılık gelmektedir.

WHODAS-II sonuçları incelendiğinde Alan 4'den sıfır Alan 1'den beş puan aldığı yani anlama ve iletişim kurma ile insan ilişkilerinde güçlük çekmediği anlaşılmıştır. Alan 2

(hareket etme), Alan 3 (kendine bakım), Alan 5 (ev ile ilgili etkinlikler) ve Alan 6 (toplumsal yaşama katılım)'da güçlük çektiği belirlenmiştir. Toplam puana göre iyiden kötüye doğru sıralamada 10 kişi içinde sekizinci sırada yer almaktadır. Bu kişi en az hareketle (masabaşı vb.), insanlarla iletişim kurabileceği bir alanda değerlendirilmelidir.

Katılımcı 7: Cinsiyeti kadın, yaşı 41 olan katılımcının mevcut sınıflamaya göre özür türü işitme ile ilgili bozukluk özür tipi bir kulağın az diğerinin hiç duymamasıdır (hastalık). ICD-10'daki kodu H90'dır. H90 "kulağın diğer hastalıkları" açıklamasına karşılık gelmektedir.

WHODAS-II sonuçları incelendiğinde Alan 3 ve Alan 4'den sıfır puan aldığı yani kendine bakım ile insan ilişkilerinde güçlük çekmediği anlaşılmıştır. Alan 1 (anlama ve iletişim kurma), Alan 2 (hareket etme), Alan 3 (kendine bakım), Alan 5 (ev ile ilgili etkinlikler) ve Alan 6 (toplumsal yaşama katılım)'da güçlük çektiği belirlenmiştir. Toplam puana göre iyiden kötüye doğru sıralamada 10 kişi içinde ikinci sırada yer almaktadır. Bu kişi en az hareketle birebir ilişkide olabileceği, iletişim alanında bir görevde istihdam edilebilir.

Katılımcı 8: Cinsiyeti erkek, yaşı 34 olan katılımcının mevcut sınıflamaya göre özür türü işitme ile ilgili bozukluk özür tipi bir kulağın az diğerinin hiç duymamasıdır (hastalık). ICD-10'daki kodu H90'dır. H90 "kulağın diğer hastalıkları" açıklamasına karşılık gelmektedir.

WHODAS-II sonuçları incelendiğinde Alan 1, Alan 2, Alan 3 ve Alan 5'den sıfır puan aldığı yani anlama ve iletişim kurma, hareket etme, kendine bakım ile yaşam etkinliklerinde güçlük çekmediği anlaşılmıştır. Alan 4 (insan ilişkileri) ve Alan 6 (toplumsal yaşama katılım)'da güçlük çektiği belirlenmiştir. Toplam puana göre iyiden kötüye doğru sıralamada 10 kişi içinde ikinci sırada yer almaktadır. Toplumsal yaşama katılımında zorluk yaşayan bu kişiye topluma katılım sağlama yönünde danışmanlık hizmeti alması önerilebilir.

Katılımcı 9: Cinsiyeti kadın, yaşı 47 olan katılımcının mevcut sınıflamaya göre özür türü dil ve konuşma ile ilgili bozukluk özür tipi "r" harfini söyleyememesidir (doğuştan). ICD-10'daki kodu F80'dir. F80 "konuşma ve dil özel gelişim bozuklukları" açıklamasına karşılık gelmektedir.

WHODAS-II sonuçları incelendiğinde Alan 3, Alan 4 ve Alan 6'dan sıfır puan aldığı yani kendine bakım, insan ilişkileri ve toplumsal yaşama katılımında güçlük çekmediği anlaşılmıştır. Alan 1 (anlama ve iletişim kurma), Alan 2 (hareket etme) ve Alan 5 (ev ile ilgili

etkinlikler)'de güçlük çektiği belirlenmiştir. Toplam puana göre iyiden kötüye doğru sıralamada 10 kişi içinde birinci sırada yer almaktadır. Bu kişi en az hareketle biraz kendine güven kazandırılarak toplumsal alanlarda birebir ilişkide olabileceği, iletişim alanında bir görevde istihdam edilebilir.

Katılımcı 10: Cinsiyeti kadın, yaşı 25 olan katılımcının mevcut sınıflamaya göre özür türü dil ve konuşma ile ilgili bozukluk özür tipi kekemeliktir (doğuştan). ICD-10'daki kodu F98'dir. F98 "davranışsal ve duygusal diğer bozukluklar, genellikle başlangıcı çocukluk ve ergenlikte olan" açıklamasına karşılık gelmektedir.

WHODAS-II sonuçları incelendiğinde Alan 2, Alan 4 ve Alan 5'dan sıfır puan aldığı yani hareket etme, insan ilişkileri ve yaşam etkinliklerinde güçlük çekmediği anlaşılmıştır. Alan 1 (anlama ve iletişim kurma), Alan 3 (kendine bakım) ve Alan 6 (toplumsal yaşama katılım)'da güçlük çektiği belirlenmiştir. Toplam puana göre iyiden kötüye doğru sıralamada 10 kişi içinde beşinci sırada yer almaktadır. Bu kişi insanlarla birebir ilişkide olabileceği, toplumsal faaliyetlerde aktif rol alabileceği, biraz kendine güven kazandırılarak iletişim alanında bir görevde istihdam edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Toplumun ve bireylerin sağlık düzeyini kişinin yaşam tarzı, çevre ve sağlık hizmetlerinde yapılacak değişiklikler yükseltebilir. Yaşam tarzında meydana gelecek değişiklikler, kişinin kendini geliştirmesi ve bilinçlenmesi ile olabilir. Bunu da sağlayacak olan farkına vardırma ve eğitimidir. Çevre ile ilgili değiştirme çalışmalarına su, hava, gıda kirlenmesi ve zararlı artıkların önlenmesi ile insanların yaşadıkları yer ve çalışma çevrelerindeki risklerin azaltılması girebilmektedir. Toplumun temel sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için gerekli tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanması da sağlık hizmetleri için oldukça önemlidir. Bütün önlemler alınsa ve toplum yeterince bilinçlendirilse bile kalıcı fonksiyon bozukluğu olan bireyler her zaman olacaktır. Aydın çalışmasında tespit edilen özürlülerin özellikleri incelendiğinde aşağıdaki noktalar göze çarpmaktadır.

“Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma” isimli bu çalışma Aydın il merkezi sınırları içerisinde 22 mahallede gerçekleştirilmiş ve özürlülük prevalansı % 15.7 olarak bulunmuştur. Bu oran göz ardı edilmeyecek bir rakam olup gerek DSÖ verilerine ve gerekse de “Türkiye Özürlülük Araştırması 2002” sonuçlarına göre yüksektir.

Çalışmada iki ve daha fazla özrü olanların oranı % 3.2 ve kişi başına düşen özür sayısı 1.2 olarak saptanmıştır. En çok tespit edilen özür türü % 63.7 ile süreğen (kronik) hastalıklar, en az belirlenen ise % 1.2 ile zihinsel bozukluklar olmuştur. Araştırmada her birey ayrıntılı olarak muayene edilemediği için daha önce bir sağlık kurumu tarafından tanı konmuş yada görsel olarak görülen özürlüler değerlendirmeye alınmıştır. Bu sebeple kesin sonuçlara uzman hekimlerin muayenesi ve laboratuvar desteği ile birlikte ulaşılabilir.

Araştırmaya katılan kişilerde özürlülük sıklığının kadınlarda anlamlı şekilde yüksek olduğu gözlemlenmiştir (% 60.5, $p < 0.001$). Çalışmaya katılanlarda özürlülük sıklığının en fazla 45-64 yaş arası bireylerde (% 43.0) olduğu saptanmış ve diğer yaş grupları ile aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2 = 676.266$, $p < 0.001$).

Çalışmada herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmayanlarda özürlülük sıklığı %6.1 gibi bir değer ile diğer gruplardan daha düşük bulunmuştur.

Araştırmada HHSK uygulanan kişilerde evli olanlarda özürlü sıklığının % 74.5 ile diğer gruplardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($X^2= 156.309$, $p< 0.001$). Eşi ölmüş ve boşanmış olanlarda bu sıklık % 18.7 iken, bekârlarda ise % 6.8 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmada özürlülük sıklığının çalışmayan kişilerden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($X^2=209.915$, $p< 0.001$).

Araştırmada, özürlü bireylerin yaş ortalamasının 52.4 ± 18.8 , olmayanların ise 30.2 ± 18.4 olduğu gözlemlenmiştir. Çalışma grubunun toplam yaş ortalaması ise 33.7 ± 20.2 olup, ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p< 0.001$).

Araştırmaya katılan kişilerin özür türlerinin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde süreğen hastalıklar ile ruhsal ve işitme ile ilgili bozukluklar dışında tüm özür türlerinin erkeklerde kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu gözlemlenmiştir ($X^2=27.145$, $p< 0.001$). Özür türlerinin yaş ortalamasına göre dağılımlarına bakıldığında zihinsel bozuklukların 23.4 ± 13.9 ile en küçük yaş ortalamasına sahip olduğu ve yaş ortalamaları bakımından özür grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p< 0.001$). Çalışmada süreğen, ruhsal, ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma bozuklukları ile zihinsel bozuklukları içeren yedi ayrı özür türü tespit edilmiştir.

WHODAS II ölçeğine göre en küçük yetiyitimi düzeyi 0.00, en yüksek 57.55, ortalama $8,75\pm 8,91$ bulunmuştur. Ölçekte bulunan altı alanın ortalamalarının ise $1,83\pm 8,75$ ile $24,94\pm 24,81$ arasında değiştiği gözlemlenmiştir.

WHODAS-II ölçeği uygulanan özürlü bireylerde ölçek düzeyinin cinsiyet (t testi, $p=0,002$) ve yaştan (ANOVA, $p< 0.001$) etkilendiği tespit edilmiştir. Düzey ortalamasının özellikle 18-29 yaş bandında yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Eğitim durumu ile düzey ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Kruskal Wallis Varyans analizi, $p< 0.001$). Sosyal güvence durumu ile düzey ortalaması arasında, yeşil kart sahibi olanların düzey ortalamalarının diğerlerinden daha yüksek olduğu gözlemlenmiş ve gruplar arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p=0,003$). Medeni duruma göre ise bekâr bireylerde düzey ortalamasının diğerlerine göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p< 0.001$).

Araştırma grubunda bulunan mevcut özür türlerine göre WHO DAS-II düzey ortalamaları değerlendirildiğinde, en yüksek ortalamanın % 43,40±18,12 ile zihinsel bozukluklarda, ikinci sırada ise % 24,47±18,00 ile dil ve konuşma ile ilgili bozukluğu olanlarda saptanmıştır.

WHODAS II ölçeği ile elde edilen veriler değerlendirildiğinde gerek alanların ve gerekse de total değerlerin sonuçları normal dağılıma uygunluk göstermediği tespit edilmiştir. Bu sebeple alanlardan tespit edilen sonuç değerleri 25, 50 ve 75 yüzdilik dilimlere göre sınıflandırılmış; % 25'lik dilime giren özürülüler "iyi", % 50'lik dilime giren özürülüler "orta" ve son olarak % 75'lik dilime giren özürülüler ise "kötü" olarak yorumlanabilir. Buna göre özürülülerin Alan 1 ve 5 değerleri iyi (sırasıyla % 56.4, % 73.0), Alan 2 % 42.9, Alan 5 % 47.0 ve Alan 6 % 31.1 değerleri ile kötü olarak değerlendirilmiştir.

WHO DAS-II sonuçlarına göre özürülü bireylerin en fazla güçlük çektiği alanlar, süreğen hastalıklarda Alan 5 (ev ile ilgili etkinlikler), ruhsal ve işitme bozuklarında Alan 1 (anlama ve iletişim kurma), ortopedik bozukluklarda Alan 2 (hareket etme bir yerden bir yere gitme), görme bozukluklarında Alan 1 ve 2, konuşma bozukluklarında Alan 1 ve 5 (ev ile ilgili etkinlikler), zihinsel bozukluklarda ise Alan 4 (insan ilişkileri) ve 5 (ev ile ilgili etkinlikler) olarak tespit edilmiştir.

Öneriler:

Özürülü çocuk yada yetişkin, günlük yaşama, kent yaşamına ve toplum yaşamına çok sınırlı ölçüde katılabilmektedir. Eğitimden sağlığa, iş ve mesleki rehabilitasyondan kültür ve sanata, spor ve kent standartlarının iyileştirilmesine, ulaşımdan psikolojik ve sosyal desteğe bireysel ve aile danışmanlığı hizmetlerinden gerektiğinde sürekli bakıma kadar çok ciddi ve çözüm bekleyen sorunları bulunmaktadır.

Özürülülük, sadece özürülü insanın kendisi için değil, aynı zamanda aile ve çevresi, yakınları ve komşuları için de önemlidir. Türkiye'de ve dünyada rehabilitasyon hizmeti veren merkezler genellikle büyük yerleşim alanlarında küçük gruplara ve sadece özürülü bireylere yönelik hizmet vermektedir. Fakat özürülü çocuğun gelişme süreci içerisinde eğitim ile ilgili bilgileri zamanında doğru ve basit olarak alabilmesi aile içinde özürülü bir çocuğa sahip olmanın getirdiği psiko-sosyal sorunların ilerlemeden çözülebilmesi için ailenin toplumsal ilişkiler, toplumun yapısı ve özürülülük hakkında bilgisinin yeterli olması gerekir. Özürülü

insanın kişilik gelişimi, yetenekleri oranında topluma katkıda bulunabilmesi, onu anlayışla kabul eden, destekleyen aile ortamı ve sosyal çevrenin varlığına bağlıdır. Özürlü insanların kendi evlerinde ve toplumda onları destekleyici, topluma kazandırmada öncelikli hizmet veren rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyaç vardır.

Türkiye’de Milli Eğitim Bakanlığına bağlı 49 işitme engelliler ilköğretim okulu ve 15 meslek lisesi bulunmaktadır. Bu okullarda toplam 6708 işitme engelli çocuk eğitim görmektedir (157). Türkiye özürlüler araştırmasına göre ülkemizde 10-19 yaş aralığında 18108’i erkek ve 17640’ı kadın olmak üzere toplam 36448 işitme bozukluğu olan çocuk bulunmaktadır (60). Toplumdaki bu prevalans göz önüne alındığında işitme bozukluğu olan çocukların sadece % 20’si eğitim alabilmektedir. Aydın İlinde özürlülere yönelik eğitim kurumlarının sayısının yetersizliği ve özür tiplerinin kısıtlılığı (örneğin, görme ile ilgili bozukluğu olanlar ya da ortopedik bozukluğu olanlara yönelik) dikkat çekmektedir. Eğitim ve rehabilitasyonun son derece önemli olduğu belirtilen özürlülere yönelik devletin daha kapsamlı imkanlar sunması gerek bu kişiler gerekse de ülkemiz için oldukça faydalı olacağı düşünülmektedir.

Dil ve konuşma bozuklukları kişinin toplumsal ilişkilerini, gelişmesini etkileyerek kişi ve çevresi için önemli sonuçlar yaratmaktadır. Tıbbi tedavi sonrası uygulanacak konuşma öğretimi ne kadar erken başlarsa sonuçta o kadar iyi olacaktır. Konuşma bozukluğunun saptanmasında en büyük rolün ailenin olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

Türkiye’de Milli Eğitim Bakanlığına bağlı Eğitilebilir Zihinsel Engelliler İlköğretim Okulu 49 adet, Eğitilebilir Zihinsel Engelliler İş Okulları 63 adet, Öğretilebilir Zihinsel Engelliler Eğitim Uygulama Okulları 115 adet, Öğretilebilir Zihinsel Engelliler İş Eğitim Merkezleri 119 adet olmak üzere toplam 346 adet okul zihinsel bozukluğu olan çocuklara eğitim vermektedir. Bu okullarda toplam 12437 zihinsel özürlü çocuk eğitim görmektedir (157). Türkiye özürlüler araştırmasına göre 10-19 yaş aralığında 42415’i erkek ve 30285’i kadın olmak üzere toplam 72700 zeka bozukluğu olan çocuk bulunmaktadır (60). Toplumdaki bu prevalans göz önüne alındığında zeka bozukluğu olan çocukların sadece %17’si eğitim alabilmektedir. Eğitim ve rehabilitasyonun son derece önemli olduğu belirtilen özürlülere yönelik devletin daha kapsamlı imkanlar sunması gerek bu kişiler gerekse de ülkemiz için oldukça faydalı olacağı düşünülmektedir. Bu bağlamda öneriler aşağıda sıralanmıştır.

1. Çalışmaya Özel Öneriler

- a. Özürlerin kodlanması ve sınıflandırılması ile istihdam olanaklarının değerlendirilmesi açısından ICD-10, ICF ve WHODAS II birlikte kullanılmalı ve ülkemizde bu konuda uygulamaya geçilmelidir.
- b. WHODAS II, ICF kodlama sisteminde sadece etkinlikler katılım bölümünde kullanılan bir ölçektir. ICF'in diğer bölümlerini değerlendirebilecek çeşitli ölçekler geliştirilebilir.
- c. Sağlık kuruluşlarında bulunan kayıt sistemi ülke çapında standart hale getirilmeli, geliştirilmeli ve işlevselliği artırılmalıdır.
- d. Sağlık ve sosyal hizmet sunan hizmet gücüne kodlama-sınıflama-ölçek kullanımı-kayıt-değerlendirme-bildirme konularında da eğitim verilmelidir.

2. Genel öneriler:

- a. ICF'in uygulamaya sokulması için ilgili kuruluşlar bilgilendirilmeli; sağlık ve sosyal hizmet sunumundan sorumlu yetkililerin eğitimi sağlanmalıdır.
- b. Özürlü bireye sahip ailelerin psiko-sosyal sorunlarını aşmada yardımcı olunmalıdır.
- c. Özürlü çocuğa sahip eğitim düzeyleri düşük anneler, çocukların özrü hakkında yeterli ve doğru bilgiye sahip değildirler. Bu sebeple özürlü çocuğa sahip annelerin eğitilmeleri için eğitim projesi geliştirilmelidir
- d. Toplumda özürlülük ve özür grupları hakkında açıklayıcı, bilgilendirici konferans, seminer vb verilmesi için çalışmalar yapılmalıdır.
- e. Anne ve baba adayının gebelik öncesinden itibaren titizlikle incelenmesi, doğum sonrasında çocuğun hızlı ve yeterli bir sağlık kontrolünden geçirilmesi, "olası özürlülüklerin erken tespit edilmesi" ve "gerekli tedbirlerin zamanında alınabilmesi" açısından önemli olup, birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliği ve çalışma şartları geliştirilmelidir.

- f. Kronik hastalıklara yönelik danışmanlık hizmetlerinin sunulmasına ağırlık verilmelidir.
- g. Özürlüler için geliştirilmiş teknik araç tasarımına öncelik verilmelidir.
- h. Özürlülere yönelik gerekli istihdam olanakları sağlanmalıdır.
- i. Özürlü bireylerin günlük yaşam, spor ve sosyal etkileşim becerilerini geliştirmeye yönelik hizmetler verilmelidir.
- j. Trafik kazalarını azaltmak amacıyla gerekli olan çalışmalar genişletilerek devam etmelidir.
- k. Gebeler, doğumların sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmesi ve asepsi-antisepsi kurallarına uyulması açısından aydınlatılmalıdır.
- l. İş kazalarının azaltılması ve daha güvenilir bir iş ortamı sağlanmalı, işyeri hekimliğinin önemi yönünden işverenler bilinçlendirilmelidir.

ÖZET

ÖZÜRLÜLÜK SINIFLAMASI İÇİN BİR MODEL OLUŞTURMA

Özürlülük tarih boyunca bütün toplumlarda büyük bir sorun olarak varlığını sürdürmüştür. Türkiye’de özürlü sayısı ve türü ile özürlülüğe neden faktörler hakkında yeterince bilimsel veri mevcut değildir. Özürlülüğün önlenmesi, özürlülere yardım için alınacak önlemler ve uygulanacak tedavilerde öncelikle üzerinde durulacak olan konuları saptamak için bu tür bilgilere gereksinim vardır. Bu konularda bilimsel net veriler bütün ülkeyi kapsayan geniş çaplı epidemiyolojik çalışmalar ile sağlanabilir.

Bu çalışma Aydın il merkezinde özürlülük sıklığını belirlemeyi, özürlülük türlerini ve nedenlerini ortaya koymayı, tespit edilen özürlülerin DSÖ’nün 2001 yılında uygulamaya koyduğu “İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)”nı kullanarak yeniden sınıflamayı ve bu sınıflamanın Türkiye’de kullanılmaya başlanması ile neler kazandıracağını bir model üzerinde tartışmayı amaçlamaktadır. Çalışma sırasında elde edilen veriler Türkiye’nin özürlülük profiline istatistiksel veri olarak katkıda bulunacaktır. Model oluşturma sırasında elde edilen deneyimler karar vericilere özürlülere yönelik planlamalarında yol gösterecektir.

Araştırma Ekim 2006-Mayıs 2007 tarihleri arasında Aydın İli Belediye sınırları içinde 22 mahallede yapılmıştır. Kesitsel, tanımlayıcı bir araştırma olup, örnek büyüklüğü 1200 hane, 4462 kişi olarak belirlenmiştir. Haneler mahallelere göre tabakalı ve sistematik örnekleme yöntemi ile saptanmıştır. Tespit edilen örneklem büyüklüğü baz alındığında % 98.1 oranında haneye ve % 82.6 oranında ise kişiye ulaşılmıştır.

Özürlülük prevalansını hesaplamak amacıyla T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve Özürlüler İdaresi Başkanlığı’nın 2002 yılında yapmış oldukları “Türkiye Özürlüler Araştırması” nda kullanılan iki soru kağıdı ve DSÖ tarafından oluşturulan WHO DAS-II ölçeği uygulanmıştır. İlk soru kağıdı tüm hanelere, ikinci soru kağıdı ilk anketin sonunda özürlü olduğu saptanan kişilere, WHO DAS-II ölçeği ise 18 yaş ve üstündeki özürlü bireylere uygulanmıştır. Araştırma verileri bilgisayar ortamında ve SPSS 11.5 programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Özür lülük prevalansı % 15.7 olarak saptanmıştır. 45-64 yaş grubunda, ilkokul ve daha düşük eğitim düzeyinde, evli olan bireylerde ve çalışmayanlarda özür lülük anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Özür grupları içerisinde en sık görülen özür türleri sırasıyla, süreğen hastalıklar (% 63.7), ortopedik bozukluklar (% 11.5), ruhsal bozukluklar (% 8.5), görme ile ilgili bozukluklar (%6.3), işitme ile ilgili bozukluklar (%5.0), dil ve konuşma ile ilgili bozukluklar (% 3.8) ve zihinsel bozukluklar (% 1.2) olarak tespit edilmiştir.

Cinsiyete göre özür türlerinin dağılımında süreğen hastalıklar ile ruhsal ve işitme ile ilgili bozukluklar dışında erkeklerde özür lülük kadınlara göre anlamlı şekilde fazla olduğu görülmüştür ($p < 0.001$).

Özür türlerine göre WHO DAS-II düzey ortalamaları değerlendirildiğinde, en yüksek skor ortalaması zihinsel bozukluklara; ikinci sırada ise dil ve konuşma ile ilgili bozukluklara sahip olanlarda bulunmuştur. Özellikle zihinsel bozuklukları olanların temel günlük yaşam aktivitelerini başka birisinin yardımı ile veya hiç yapamadıkları tespit edilmiştir.

WHODAS II ölçeği ile elde edilen veriler değerlendirildiğinde gerek alanların ve gerekse de total değerlerin sonuçları normal dağılıma uygunluk göstermediği için alanlardan tespit edilen sonuç değerleri 25, 50 ve 75 yüzdilik dilimlere göre sınıflandırılmış; % 25'lik dilime girenler "iyi", % 50'lik dilime girenler "orta" ve % 75'lik dilime giren özür lülüler ise "kötü" olarak yorumlanmıştır. Alan 1 (Anlama ve iletişim kurma) ve Alan 5 (İşle yada okulla ilgili etkinlik) bölümlerinde iyi ve kötü olmak üzere iki grubun olduğu, Alan 2 (Hareket etme), 5 (Ev ile ilgili etkinlikler), 6 (Toplumsal yaşama katılım) ve bunların genel toplamalarında iyi, orta ve kötü olmak üzere üç grubun bulunduğu tespit edilmiştir. Alan 3 (Kendine bakım) ve Alan 4 (İnsan ilişkileri)'de ise 446 kişi sıfır puan (iyi), 36 kişi 10 ve üzeri puan almıştır.

WHO DAS-II sonuçlarına göre özür lülü bireylerin en fazla güçlük çektiği alanlar, süreğen hastalıklarda Alan 5, ruhsal ve işitme bozuklarında Alan 1, ortopedik bozukluklarda Alan 2, görme bozukluklarında Alan 1 ve 2, konuşma bozukluklarında Alan 1 ve 5, zihinsel bozukluklarda ise Alan 4 ve 5 olarak tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Özür lülük, Prevalans, WHODAS-II, ICF, Aydın

SUMMARY

PROPOSING A MODEL FOR DISABILITY CLASSIFICATION

Disability has been an important problem among populations throughout history. In Turkey, data about quantity of disabled people, kinds of disability and underlying factors is inadequate. This kind of information is necessary for determining key points for prevention, treatment and precautions to help the disabled. Scientific and accurate data can be obtained through comprehensive epidemiological researches held country wide.

The aim of this study is to determine prevalence, kinds and epidemiological characteristics of disability in Aydin city center; applying International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) developed by WHO; help promotion of health of disabled people by generating statistical data.

The research was made between October 2006-May 2007 within municipality boundaries of Aydin province. This is a cross-sectional study. Sample size was determined as 1200 houses and 4462 people. Accessibility was 98.1% for houses and 82.6% for people.

In order to determine prevalence of disability, two questionnaires used in the ‘Turkey Disability Study’ which was held in 2002 by Republic of Turkey Prime Ministry Turkish Statistical Institute and Prime Ministry Administration for Disabled People as well as WHO DAS-II scale developed by WHO were applied. The first questionnaire was filled in for all houses; the second one was filled in for the people who were found to be disabled after the first questionnaire. WHO DAS-II was filled in for the disabled people 18 years and older. Data were analyzed using SPSS 11.5.

Prevalence of disability was found 15.7%. It was significantly higher in people older than 65 years; whose education level is elementary or less and whose wife/husband was dead or divorced.

Among the disability groups, the disability kinds detected most often were; chronic diseases (63.7%), orthopedic disorders (11.5%), psychological disorders (8.5%), disorders about seeing (6.3%) and hearing (5.0%) respectively.

Kinds of disability were significantly higher in men than in women except for chronic diseases and psychological disorders ($p < 0.001$).

When WHO DAS-II average scores were assessed according to kinds of disability, highest scores were found in people with psychological disorders; followed by people with disorders about language and talking. Especially people with psychological disorders were found to be performing their basic daily living activities either with someone else's help or not performing them at all.

Key words: Disability, Prevalence, WHODAS-II, ICF, Aydin

7. KAYNAKLAR

1. Üstün B, Jakop R. Re-defining “Health”, Bulletin of World Health Organization, http://www.who.int/bulletin/bulletin_board/83/ustun11051/en/ 31.03.2008.
2. <http://www.who.int/disabilities/en/index.html> 05.04.2008.
3. Braddock DL, Parish SL,. An institutional history of disability. Department of Disability and Human Development University of Illinois at Chicago. http://www.aucd.org/conference/Institutional_History.wpd.pdf 04.04.2007.
4. Garland R. The eye of the beholder: deformity and disability in the Graeco-Roman World. Ithaca, NY: Cornell University Pres, 1995.
5. Alexander FG, Selecnick ST,. The history of psychiatry: an evaluation of psychiatric thought and practice from prehistoric times to present, New York: Harper&Row., 1964.
6. Bilgin AC. Bayraklı 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde 18-58 yaş engellilik sıklığı ve engellilerin çalışma yaşamı özelliklerinin değerlendirilmesi, Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2003.
7. Burcu E. Özürlülük Kimliği ve Etiketlemenin Kişisel ve Sosyal Söylemleri, Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 2006; 23: 61-83.
8. İnce A. Avrupa Birliği’nde ve Türkiye’de Özürlüler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Avrupa Topluluğu Enstitüsü, 1996.
9. Uskun E. Isparta ilinde özürlülük epidemiyolojisi, Uzmanlık Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2002.
10. Öztekin Z. Halk sağlığı sözlüğü, 1. Baskı Ankara: Sağlık Bakanlığı, 1998.
11. Demirarslan S. Disabled persons and their position at the construction education. The Turkish Online Journal of Educational Technology–TOJET,2004;3. <http://www.tojet.net/articles/322.htm> 26.08.2006.
12. Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM , Ustun TB. Models of disability, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. Social Science and Medicine, 1999; 48: 1173-87.
13. Imrie R. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. Sociology of Health&Illness, 2004; 26: 287-305.
14. Kearney PM. The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and nursing. Nursing Theory and Concept Development or Analysis, 2004; 46: 162-170.
15. Tweedy SM. Taxonomic theory and the ICF:Foundations for a unified disability athletics classification. Adapted Physical Activity Quarterly, 2002; 19: 220-237.

16. DSÖ İşlevsellik, yetiyitimi ve sağlığın uluslar arası sınıflandırılması (ICF), Çeviren: Elif Kabakçı ve Ahmet Göğüş, Ankara: Bilge Matbaacılık, 2001.
17. <http://www.tsd.org.tr/content/view/1885/2194/>
18. Pekdemir Ş. İslamda özürlü hukuku, Yüksek Lisans Tezi, Samsun: On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Temel İslam Bilimleri Anabilim Dalı, 2006.
19. Ünsal A, Tözün M. Türkiye’de özürllük ile ilgili yasal durum, Osmangazi Tıp Dergisi, 2007; 29: 77-83
20. <http://www.saglik.gov.tr/TR/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFF7A2395174CFB32E12355FA44949AC48E>
21. <http://www.marmaraortopedi.com.tr/ozr/kimlik.asp> 15.01.2008.
22. <http://www.mevzuat.adalet.gov.tr/html/23215.html> 15.02.2008.
23. Takamine Y. Disability Issues in East Asia: Review and Ways Forward, http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Regions/East-Asia-Pacific/Disability_Issues_in_East_Asia_Takamine.pdf, 2003 15.09.2006.
24. Gillberg C, Soderstrom H. Learning disability. The Lancet, 2003; 362: 811-821.
25. Özürllük nedenleri, önlemler ve görevlerimiz, www.tarsusram.gov.tr/belgeler/ozeg/engelli_egitimi/ÖZÜRLÜLÜK%20NEDENLERİ.doc: 01.04.2008.
26. Baykan Z. Özürllük, engellilik, sakatlık nedenleri ve korunma. Sted Dergisi, 2000; 9.
27. WHO. Investing in mental health. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2003.
28. UNESCO Overcoming Obstacles to the Integration of Disabled People, UNESCO, DAA, 1995.
29. www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=4
30. Özkan H, Yalvarmış F, Güler M, Çalışkan T, Türker S, Sunay BF. Yaşlı Nüfusun Sosyodemografik Özellikleri: Pamukçu Kasabası, Balıkesir, STED, 2006; 15: 199-201.
31. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A, Bakıcı Z. Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk Faktörleri, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 27: 89 – 94.
32. http://halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2004-05/UlusalHstYuku_STG.pdf.
33. Kraus LE, Stoddart S, Gilmartin D. Chartbook on Disability in the United States, Amerika:Infouse, 1996.
34. Ayan D, Beder-Şen R, Ünal G, Yurtkuran S. Ankara’da akraba evliliği. Aile ve Toplum, 2001; 4: 7-27.

35. Kayahan M, Şimşek Z, Ersin F, Gözükara F, Kurçer MA. Şanlıurfa Tıfındır Sağlık Ocağı Bölgesinde Akraba Evliliği Prevalansı ve 5 Yaş Altı Ölümlere Etkisi, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2003; 7: 1-5.
36. Hussain R, Bittles AH. The prevalence and demographic characteristics of consanguineous marriages in Pakistan, Journal of Biosocial Science, 1998; 30: 261-275.
37. Ulusoy M, Tunçbilek E. Consanguinity in Turkey in 1988. Turkish J. Popul. Stud., 1989; 11: 35-46.
38. Tekbaş ÖF, Oğur R, Uçar M. Genç erişkin erkekler arasında akraba evliliği sıklığının ve nedenlerinin araştırılması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005; 4:120-128.
39. Başaran N. Akraba evlilikleri. Tıbbi Genetik Ders Kitabı, İstanbul: Güneş&Nobel Tıp Kitapevi, 1999:126-131.
40. Özvarış BŞ, Koçoğlu GO, Akın A. Türkiye’de akraba evlilikleri 1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları, <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m114.htm> , 09.04.2004.
41. Denizli İlinde Akraba Evliliği Sıklığı ve Tıbbi Sonuçları. http://sbe.pamukkale.edu.tr/tezarsivi/sevil_zencir.pdf 09.04.2004.
42. www.ztb.gov.tr/docs/akraba_evliligi.doc 15.03.2008.
43. Bittles AH. Empirical Estimates of The Global Prevalence Of Consanguineous Marriage in Contemporary Societies, www.stanford.edu/group/morrinst/pdf/MorrisonPN0074.pdf 02.04.2008.
44. Keskinoğlu P, Giray H, Pıçakçıefe M, Bilgiç N, Uçku R. İnönü Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yaşlılarda Ev İçi Kazalar, Türk Geriatri Dergisi, 2004; 7: 89-94.
45. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. I.Özürlüler Şurası-Çağdaş Toplum Yaşam ve Özürlüler. Komisyon Raporları Genel Kurul Görüşmeleri. 1999:Ankara
46. Artar Y, Karabacakoğlu Ç. Ortez ve tekerlekli sandalyenin üretimi, standartları ve pazar potansiyeli. Özürlülerin Toplumsal Gelişimine Yönelik Proje. 2003:Ankara.
46. Özkeskin M. Bedensel Özürlülerin Ev Ortamının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2000.
47. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği), Uludağ Üniversitesi Tıp Fak. Yayını, 1993:429-52.
48. Bilir N. İş Sağlığı. Bertan M, Güler Ç(ed.ler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Ankara, 1997:263-81.
49. İlhan MN, Kurtcebe ZÖ, Durukan E, Koşar L. Temizlik İşçilerinin Sosyodemografik Özellikleri ve Çalışma Koşulları ile İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sıklığı, 2006; 20: 433 – 439.

50. http://www.isggm.gov.tr/arsiv/haberler/1996_2005_ssk_istatistikleri.pdf 15.01.2008.
51. Akbulut T. İşçi sağlığı prensip ve uygulamaları. 2. Baskı İstanbul: Sistem Yayıncılık, 1994.
52. Temel F, Özcebe H. Türkiye'de Karayollarında Trafik Kazaları, Sted, 2006; 15, 192-199.
53. http://www.toraks.org.tr/pdf/ulusal_hastalik_yuku_hastalikyukuTR.pdf 26.04.2008.
54. WHO. The top ten causes of death, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310.pdf> 26.04.2008.
55. http://halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2004-05/UluslHstYuku_STG.pdf 20.04.2008.
56. <http://www.egm.gov.tr/teadb/istatistikler/orta.htm> 26.04.2008.
57. Üzel A, Er ve erbasların aile planlaması ile ilgili bilgilerinin eğitim öncesi ve sonrası değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi: Mersin, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı.
58. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/data/All%20-0AH%20BE%20EY%20Son.pdf> 26.04.2008.
59. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bankalığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, 2003.
60. DİE (2004) Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. Ankara: DİE Matbaası.
61. WHO. Mental Health: New Understanding, New Hope, WHO Library Cataloguing in Publication Data, 2001.
62. <http://undp.un.org.tr/who/bulten/turk/bul5ruhdortkisi.HTM> 15.02.2008.
63. Jans L, Stoddart S, Kraus L. Chartbook on Mental Health and Disability in the United States. Infouse. Berkeley. 2004.
64. History of the development of the ICD, <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf> 30.03.2008.
65. <http://www.birseyogren.com/hakkinda/hastaliklarin-uluslararası-sınıflamasi/> 30.03.2008.
66. <http://www.saglik.gov.tr/BIDB/BelgeGoster.aspx?F6E10F8892433CFFA79D6F5E6C1B43FF56B1C544199E2E54> 30.03.2008.
67. http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/bidb/icd_10/ICD-10_Nedir.doc 19.04.2008.
68. <http://www.turkmia.org/eski/sempozyum/icd> 19.04.2008.
69. Jette AM. Toward a common language for function, disability and health. Physical Therapy., 2006; 86:726-734.

70. Yaruss JS, Robert W. Quesalb Stuttering and the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): An update. *Journal of Communication Disorders* 2004; 37: 35–52.
71. Nordenleft L. Action theory, disability and ICF. *Disability and Rehabilitation*, 2003;25: 1075-79.
72. Chapireau F. The Environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 2005; 18: 305-311.
73. WHO. ICIDH-2 International Classification of Functioning and Disability, Beta-2 Draft, Üstün TB (ed). Geneva, World Health Organization, 1999.
74. Öztürk BB. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması <http://www.ozida.gov.tr/yayinlar/ozveri/ov1makicf.htm> 03.04.2008.
75. Raghavendra P, Bornman J, Granlund M, Akesson EB. The World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health: Implications for Clinical and Research Practice in the field of Augmentative and Alternative Communication, *Augmentative and Alternative Communication*, 2007; 23: 349 – 361.
76. <http://www.ozida.gov.tr/siniflandirma/icf.htm> 03.04.2008.
77. First Workshop for Improving Disability Statistics and Measurement, UNESCAP, Bangkok, 24-28 May 2004, http://www.unescap.org/stat/meet/widsm1/widsm1_nenad1.pdf 03.04.2008.
78. WHO. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF World. World Health Organization Geneva 2002, <http://www.who.int/classifications/icf/site/beginners/bg.pdf> 03.04.2008.
79. WHO, Disability, including prevention, management and rehabilitation. http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_17-en.pdf 04.04.2008.
80. <http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp-474.html> 06.09.2006.
81. Al-Hazmy MB, Al-Sweilan B, Al-Moussa NB. Handicap among children in Saudi Arabia: prevalence, distribution, type, determinants and related factors. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2004; 10: 503-520.
82. Statistical Data on Disability Profile http://www.apcdproject.org/countryprofile/pakistan/pakistan_stat.html 06.09.2006.
83. Statistical Data on Disability Profile <http://www.apcdproject.org/countryprofile/china/statistical.html#concent> 06.09.2006.
84. <http://unstats.un.org/unsd/demographic/sconcerns/disability> 01.09.2006.
85. http://www.iadb.org/SDS/SOC/site_6215_e.htm#Prevalence 01.09.2006.

86. http://www.die.gov.tr/nufus_sayimi.htm 04.04.2008.
87. Beyazova M, Bumin Ç, Beyazova U, Bumin MA, Aksöz Ş. Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesi'nde sakatlık epidemiyolojisi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1987;3: 119-130.
88. Saltık A, Kayapınar R, Yorulmaz F. Edirne merkezinde 30 küme örnekleme tekniği ile özürlü taraması. İstanbul Halk Sağlığı Bülteni, 1990; 12: 25-35.
89. Aktekin MR. Antalya il merkezinde sakatlık prevalansı ve bazı değişkenlerle ilişkisi. Uzmanlık Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 1990.
90. Müslümanoğlu L. Tıbbi rehabilitasyon yönünden İkitelli-Atatürk mahallesinde özürlülük epidemiyolojisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 1990.
91. Karamehmetoğlu ŞS. Rehabilitasyon açısından Silivri ilçe merkezinde özürlülük prevalansı. Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 1990.
92. Aydın R. Tıbbi rehabilitasyon yönünden özürlülük epidemiyolojisi. Uzmanlık tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 1990.
93. Yazgan N. Bornova merkez sağlık ocağı bölgesi Kazım Dirik Mahallesi özürlülük epidemiyolojisi. Uzmanlık tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 1990.
94. Serdaroğlu G. Tıbbi rehabilitasyon açısından Halkalı Eski Bağlar Mahallesi özürlülük epidemiyolojisi. Uzmanlık tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 1990.
95. Becer H. Ankara Park Sağlık Ocağı Bölgesi'nde özürlülük epidemiyolojisi. Uzmanlık tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, 1991.
96. Yılmaz H, Kesiktaş N, Eren B, Köse R. İstanbul ilinde özürlülük oranı ve özürülerin durumu. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi, 1998; 2: 51-53.
97. Turhanoglu DA, Saka G, Karabulut Z, Kılınç Ş, Ertem M. Diyarbakır il merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireylerde özürlülük ve kronik hastalık sıklığı. Turkish Journal of Geriatrics, 2000; 3: 146-150.
98. Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN. Isparta ilinde özürlülük, sakatlık ve engellilik epidemiyolojisi. Sağlık ve Toplum Dergisi, 2005; 1: 1-25.
99. Özer Ö. Bolu Kürkcüler Köyü'nde Özürlü Dağılımı, Yüksek Lisans Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2002.

100. Maralcan G, Kuru İ, Aydın ÜY, Altınel L, Bozan ME, Ellidokuz H. The prevalence of orthopedic disabilities in the district of Çay, Afyon, Turkey. *Acta Orthop Traumatol Turc*, 2004; 38: 343-347.
101. Baykan Z. Özürlülük, Engellilik, Sakatlık Nedenleri ve Korunma, *STED*, 2000; 9: 336-338.
102. <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/oztemelgosterge.htm> 04.04.2008.
103. Aytaç S. İstihdam ve Koruma Alanı Yaratmak Üzere Özürlüler İçin Sosyal Yaşam Merkezi Projesi, <http://iibf.kou.edu.tr/ceko/armaganlar/turanyazgan/04.pdf> 04.04.2008.
104. Sarı G. Türkiyede özürlüler ile ilgili sosyal güvenlik ve istihdam politikaları, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: DEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, 1992.
105. Evcı, ED, Gülgün D, Beşer E, Çelimli S, Elveren A, Akgör Ş, Karahasanoğlu B, Küçükyumuk M. Aydın İli Sağlıklı Şehir Çalışması, Aydın Şehir Sağlığı Profili, 2005.
106. Aydın Ticaret Odası Borsası, <http://www.aydintb.gov.tr/v2> 04.03.2008.
107. <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitimapp/adnks.zul> 09.04.2008.
108. Kish L. Survey sampling, John Wilwy&Sons Inc. Newyork, 1965.
109. WHO Assessment, Classification and Epidemiology Group. A Brief Introduction to WHODAS-II. Geneva, 1999.
110. WHO Disability Assesment Schedule II (WHO-DAS II) Interviewer Training Manual.. WHO 1999.
111. WHO Classification, Assessment and Survey Group (CAS) 1999. WHO-DAS II Frequently Asked Questions. Geneva, 2000. <http://www.who.int/icidh/whodas/FAQ.html> 18.04.2008.
112. Uluğ B, Ertuğrul A, Göğüş A, Kabakçı E. Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesinin (WHO-DAS-II) Şizofreni Hastalarında Geçerlilik ve Güvenilirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12:121-130.
113. Frequency and types of consanguineous marriage <http://www.emro.who.int/publications/EMRO%20PUB-TPS-GEN-PRT2-CHPT5-5.2.HTM> 09.04.2004.
114. Taş Ü, Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SMA, Hofman A, Odding E, Pols HAP, Koes BW. Incidence and risk factors of disability in the elderly: The Rotterdam Study, *Preventive Medicine*, 2007; 44: 272–278.
115. WHO. Preventing chronic diseases a vital investment, Public Health Agency of Canada.

116. Aktener AY, Dolger Hİ, Erkayhan GE, Görmeli G, Kafadar FS, Yıldız M, Keskinöglü P, Soyer A. Yarı Kırsal Bir Bölgede 20-64 Yaşlı Üreme Çağı ve Menopoz Sonrası Kadınlarda şişmanlık sıklığı, Trakya Univ Tıp Fak Dergi 2006; 23:119-126.
117. Bennett AE, Garrad J, Halil T. Chronic disease and disability in the community: a prevalence study, Legislation on Medicines-Dunlop, 1970; 26: 762-764.
118. Özdemir L, Koçoğlu G, Sümer H, Nur N, Polat H, Aker A, Bakıcı Z. Sivas İl Merkezinde Yaşlı Nüfusta Bazı Kronik Hastalıkların Prevalansı ve Risk Faktörleri, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 27: 89 – 94.
119. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. J Hypertens. 2004; 22: 11-9.
120. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı “Türkiye’de Sağlığa Bakış 2007” Bölük Ofset Matbaacılık, Ankara.
121. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Hasanoglu E, Çağlar Ş, and for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. Journal of Hypertension 2005; 23:1817-1823.
122. Eryonucu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, Güler N, Erkoç R, Dilek İ. Van İli ve Yöresindeki Hipertansif Hastaların Hipertansiyon Konusundaki Bilgi Düzeylerinin ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi, Van Tıp Dergisi, 1999;6:11-15.
123. Taşçı S, Öztürk A, Öztürk Y. Hisarcık Ahmet Karamancı Sağlık Ocağı Kıranardı Bölgesinde 30 Yaş Üstü Nüfusta Hipertansiyon Prevelansı ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 14:59-65.
124. Öztaş D, Aycan S. Gölbaşı Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 50 yaşın Üzerindeki Erkeklerde Hipertansiyon Sıklığı ve Bazı Demografik Özelliklerle Olan İlişkisi İle İlgili Bir Çalışma. IV Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Didim 1994, 614-616.
125. Türkay C, Polat H, Çetin İ ve ark. Sivas Belediye Çalışanlarında Hipertansiyon ve Kalp Hastalığı Erken Tanı Çalışması. IV Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Didim 1994, 617-620.
126. Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense HW, Joffres M Et all. Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States, JAMA, 2003; 289: 2363-70.
127. Xu C, Sun Z, Zheng L, Zhang D, Li J, Zhang X, Liu S, Li J, Zhao F, Hu D, Sun Y. Prevalence of and Risk Factors for Isolated Systolic Hypertension in the Rural Adult Population of Liaoning Province, China. The Journal of International Medical Research, 2008; 36: 353 – 356.
128. WHO. Prevention of Blindness from Diabetes Mellitus, Report of a WHO consultation in Geneva, Switzerland, 2005.

129. Wild S, Bchir MB, Roglic G, Green A, Sicree R, King H, Global Prevalence of Diabetes, *Diabetes Care*, 2004; 27: 5.
130. <http://www.ws3.heartstats.web.baigent.net/datapage.asp?id=1584> 04.04.2008.
131. Prevalence of Heart Disease United States, 2005, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5606a2.htm> 04.04.2008.
132. <http://www.toraks.org.tr/news.php?id=646> 04.04.2008.
133. Pisani P, Bray F, Parkin DM. Estimates of the world-wide prevalence of cancer for 25 sites in the adult population, *Int. J. Cance.* 2002; 97: 72–81.
134. Eser YS. Türkiye’de kanser insidansı, <http://www.ukdk.org/pdf/kitap/5.pdf> 10.04.2008.
135. Looker AC, Orwoll ES, et al. Prevalence of low femoral bone density in older US adults from Nhanes III. *J Bone Miner Res.* 1997; 12: 1761-1768.
136. Tenenhouse A, Joseph L, et al. Estimation of the prevalence of low bone density in Canadian women and men using a population-specific DXA reference standard: The Canadian Multicentre Osteoporosis Study (CaMos). *Osteoporos Int.* 2000; 11: 897-904.
137. http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/toplum_beslenmesi_program_tanitimi.pdf 05.04.2008.
138. Arslantas D, et al., Prevalence of osteoporosis in middle anatolian population using calcaneal ultrasonography method, *Maturitas*, 2008; doi:10.1016/j.maturitas.2008.01.007.
139. Kutsal GY. et al., Epidemiological multicenter study on osteoporosis: the EDMUSTO study, *Rheumatol Int*, 2007; 27:1189–1191.
140. Disability and American Families: 2000, <http://www.census.gov/prod/2005pubs/censr23.pdf> 10.04.2008.
141. Prevalence of disability in South Africa. Census 2001. www.statssa.gov.za 10.04.2008.
142. Arslan Ş, Kutsal YG. Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirimine Yönelik Çok Merkezli Epidemiyolojik Çalışma, *Geriatri* 1999;2:103-114,.
143. Magnitude and causes of visual impairment, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html> 10.04.2008.
144. Garcia CAA, Sousa AB, Mendonça MBM, Andrade LL, Oréface F. Prevalence of strabismus among students in Natal/RN – Brazil, *Arq Bras Oftalmol.* 2004; 67: 791-4.
145. Béria JU, Raymann BCW, Gigante L P, Figueiredo AC L. et al. Hearing impairment and socioeconomic factors: a population-based survey of an urban locality in southern Brazil, *Pan American Journal of Public Health*, 21: 381-387.

146. Al Khabori M, Khandekar R. The prevalence and causes of hearing impairment in Oman: a community-based cross-sectional study. *Int. J. Auidol* 2004;43:486-92.
147. Kathryn W, Jason DP. Health profile of deaf Canadians, *Canadian Family Physician*, 2007; 53: 2140-2141.
148. Deafness and hearing impairment, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html> 18.04.2008.
149. Disability, <http://www.archive2.official-documents.co.uk/document/deps/doh/survey01/skf/skf04.htm> 18.04.2008.
150. Mental and neurological disorders, http://www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_fact_sheet1_en.pdf 19.04.2008.
151. Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), Intellectual disability in Australia's Aboriginal and Torres Strait Islander peoples, *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 2007; 32: 222–225.
152. Murphy CC, Yeargin-Allsopp M, Decouflé P and Drews CD. The administrative prevalence of mental retardation in 10-year-old children in metropolitan Atlanta, 1985 through 1987., *Am J Public Health*. 1995; 85: 319–323.
153. Simeonsson RJ, Scarborough AA, Hebbeler KM. ICF and ICD codes provide a standart language of disability in young children. *J Clin. Epid.* 2006; 59:365-373.
154. Gökkoca Z, Dönmez L. Antalya kent merkezindeki 60 yaş ve üzerindekiilerin yetiyitimi sıklığı, derecesi ve yetiyitiminin yaşamı etkileme düzeyi, www.dicle.edu.tr 19.04.2008.
155. Pösl M, Cieza A, Stucki G. Psychometric properties of the WHODAS II in rehabilitation patients, *Qual. Life Res.*, 2007; 16: 1521-1531.
156. Açıklan, İ. Türkiye'de ana sağlığı ve aile planlaması, *STED*, 2001;10:176-179.
157. <http://orgm.meb.gov.tr/> 18.04.2008.

EKLER:

EK 1:

**T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
Sağlık Müdürlüğü**

SAYI : B1041SM4090008/3100/91
KONU : Özürlüler Hak.

12158

29 HAZ 2006

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: 03.05.2006 tarih ve 2178 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda ; bildirilen "Özürlülük Üzerine Model Oluşturma "hakkında araştırma yapılabilmesi için izin ve desteğin verilmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup,

Bilgilerinize rica ederim.

M.Suphi KÜSBECİ
Vali a.
Vali Yardımcısı

| | |
|-------|------------|
| Yazın | 30.06.2006 |
| Yazın | 010 |
| Yazın | 8701 |
| Yazın | Yazın |

8

EK 2:



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : B.30.2.ADÜ.0.01.00/ 010-143


31.8./2006

Konu :

Sayın, Yrd.Doç.Dr. E.Didem EVCİ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Fakültemiz Etik Kurulu'nun 23.08.2006 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan XIII nolu karar ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.


Prof.Dr. Ufuk KATKICI
Etik Kurul Başkanı

KARAR XIII

Protokol No : 2006/00139

Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. E.Didem EVCİ – Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. E.Didem EVCİ'nin "Aydın İl merkezinde özür lülük üzerine bir model oluşturma" isimli tek merkezli araştırması görüşüldü.

Sonuçta, çalışmanın protokolü, gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemler ile gönüllü bilgilendirme formu ve ekli bulunan diğer belgeler dikkate alınarak incelenmiş ve adı geçen araştırmaya başlanmasında Yerel Etik Kurulunca sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.

EK 3:

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI AD.

ÖZÜRLÜLÜK SINIFLAMASI İÇİN BİR MODEL OLUŞTURMA

Araştırmanın amacı: Bu çalışmada Aydın İli Belediye sınırları içerisindeki özürlülük prevalansı belirlenerek tespit edilen özürlülere yapılan sınıflandırmalar değerlendirilecektir.

Bu ankete verilecek yanıtlar isim ve kişisel bilgiler bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır.

Anket No :
Anketör İsmi :

Tarih:/...../200..
Başlama saati:.....

A. Hane Halkı Kişisel Nitelikler İle İlgili Sorular

1. Adınız Soyadınız :
2. Cinsiyetiniz : 1. Erkek 2. Kadın
3. Hane Halkı Resisine Yakınlığınız : 1. Hane Halkı Reisi
2. Eşi
3. Oğlu/Kızı
4. Babası/Annesi
5. Kayınvalidesi/Kayınpederi
6. Torunu
7. Damadı/Gelini
8. Kardeşi
9. Diğer Akrabaları
10. Akraba Değil
4. Bitirdiğiniz Yaş Nedir? :

KİŞİ 6 YAŞINDAN KÜÇÜK İSE SORU 16'YA GEÇİNİZ

5. En Son Bitirdiğiniz Okul Nedir?
1. Okuryazar değil
2. Okuryazar fakat bir okul bitirmemiş
3. İlkokul
4. İlköğretim
5. Ortaokul
6. Orta ve dengi meslek
7. Lise
8. Lise ve dengi meslek
9. Yüksekokul veya Fakülte
10. Yüksek lisans, doktora

KİŞİ 12 YAŞINDAN KÜÇÜK İSE 16. SORUYA GEÇİNİZ

6. Medeni Durumunuz Nedir?
1. Hiç evlenmedi (Soru 9'a geçiniz)
2. Evli
3. Evli-ayrı yaşıyor
4. Boşandı
5. Eşi öldü
7. Eşinizle Aranızda Akrabalık Var mı?
1. Evet 2. Hayır (Soru 9'a geçiniz)
8. Eşinizle aranızdaki Akrabalığın Derecesi Nedir?
1. Kardeş çocukları
2. Kardeş torunları
3. Diğer

9. Geçen Hafta İçinde Bir İşte Çalıştınız mı?

(Geçen hafta içinde para veya mal karşılığı 1 saat dahi çalışmış olanlar çalıştı olarak alınacaktır. Geçen hafta içinde izin, hastalık, seyahat vb. nedenlere veya mevsim gereği işinde çalışmayanlar için, çalışmadı fakat işi ile ilgi devam ediyor seçeneği işaretlenecektir)

10. Geçen Hafta İçinde Çalıştığınız veya İlginizi Kesmediğiniz İşteki Durumunuz nedir?

1. Çalıştı
2. Çalışmadı fakat işe ile ilgisi devam ediyor.
3. Çalışmadı **(Soru 13'e Geçiniz)**

1. Kamu sektöründe ücretli,maaşlı
2. Özel sektörde ücretli,maaşlı veya yevmiyeli
3. İşveren
4. Kendi hesabına
5. Ücretsiz aile işçisi

11. Geçen Hafta İçinde çalıştığınız veya ilginizi kesmediğiniz işiniz nedir?

12. Çalıştığınız işten aylık ortalama geliriniz ne kadardır?

1. 350 YTL ve altı
2. 351 – 500 YTL
3. 501 – 750 YTL
4. 751 – 1000 YTL
5. 1001 ve üzeri

SORU 16 YA GEÇİNİZ

13. İş Arıyormusunuz?

14. İş Aramak için en son ne zaman bir girişimde bulundunuz?

1. Evet 2. Hayır **(Soru 15'e geçiniz)**

1. 1 ay önce
2. 2-3 ay önce
3. 4-6 ay önce **Soru 16'ya geçiniz**
4. 7 ay ve daha fazla
5. Hiçbir girişimde bulunmadı

15. Çalışmama veya iş aramama nedeniniz nedir?

1. Öğrenci
2. Ev kadını/Kızı
3. Emekli
4. İrad sahibi
5. Özü nedeniyle çalışmayacak durumda
6. Özü nedeniyle iş bulamıyor/Bulamadı
7. İş buldu-kurdu başlamak için bekliyor
8. Diğer

16. Herhangi Bir Sosyal Güvenliğiniz var mı?

17. Sosyal Güvenliğiniz Kendi Adınıza mı?

18. Tedavi Masraflarınız Hangisi Tarafından Karşılıyor?

1. Evet 2. Hayır

1. Evet 2. Hayır

1. SSK
2. Çalışan devlet kuruluşu
3. Emekli sandığı (Emekli devlet memuru)
4. Bağkur
5. Yeşilkart
6. Özel sağlık sigortası
7. Özel sandık
8. 2022 sayılı kanun kapsamında yaralanma
9. Diğer (.....)
10. Karşılanmıyor

19. Süreğen Bir Hastalığınız var mı?

20. Süreğen Bir Hastalığınızın türü nedir?

1. Evet 2. Hayır **(Soru 21'e geçiniz)**

1.

2.

3.

21. Ruhsal Sorununuz var mı?

22. El, kol, ayak, bacak, parmak veya omurganızda kısıklık, eksiklik, fazlalık, yokluk, kas güçsüzlüğü, kemik hastalığı, hareket kısıtlılığı veya şekil bozukluğu var mı?

1. Evet 2. Hayır

1. Evet 2. Hayır

23. Tek veya iki gözünüzde, tamamen görme kaybı renk körlüğü, şaşılık, gece körlüğü, veya herhangi derece bir gözlükle gazete yazılarını okuyamayacak düzeyde görme bozukluğu varmı?

1. Evet 2. Hayır

24. Tek veya iki kulağınızda cihaz kullanmaksızın konuşmaları işitmeyecek düzeyde veya tamamen duyma kaybınız var mı?

1. Evet 2. Hayır

25. Hiç konuşamama veya konuşmanızda bozukluk, tutukluk kekemelik varmı?

1. Evet 2. Hayır

26. Zihinsel özrünüz var mı?

1. Evet 2. Hayır

27. Özürlülük raporunuz var mı?

1. Evet 2. Hayır

Bitiş saati:.....

Teşekkür ederim.

EK 4:**ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HALK SAĞLIĞI AD.****ÖZÜRLÜLÜK SINIFLAMASI İÇİN BİR MODEL OLUŞTURMA**

Araştırmanın amacı: Bu çalışmada Aydın İli Belediye sınırları içerisindeki özürlülük prevalansı belirlenerek tespit edilen özürlülere yapılan sınıflandırmalar değerlendirilecektir.

Bu ankete verilecek yanıtlar isim ve kişisel bilgiler bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır.

Anket No :
Anketör İsmi :
Telefon No :

Tarih:/..../200..
Başlama saati:.....

| | | | |
|--|--|--|--|
| 1. Adınız Soyadınız | : | | |
| 2. Cevaplayan kişinin özürlü kişiye yakınlık derecesi nedir? | 1. Kendisi 2. Eşi 3. Oğlu/Kızı 4. Annesi 5. Babası | 6. Kardeşi 7. Aneanesi/ Babaanesi/Dedesi 8. Teyzesi/Halası 9. Amcası/Dayısı 10. Diğer | |
| 3. Cevaplayan kişi özürlü bireyin kendisi değil ise cevaplamama nedeni nedir? | 1. Yaşı küçük 2. Özü nedeni ile cevap verecek durumda değil 3. Diğer (.....) | | |
| 4. Cinsiyetiniz | : 1. Erkek 2. Kadın | | |
| 5. Bitirdiğiniz Yaş Nedir? | : | | |
| 6. Özürlünüz nedeni ile aşağıdaki hizmetlerin hangilerinden yararlandınız veya yararlanıyorsunuz? | Eğitim hizmeti Bakım ve rehabilitasyon hizmeti Meslek ve beceri edindirme kursu Sağlık hizmeti Sosyal ve kültürel hizmetler Aile rehberliği ve danışmanlık Diğer | <u>Evet</u> 1 1 1 1 1 1 | <u>Hayır</u> 2 2 2 2 2 2 |
| (6. soruda eğitim hizmeti seçeneğine evet diyenlere sorunuz) 7. Eğitim hizmetini hangi kuruluşlardan aldınız yada alıyorsunuz? | 1. Resmi normal okul 2. Özel normal okul 3. Normal okul özel sınıf 4. Özel eğitim okulu (Resmi) 5. Özel eğitim okulu (RÖzel) | | |
| (6. soruda bakım ve rehabilitasyon hizmeti seçeneğine evet cevabı verenlere sorunuz) 8. Bakım ve rehabilitasyon hizmetini nereden aldınız yada alıyorsunuz? | 1. Bakım ve rehabilitasyon merkezi (Resmi) 2. Bakım ve rehabilitasyon merkezi (Özel) 3. Evde rehabilitasyon hizmeti 4. Evde bakım hizmeti | | |
| (6. soruda meslek ve beceri edindirme kursu evet cevabı verenlere sorunuz) 9. Meslek ve beceri edindirme kursunu nereden aldınız yada alıyorsunuz? | 1. Çıraklık eğitimi 2. Halk eğitim kursları 3. Türkiye iş kurumunun düzenlediği kurslar 4. Vakıf/Dernekte verilen kurslar 5. Belediyenin düzenlediği kurslar 6. SHÇEK'nun düzenlediği kurslar 7. Diğer (.....) | | |

| | | | | |
|---|--|--|---|----------------------------------|
| <p>10. Yandaki kurum/kuruluşlardan hangilerinden özrünüzle ilgili hizmet aldınız?</p> <p><i>(Seçeneklerden az biri evet ise soru 12 'ye geçiniz)</i></p> | <p>Sağlık Kuruluşundan Özrü ile ilgili Dernek/Vakıf/ Federasyon/Konfederasyon MEB SHÇK Türkiye iş kurumu Yerel yönetimlerden Diğer</p> | <p>Evet 1 1 1 1 1 1 1</p> | <p>Hayır 2 2 2 2 2 2 2</p> | |
| <p>11. Özrünüzle ilgili herhangi bir kurum/kuruluş yada rehabilitasyon merkezine gitmemenizin en önemli nedeni hangisidir?</p> | <p>1. Yaşı küçük 2. Yakın çevrede bu tür kurum/kuruluş yada rehabilitasyon merkezi yok 3. Bu tür kurum/kuruluş yada rehabilitasyon merkezinden haberim yok 4. Bu tür kurum/kuruluş yada rehabilitasyon merkezlerinin yeterli hizmet verebileceğine inanmıyorum 5. Ekonomik durumumuz yeterli değil 6. Başvurdum ama kabul edilmedi 7. Aile içinde çözüm bulundu 8. Diğer (.....)</p> | | | |
| <p>12. Bulduğunuz çevrede özrünüze ilişkin yandaki hizmetlerden hangisi verilmektedir?</p> | <p>Toplu taşıma hizmetleri Bina, cadde, ve yollarda özürlülere yönelik düzenlemeler</p> | <p>Evet 1 1</p> | <p>Hayır 2 2</p> | <p>Bilmiyor 3 3</p> |
| <p>13. Siz yada aile fertlerinden biri özrünüzle ilgili herhangi bir gönüllü kuruluşa üyemi?</p> | <p>1. Kendisi 2. Anne veya Babası 3. Kardeşi 4. Eşi 5. Oğlu/Kızı 6. Hiçbiri üye değil</p> | | | |
| <p>14. Günlük aktivitelerinizi ne şekilde yerine getiriyorsunuz?</p> | <p>1. Kendi başımıza bağımsız 2. Bazen birisinin yardımıyla (Yarı/Kısmen Bağımlı) 3. Sürekli birisinin yardımıyla (Tam bağımlı) 4. Henüz günlük aktivitelerini yerine getirecek yaşta değil</p> | | | |
| 12 VE DAHA YUKARI YAŞTAKİLERE SORULACAKTIR | | | | |
| <p>15. Medeni durumunuz nedir?</p> | <p>1. Hiç evlenmedi (Soru 18'e geçiniz) 2. Evli _____ 3. Evli-ayrı yaşıyor _____ (Soru 17'ye geçiniz) 4. Boşandı 5. Eşi öldü</p> | | | |
| <p>16. Boşanmanız yada ayrı yaşamanızın nedeni özrünüzden mi kaynaklanıyor?</p> | <p>1. Evet 2. Hayır</p> | | | |
| <p>17. Çocuğunuz var mı?</p> | <p>1. Evet 2. Hayır</p> | | | |
| <p>18. Geçen hafta içinde bir işte çalıştınız mı?</p> | <p>1. Evet 2. Hayır (Soru 20'ye geçiniz)</p> | | | |
| <p>19. Özrünüzden dolayı işiniz veya işyerinizle ilgili olarak yandaki sorunlardan hangilerini yaşıyorsunuz?</p> | <p>İşyerinin fiziki şartları uygun değil İş arkadaşlarım beni kabullenmiyor İşimde mesleki bilgi ve becerimi kullanamıyorum İşverenim benden verim alamayacağımı düşünüyor Diğer</p> | <p><u>Evet</u> 1 1 1 1 1</p> | <p><u>Hayır</u> 2 2 2 2 2</p> | |

| 20 VE 21. SORULAR ÖZÜRLÜ BİREYİN KENDİSİ TARAFINDAN CEVAPLANACAKTIR. AKSİ TAKDİRDE SORU 22 YE GEÇİNİZ | | | |
|---|---|----------------------------|-------|
| 20. Özrünüzle ilgili kurum ve kuruluşlardan en önemi beklentiniz hangisidir? | 1. Parasal katkıda bulunmalı 2. Eğitim olanakları yaratmalı 3. İş bulmama yardım etmeli 4. Yasal haklarını savunmalı 5. Yaşamını kolaylaştıracak fiziksel düzenlenmelerin yapılmasını sağlamalı 6. Meslek edindirme kursları düzenlenmeli 7. Sosyal aktiviteler düzenlenmeli 8. Psikolojik danışmanlık yapmalı 9. Rehberlik ve danışmanlık hizmeti vermeli 10. Geçici bakım hizmeti sunabilmeli 11. Evimde uzman personel tarafından bakım ve tedavi hizmeti vermeli 12. Diğer (.....) | | |
| 21. Medyanın (TV, Radyo, Gazete vb) özürülerin sorunlarını ele almasını nasıl değerlendiriyorsunuz? | | Evet | Hayır |
| | Özürülerin sorunlarını gündeme getiriyorlar | 1 | 2 |
| | Konuyu istismar ediyorlar | 1 | 2 |
| | Konuyu ele alış şekilleri çözüme yönelik olmuyor | 1 | 2 |
| | Konuyu en çok izlenen saatlerde yayınlamıyorlar | 1 | 2 |
| | Fikri yok | 1 | 2 |
| DİKKAT! 22. SORU ANKETÖR TARAFINDAN HANE HALKI SORU KAĞIDINDAN YARARLANILARAK DOLDURULACAKTIR. İŞARETLENEN HER ÖZÜR GRUBU İÇİN BELİRTİLMİŞ SORU İLE BAŞLAYAN BÖLÜMDEKİ SORULAR SORULACAKTIR. | | | |
| 22. Özur türünüz nedir? | 1. Ortopedik özürü için soru 23'e geçiniz 2. Görme özürü için soru 36'ya geçiniz 3. İşitme özürü için soru 48'e geçiniz 4. Dil ve konuşma özürü için soru 60'a geçiniz 5. Zihinsel özürü için soru 71'e geçiniz | | |
| ORTOPEDİK ÖZÜRLÜ BİREYE İLİŞKİN SORULAR | | | |
| 23. Ortopedik özürünüz ne zaman ortaya çıktı? | 1. Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında (Soru 25'e geçiniz) 2. Sonradan | | |
| 24. Ortopedik özürünüz kaç yaşındayken ortaya çıktı? (Bitirilen yaş yazılacaktır) | (Soru 26'ya geçiniz) | | |
| 25. Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında meydana gelen ortopedik özürünüzün nedeni nedir? | 1. Genetik veya Kalıtsal Bozukluk 2. Kan uyuşmazlığı 3. Doğum travması (Doğum anındaki kazalar) 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 | | |
| SORU 29'A GEÇİNİZ | | | |
| 26. Sonradan meydana gelen ortopedik özürünüzün nedeni nedir? | 1. Kaza 2. Hastalık (Soru 28'e geçiniz) 3. İlaç Kullanımı _____ 4. Zehirlenme 5. Beslenme bozukluğu 6. Madde bağımlılığı 7. Vatani görev 8. Diğer 9. Bilmiyor _____ | | |
| | | (Soru 29'a geçiniz) | |

| 27. Ortopedik özrünüze neden olan kazanın türü nedir? | 1. Trafik kazası 2. Ev kazası 3. İş kazası 4. Oyun kazası 5. Spor kazası 6. Silahlı yaralanma 7. Deprem 8. Diğer doğal afetler (sel,toprak kayması,yıldırım çarpması) 9. Diğer | | | | | | | | | |
|---|---|--------------|-------------|--------------|--|---|---|--|---|---|
| SORU 29'A GEÇİNİZ | | | | | | | | | | |
| 28. Çocuk felci (polio) geçirdiniz mi? | 1. Evet 2. Hayır 3. Bilmiyor | | | | | | | | | |
| 29. Ortopedik özrünüzün türü nedir? | 1. Şekil bozukluğu 1.1. Omurgada 1.2. El ve kollarda 1.3. Ayak ve bacaklarda 1.4. Eklemlerde 2. Fonksiyon (güç) kaybı (kas hastalığı, felçler) 2.1. Omurgada 2.2. El ve Kollarda 2.3. Ayak ve bacaklarda 3. Organ yokluğu 3.1. Parmak, el ve kollarda 3.2. Parmak, ayak ve bacaklarda | | | | | | | | | |
| 30. Ortopedik özrünüzün ile ilgili herhangi bir tedavi yapıldı yada yapılıyor mu? | 1. Evet, yapıyor 2. Yapıldı, tamamlandı 3. Hayır, yapılmıyor | | | | | | | | | |
| 31. Ortopedik özrünüze yönelik herhangi bir alet yada cihaz kullanıyorsunuz mu? | 1. Evet 2. Hayır (Soru 34'e geçiniz) | | | | | | | | | |
| 32. Ortopedik özrünüze yönelik ne tür bir alet yada cihaz kullanıyorsunuz? | 1. Protez 2. Tekerlekli sandalye 3. Ortez (yürüme cihazı) 4. Koltuk değneği 5. Diğer (.....) | | | | | | | | | |
| 33. Kullandığınız alet yada cihazın parası kim tarafından karşılandı? | 1. Bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kuruluşundan 2. Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından 3. Yardımsever kişilerden 4. Kendi imkanları ile 5. Gönüllü kuruluşlardan 6. Özürlülere yönelik hizmet veren dernek, vakıf, federasyon veya Türkiye Sakatlar Konfederasyonu'ndan 7. SHÇEK 8. Diğer (.....) | | | | | | | | | |
| SORU 35'E GEÇİNİZ | | | | | | | | | | |
| 34. Ortopedik özrünüze yönelik alet yada cihaz neden almadınız? | 1. İhtiyaç görülmedi 2. Maddi imkanımız yok 3. Yararına inanmıyorum 4. Nereden alınacağını bilmiyorum 5. Diğer (.....) | | | | | | | | | |
| 35. Ortopedik özrünüz nedeniyle yandaki sorunlardan hangileri günlük yaşantınızı etkiliyor? | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;"><u>Evet</u></th> <th style="width: 15%; text-align: center;"><u>Hayır</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Özrüme uygun fiziksel çevre düzenlemeleri olmadığından sokağa çıkamıyorum</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>2. Kamuya açık binalara/alanlara giremiyorum</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> | | <u>Evet</u> | <u>Hayır</u> | 1. Özrüme uygun fiziksel çevre düzenlemeleri olmadığından sokağa çıkamıyorum | 1 | 2 | 2. Kamuya açık binalara/alanlara giremiyorum | 1 | 2 |
| | <u>Evet</u> | <u>Hayır</u> | | | | | | | | |
| 1. Özrüme uygun fiziksel çevre düzenlemeleri olmadığından sokağa çıkamıyorum | 1 | 2 | | | | | | | | |
| 2. Kamuya açık binalara/alanlara giremiyorum | 1 | 2 | | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|----------------------------|----------------------------|
| | 3. Toplu taşıma araçlarına binmekte güçlük çekiyorum 4. Sosyal kültürel (sinema, tiyatro, spor, tatil, vb.) etkinliklere katılmıyorum 5. Evlilik yaşamımı olumsuz etkiliyor 6. Toplum bana nasıl yardımcı olacağını bilmiyor 7. Devletin sağladığı imkanlar (vergi indirim, sakatlık aylığı, indirimler) yetersiz 8. Özümlle ilgili teknolojiye uygun aletleri alamıyorum 9. Diğer (.....) | 1 1 1 1 1 1 | 2 2 2 2 2 2 |
| KİŞİNİN BAŞKA BİR ÖZÜRÜ YOKSA SORU 86'YA VARSA DİĞER ÖZÜR TÜRÜNE GEÇİNİZ | | | |
| GÖRME ÖZÜRLÜ BİREYE İLİŞKİN SORULAR | | | |
| 36. Görme özrünüz ne zaman ortaya çıktı? | 1. Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında (Soru 38'e geçiniz) 2. Sonradan | | |
| 37. Görme özrünüz kaç yaşındayken ortaya çıktı? (Bitirilen yaş yazılacaktır) | (Soru 39'a geçiniz) | | |
| 38. Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında meydana gelen görme özrünüzün nedeni nedir? | 1. Genetik veya Kalıtsal Bozukluk 2. Kan uyumsuzluğu 3. Doğum travması (Doğum anındaki kazalar) 4. Doğum sırasında bebeğin oksijensiz kalması 5. Annenin hamileliği sırasında kullandığı ilaçlar 6. Annenin hamileliğinde geçirdiği hastalıklar 7. Annenin hamileliğinde yetersiz/kötü beslenmesi 8. Bilmiyorum | | |
| SORU 41'E GEÇİNİZ | | | |
| 39. Sonradan meydana gelen görme özrünüzün nedeni nedir? | 1. Kaza 2. Hastalık (Soru 28'e geçiniz) 3. İlaç Kullanımı _____ 4. Zehirlenme 5. Beslenme bozukluğu 6. Madde bağımlılığı 7. Vatani görev 8. Diğer 9. Bilmiyorum _____ | | (Soru 41'a geçiniz) |
| 40. Görme özrünüze neden olan kazanım türü nedir? | 1. Trafik kazası 2. Ev kazası 3. İş kazası 4. Oyun kazası 5. Spor kazası 6. Silahlı yaralanma 7. Deprem 8. Diğer doğal afetler (sel, toprak kayması, yıldırım çarpması) 9. Diğer | | |
| 41. Görme özrünüzün derecesi nedir? | 1. Her iki gözünde hiç görmemesi 2. Bir gözün az görmesi, bir gözün hiç görmemesi 3. Her iki gözünde az görmesi 4. Bir gözün hiç görmemesi 5. Şaşılık 6. Diğer (.....) | | |
| 42. Görme özrünüzün ile ilgili herhangi bir tedavi | 1. Evet, yapıyor | | |

| Yapıldı yada yapılıyor mu? | 2. Yapıldı, tamamlandı 3. Hayır, yapılmıyor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|-------|-------|--|---|---|--|---|---|---|---|---|---------------------------------------|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|
| 43. Görme özrünüze yönelik herhangi bir alet yada cihaz kullanıyor musunuz? | 1. Evet 2. Hayır (Soru 46'ya geçiniz) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 44. Görme özrünüze yönelik ne tür bir alet yada cihaz kullanıyorsunuz? | 1. Göz protezi kullanıyor 2. Gözlük/lens kullanıyor 3. Diğer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 45. Kullandığınız alet yada cihazın parası kim tarafından karşılandı? | 1. Bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kuruluşundan 2. Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından 3. Yardımsever kişilerden 4. Kendi imkanları ile 5. Gönüllü kuruluşlardan 6. Özürlülere yönelik hizmet veren dernek, vakıf, federasyon veya Türkiye Sakatlar Konfederasyonu'ndan 7. SHÇEK 8. Diğer (.....) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SORU 47'YE GEÇİNİZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 46. Görme özrünüze yönelik alet yada cihaz neden almadınız? | 1. İhtiyaç görülmedi 2. Maddi imkanımız yok 3. Yararına inanmıyorum 4. Nereden alınacağını bilmiyorum 5. Diğer (.....) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 47. Görme özrünüz nedeniyle yandaki sorunlardan hangileri günlük yaşantınızı etkiliyor? | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Evete</th> <th>Hayır</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Kamuya açık alanlarda sesli uyarı işaretleri ve çevre düzenlemeleri yeterli değil</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. Toplu taşıma araçlarına binmekte güçlük çekiyorum</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3. Sosyal kültürel (sinema, tiyatro, spor, tatil, vb.) etkinliklere katılamıyorum</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4. Evlilik yaşamımı olumsuz etkiliyor</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5. Toplum bana nasıl yardımcı olacağını bilmiyor</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6. Devletin sağladığı imkanlar (vergi indirimi, sakatlık aylığı, indirimler) yetersiz</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>7. Braille (kabartma yazı) sesli yayınlar (TV, radyo vb.) yeterli ve yaygın değil</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>8. Özürümle ilgili teknolojiye uygun aletleri alamıyorum</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | Evete | Hayır | 1. Kamuya açık alanlarda sesli uyarı işaretleri ve çevre düzenlemeleri yeterli değil | 1 | 2 | 2. Toplu taşıma araçlarına binmekte güçlük çekiyorum | 1 | 2 | 3. Sosyal kültürel (sinema, tiyatro, spor, tatil, vb.) etkinliklere katılamıyorum | 1 | 2 | 4. Evlilik yaşamımı olumsuz etkiliyor | 1 | 2 | 5. Toplum bana nasıl yardımcı olacağını bilmiyor | 1 | 2 | 6. Devletin sağladığı imkanlar (vergi indirimi, sakatlık aylığı, indirimler) yetersiz | 1 | 2 | 7. Braille (kabartma yazı) sesli yayınlar (TV, radyo vb.) yeterli ve yaygın değil | 1 | 2 | 8. Özürümle ilgili teknolojiye uygun aletleri alamıyorum | 1 | 2 |
| | Evete | Hayır | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Kamuya açık alanlarda sesli uyarı işaretleri ve çevre düzenlemeleri yeterli değil | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Toplu taşıma araçlarına binmekte güçlük çekiyorum | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Sosyal kültürel (sinema, tiyatro, spor, tatil, vb.) etkinliklere katılamıyorum | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Evlilik yaşamımı olumsuz etkiliyor | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Toplum bana nasıl yardımcı olacağını bilmiyor | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Devletin sağladığı imkanlar (vergi indirimi, sakatlık aylığı, indirimler) yetersiz | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Braille (kabartma yazı) sesli yayınlar (TV, radyo vb.) yeterli ve yaygın değil | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Özürümle ilgili teknolojiye uygun aletleri alamıyorum | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KİŞİNİN BAŞKA BİR ÖZRÜ YOKSA SORU 86'YA VARSA DİĞER ÖZÜR TÜRÜNE GEÇİNİZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| İŞİTME ÖZÜRLÜ BİREYE İLİŞKİN SORULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 48. İşitme özrünüz ne zaman ortaya çıktı? | 1. Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında (Soru 50'ye geçiniz) 2. Sonradan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 49. İşitme özrünüz kaç yaşındayken ortaya çıktı? (Bitirilen yaş yazılacaktır) | (Soru 51'e geçiniz) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 50. Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında meydana gelen işitme özrünüzün nedeni nedir? | 1. Genetik veya Kalıtsal Bozukluk 2. Kan uyuşmazlığı 3. Doğum travması (Doğum anındaki kazalar) 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 | | | | | | | | | |
|---|---|--------------|-------------|--------------|--|---|---|--|---|---|
| SORU 52'YE GEÇİNİZ | | | | | | | | | | |
| 51. Sonradan meydana gelen işitme özrünün nedeni nedir? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaza 2. Hastalık 3. İlaç Kullanımı 4. Zehirlenme 5. Beslenme bozukluğu 6. Madde bağımlılığı 7. Vatani görev 8. Diğer 9. Bilmiyor <p style="text-align: right;">(Soru 53'e geçiniz)</p> | | | | | | | | | |
| 52. İşitme özrünüze neden olan kazanın türü nedir? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Trafik kazası 2. Ev kazası 3. İş kazası 4. Oyun kazası 5. Spor kazası 6. Silahlı yaralanma 7. Deprem 8. Diğer doğal afetler (sel,toprak kayması,yıldırım çarpması) 9. Diğer | | | | | | | | | |
| 53. İşitme özrünün derecesi nedir? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Her iki kulakta hiç duymuyor 2. Bir kulak az duyuyor, diğeri hiç duymuyor 3. Her iki kulakta az duyuyor 4. Bir kulak hiç duymuyor 5. Diğer (.....) | | | | | | | | | |
| 54. İşitme özrünün ile ilgili herhangi bir tedavi yapıldı yada yapılıyor mu? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evet, yapıyor 2. Yapıldı, tamamlandı 3. Hayır, yapılmıyor | | | | | | | | | |
| 55. İşitme cihazı kullanıyor musunuz? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evet 2. Hayır (Soru 57'ya geçiniz) | | | | | | | | | |
| 56. Kullandığınız işitme cihazının parası kim tarafından karşılandı? | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kuruluşundan 2. Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından 3. Yardımsever kişilerden 4. Kendi imkanları ile 5. Gönüllü kuruluşlardan 6. Özürlülere yönelik hizmet veren dernek, vakıf, federasyon veya Türkiye Sakatlar Konfederasyonu'ndan 7. SHÇEK 8. Diğer (.....) | | | | | | | | | |
| SORU 58'E GEÇİNİZ | | | | | | | | | | |
| 57. İşitme özrünüze yönelik cihazı neden almadınız? | <ol style="list-style-type: none"> 1. İhtiyaç görülmedi 2. Maddi imkanımız yok 3. Yararına inanmıyorum 4. Nereden alınacağını bilmiyorum 5. Diğer (.....) | | | | | | | | | |
| 58. Çevreniz ile nasıl iletişim kuruyorsunuz? | <ol style="list-style-type: none"> 1. İletişim kuramıyorum 2. Konuşarak 3. Yazarak 4. İşaret dili ile 5. İşaretle 6. Dudaktan okuma 7. Diğer (.....) | | | | | | | | | |
| 59. İşitme özrünüz nedeniyle yandaki sorunlardan hangileri günlük yaşantınızı etkiliyor? | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;"><u>Evet</u></th> <th style="text-align: center;"><u>Hayır</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Kamuya açık alanlarda görsel uyarı işaretleri yeterli değil</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>2. Toplum bana nasıl yardımcı olacağını bilmiyor</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table> | | <u>Evet</u> | <u>Hayır</u> | 1. Kamuya açık alanlarda görsel uyarı işaretleri yeterli değil | 1 | 2 | 2. Toplum bana nasıl yardımcı olacağını bilmiyor | 1 | 2 |
| | <u>Evet</u> | <u>Hayır</u> | | | | | | | | |
| 1. Kamuya açık alanlarda görsel uyarı işaretleri yeterli değil | 1 | 2 | | | | | | | | |
| 2. Toplum bana nasıl yardımcı olacağını bilmiyor | 1 | 2 | | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|--------------------------------|--------------------------------|
| | 3. Devletin sağladığı imkanlar (vergi indirimi, sakatlık aylığı, indirimler) yetersiz 4. Özürle ilgili teknolojiye uygun aletleri alamıyorum 5. Eğitim olanaklarından yararlanamıyorum 6. Günlük yaşamda karşılaştığım sorunları (hastane, alışveriş gibi) tercüman bulunmaması nedeni ile çözemiyorum 7. Haberleşme olanağım yok (ışıklı zil, uygun telefon, fax vb.) 8. Görsel yayın organlarından yararlanamıyorum (TV gibi) | 1 1 1 1 1 1 | 2 2 2 2 2 2 |
| KİŞİNİN BAŞKA BİR ÖZÜRÜ YOKSA SORU 86'YA VARSA DİĞER ÖZÜR TÜRÜNE GEÇİNİZ | | | |
| DİL VE KONUŞMA ÖZÜRLÜ BİREYE İLİŞKİN SORULAR | | | |
| 60. Dil ve Konuşma özrünüz ne zaman ortaya çıktı? | 1. Annenin hamileliği döneminde doğum sırasında 2. Sonradan | | |
| 61. Dil ve Konuşma özrünüz kaç yaşındayken ortaya çıktı? (Bitirilen yaş yazılacaktır) | | | |
| 62. Dil ve Konuşma özrünüzün nedeni nedir? | 1. Genetik veya Kalıtsal Bozukluk 2. İşitme engeli 3. Zeka geriliği 4. Dudak-damak yarıklığı, tavşan dudak, çene bozuklukları 5. Beyin kanaması, beyin zedelenmesi, felç 6. Gırtlığın tamamen alınması 7. Ses tellerinde felç 8. Ses tellerinden birinin yada ikisinin alınmış olması 9. Serebral Palsi (CP) 10. Duygusal problemler 11. Kaza 12. Hastalık 13. Diğer (.....) | | |
| SORU 62'YE "KAZA" YANITI VERENLERE SORU 63 SORULACAKTIR. AKSİ HALDE SORU 64'E GEÇİNİZ | | | |
| 63. Dil ve Konuşma özrünüze neden olan kazanın türü nedir? | 1. Trafik kazası 2. Ev kazası 3. İş kazası 4. Oyun kazası 5. Spor kazası 6. Silahlı yaralanma 7. Deprem 8. Diğer doğal afetler (sel, toprak kayması, yıldırım çarpması) 9. Diğer (.....) | | |
| 64. Dil ve Konuşma özrünüzün türü yandakilerden hangisidir? | 1. Aşırı hızlı konuşuyor (Anlaşılmıyor) 2. Tutuk konuşuyor (Kekeme) 3. Yarım konuşuyor (harfleri/sesleri söyleyemiyor, yanlış söylüyor) 4. Ses bozukluğu var (ince, kalın, hışırtılı, boğuk, hiç ses çıkaramama) 5. Burundan-genizden konuşuyor 6. Hiç konuşamıyor (Dilsiz) | | |
| 65. Çevreniz ile nasıl iletişim kuruyorsunuz? | 1. İletişim kuramıyorum 2. Konuşarak | | |

| | 3. Yazarak 4. İşaret dili ile 5. İşaretle 6. Diğer (.....) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-------|------|-------|--|---|---|--|---|---|--|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 66. Dil ve konuşma özrünüz ile ilgili herhangi bir tedavi yapıldı yada yapılıyor mu? | 1. Evet, yapılıyor 2. Yapıldı, tamamlandı 3. Hayır, yapılmıyor | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 67. Dil ve konuşma özrünüze yardımcı olması için herhangi bir cihaz kullanıyor musunuz? | 1. Evet 2. Hayır (Soru 69'a geçiniz) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 68. Kullandığınız alet yada cihazın parası kim tarafından karşılandı? | 1. Bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kuruluşundan 2. Sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfından 3. Yardımsever kişilerden 4. Kendi imkanları ile 5. Gönüllü kuruluşlardan 6. Özürlülere yönelik hizmet veren dernek, vakıf, federasyon veya Türkiye Sakatlar Konfederasyonu'ndan 7. SHÇEK 8. Diğer (.....) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SORU 70'E GEÇİNİZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 69. Dil ve konuşma özrünüze yardımcı olacak cihazı neden almadınız? | 1. İhtiyaç görülmedi 2. Maddi imkanımız yok 3. Yararına inanmıyorum 4. Nereden alınacağını bilmiyorum 5. Diğer (.....) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70. Dil ve konuşma özrünüz nedeniyle yandaki sorunlardan hangileri günlük yaşantınızı etkiliyor? | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Evet</th> <th>Hayır</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Kamuya açık alanlarda görsel uyarı işaretleri yeterli değil</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2. Sosyal, kültürel (sinema, tiyatro vb.) etkinliklere katılamıyorum</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3. Devletin sağladığı imkanlar (vergi indirim, sakatlık aylığı, indirimler) yetersiz</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4. Özürle ilgili teknolojiye uygun aletleri alamıyorum</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5. Eğitim olanaklarından yararlanamıyorum</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6. Günlük yaşamda karşılaştığım sorunları (hastane, alışveriş gibi) tercüman bulunmaması nedeni ile çözemiyorum</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>7. Haberleşme olanağım yok (ışıklı zil, uygun telefon, fax vb.)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | Evet | Hayır | 1. Kamuya açık alanlarda görsel uyarı işaretleri yeterli değil | 1 | 2 | 2. Sosyal, kültürel (sinema, tiyatro vb.) etkinliklere katılamıyorum | 1 | 2 | 3. Devletin sağladığı imkanlar (vergi indirim, sakatlık aylığı, indirimler) yetersiz | 1 | 2 | 4. Özürle ilgili teknolojiye uygun aletleri alamıyorum | 1 | 2 | 5. Eğitim olanaklarından yararlanamıyorum | 1 | 2 | 6. Günlük yaşamda karşılaştığım sorunları (hastane, alışveriş gibi) tercüman bulunmaması nedeni ile çözemiyorum | 1 | 2 | 7. Haberleşme olanağım yok (ışıklı zil, uygun telefon, fax vb.) | 1 | 2 |
| | Evet | Hayır | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Kamuya açık alanlarda görsel uyarı işaretleri yeterli değil | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Sosyal, kültürel (sinema, tiyatro vb.) etkinliklere katılamıyorum | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Devletin sağladığı imkanlar (vergi indirim, sakatlık aylığı, indirimler) yetersiz | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Özürle ilgili teknolojiye uygun aletleri alamıyorum | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Eğitim olanaklarından yararlanamıyorum | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Günlük yaşamda karşılaştığım sorunları (hastane, alışveriş gibi) tercüman bulunmaması nedeni ile çözemiyorum | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Haberleşme olanağım yok (ışıklı zil, uygun telefon, fax vb.) | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KİŞİNİN BAŞKA BİR ÖZRÜ YOKSA SORU 86'YA VARSA DİĞER ÖZÜR TÜRÜNE GEÇİNİZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ZİHİNSEL ÖZÜRLÜ BİREYE İLİŞKİN SORULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 71. Zihinsel özrünüz ne zaman ortaya çıktı? | 1. Annenin hamileliği döneminde doğum sırasında (Soru 73'e geçiniz) 2. Sonradan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 72. Zihinsel özrünüz kaç yaşındayken ortaya çıktı? (Bitirilen yaş yazılacaktır) | (Soru 73'e geçiniz) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 73. Annenin hamileliği döneminde veya doğum sırasında meydana gelen zihinsel özrünüzün nedeni nedir? | 1. Genetik veya Kalıtsal Bozukluk 2. Kan uyuşmazlığı 3. Doğum travması (Doğum anındaki kazalar) 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SORU 75'E GEÇİNİZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|--|----------------------------|-------------------|
| 74. Sonradan meydana gelen zihinsel özürlünüzün nedeni nedir? | 1. Kaza 2. Hastalık 3. İlaç Kullanımı 4. Zehirlenme 5. Beslenme bozukluğu 6. Madde bağımlılığı 7. Vatani görev 8. Diğer 9. Bilmiyor | (Soru 53'e geçiniz) | |
| 75. Zihinsel özürlünüze neden olan kazanın türü nedir? | 1. Trafik kazası 2. Ev kazası 3. İş kazası 4. Oyun kazası 5. Spor kazası 6. Silahlı yaralanma 7. Deprem 8. Diğer doğal afetler (sel,toprak kayması,yıldırım çarpması) 9. Diğer | | |
| 76. Zihinsel özürlünüzün derecesi nedir? | 1. Eğitilebilir (Hafif) 2. Öğretilebilir (Orta) 3. İdiot (Ağır) 4. Çok ağır 5. Bilmiyor | | |
| 77. Zihinsel özürlünüzün ile ilgili herhangi bir tedavi yapıldı yada yapılıyor mu? | 1. Evet, yapılıyor 2. Yapıldı, tamamlandı 3. Hayır, yapılmıyor | | |
| 78. Yürümenizde bir sorun var mı? | 1. Hayır 2. Zor yürüyor 3. Hiç yürüyemiyor 4. Kısmen yürüyor | | |
| 79. Konuşulanları anlıyor musunuz? | 1. Evet 2. Az anlıyor 3. Hiç anlamıyor | | |
| 80. Konuşmanızda sorun var mı? | 1. Hayır 2. Anlamlı cümle kuramıyor 3. Henüz konuşamıyor 4. Hiç konuşamıyor | | |
| 81. Yemeğinizi tek başınıza yiyebiliyor musunuz? | 1. Evet 2. Başkasının yardımı ile yiyebiliyor 3. Başkası tarafından yediriliyor | | |
| 82. Kendi başınıza giyinebiliyor musunuz? | 1. Evet 2. Başkasının yardımı ile yiyebiliyor 3. Başkası tarafından yediriliyor | | |
| 83. Tuvaletinizi kendi başınıza yapabiliyor musunuz? | 1. Evet 2. Başkasının yardımı ile yiyebiliyor 3. Başkası tarafından yediriliyor | | |
| 84. Banyonuzu kendi başınıza yapabiliyor musunuz? | 1. Evet 2. Başkasının yardımı ile yiyebiliyor 3. Başkası tarafından yediriliyor | | |
| 85. Zihinsel özürlünüz nedeniyle yandaki sorunlardan hangileri günlük yaşantınızı etkiliyor? | 1. Ailem olmazsa bana kimin bakacağı konusunda endişem var? 2. Annem (veya babam, kardeşim) benimle ilgilenmek için | <u>Evet</u> 1 | <u>Hayır</u> 2 |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | 2. Hemşire 3. Ebe 4. Ara ebesi 5. Akraba/komşu 6. Kendi kendine 7. Diğer 8. Bilmiyor | | |
| 93. Çocuğunuz doğumu zamanındamı gerçekleşti? | 1. Evet 2. Erken doğum 3. Geç doğum 4. Bilmiyor | | |
| 94. Çocuğunuz doğumu ne şekilde gerçekleşti? | 1. Normal 2. Sezeryan 3. Vakum 4. Forseps 5. Bilmiyor | | |
| 95. Çocuğunuz doğumu esnasında herhangi bir problem oldu mu? | 1. Oksijen yetmezliği oldu 2. Ters geldi 3. Kordon dolandı 4. Travma/kaza meydana geldi 5. Çoğul (ikiz veya daha fazla) doğum oldu 6. Diğer 7. Bilmiyor | Evet 1 1 1 1 1 1 1 | Hayır 2 2 2 2 2 2 2 |
| 96. Çocuğunuz özürlü olduğunu anladığımızda çocuğunuz kaç yaşını bitirmişti? | Aylıktı Yaşındaydı | | |
| 97. Çocuğunuz farklı olduğunu nasıl anladınız? | 1. Görünüşü yaşlılarından farklıydı 2. Sese tepkisi yoktu 3. Işığa tepkisi yoktu 4. Hareketleri yaşlılarından daha ağırdı 5. Yerinde duramıyordu, aşırı hareketliydi 6. Geç yürüdü 7. Geç konuştu 8. Beslenme problemi vardı 9. Diğer | Evet 1 1 1 1 1 1 1 1 1 | Hayır 2 2 2 2 2 2 2 2 2 |
| 98. Çocuğunuz farklı olduğunu anladığımızda ilk olarak ne yaptınız? | 1. Hiçbirşey yapmadık 2. Doktora götürdük 3. Yakınlarımıza danıştık 4. Hocalara, yatırlara gittik 5. Diğer | | |
| 99. Çocuğunuz farklı olduğunu anladığımızda onu çevrenizden sakladınız mı? | 1. Evet 2. Hayır (Soru 101'e geçiniz) | | |
| 100. Çocuğunuzun saklamak için neler yaptınız? | 1. Evden dışarı çıkarmadık 2. Okula göndermedik 3. Kimseyle görüşmedik 4. Kimseyle görüştürmedik 5. Diğer | Evet 1 1 1 1 1 | Hayır 2 2 2 2 2 |
| 101. Çocuğunuza sorumluluk veriyormusunuz? | 1. Hayır 2. Ev içinde bazı işlerde sorumluluk veriyoruz 3. Ev dışında bazı işlerde sorumluluk veriyoruz 4. Hem ev içinde hem ev dışında sorumluluk | | |

| | |
|--|--|
| | veriyoruz 5. Sorumluluk verilecek yaşta veya durumda değil |
| 102. Çocuğunuzun çevredeki arkadaşlarıyla oyun oynamasına/beraber olmasına izin veriyormusunuz? | 1. Evet (Soru 104'e geçiniz) 2. Hayır |
| 103. Çocuğunuzun çevredeki arkadaşları ile oyun oynamasına/beraber olmasına izin vermemenizin en önemli nedeni nedir? | 1. Diğer çocukların onu kabul etmeyeceklerini düşünüyorum 2. Onunla alay edeceklerini düşünüyorum 3. Oyun oynarken fiziksel zarar göreceğini düşünüyorum 4. Onun sürekli korunmak zorunda olduğunu düşünüyorum 5. Oyun oynayacak fiziksel koşullara sahip olmadığını düşünüyorum 6. Diğer |
| SORU 104 ÇOCUK SAYISI BİR DEN FAZLA İSE CEVAPLANDIRILACAKTR | |
| 104. Kardeşlerinin çocuğunuzla olan davranışları nasıldır? | 1. Genelde iyi geçinirler 2. Genelde kavga ederler 3. Onu korur, yardımcı olurlar 4. Onunla birlikte olmak istemezler 5. Diğer |
| 105. Çocuğunuz yapmaması gereken bir davranışta bulunduğunda genelde ne yaparsınız? | 1. Görmezden gelirim 2. Sözle cezalandırırım 3. Fiziksel olarak cezalandırırım 4. Davranışlarını neden uygun bulmadığımı açıklamaya çalışırım 5. Onunla konuşur, aynı hatayı tekrarlamaması için ikna etmeye çalışırım 6. Hoşlandığı şeyleri yasaklarım 7. Diğer |

EK 5:

Dünya Sağlık Örgütü-Yetiyitimi Ölçeği (WHO-DAS-II)

Alanların Gözden Geçirilmesi

Görüşmemiz insanların sağlık durumları nedeniyle karşılaştıkları güçlüklerle ilgilidir (**1.kartı gösterin**). Sağlık durumları ile kısa veya uzun süren hastalıklar ve sağlık sorunlarını, yaralanmaları, ruhsal sorunları, alkol ve madde kullanımı ile ilgili sorunları kastediyorum.

Bazı sorular tekrarlanıyor olabilir, lütfen her sorulduğunda cevaplayınız.

Soruları cevaplarken tüm sağlık sorunlarınızı hatırlayın. Sizden bir faaliyeti sürdürürken çektığınız güçlükleri sorduğumda aşağıda belirtilen soruları düşünerek cevap verin.

(**1.kartı gösterin**)

- Faaliyeti sürdürmek için normalde olduğundan daha fazla çaba harcamak zorunda kalıyor musunuz?
- Faaliyeti sürdürürken herhangi bir rahatsızlık veya ağrı çekiyor musunuz?
- Faaliyeti sürdürürken yeterince hızlı olamıyor musunuz?
- Bu faaliyeti sürdürme biçiminizde değişiklik yapmak zorunda kaldınız mı?

(**1. Kartı gösterin**) Son 30 günü hatırlamanızı istiyorum.

Bu soruları cevaplarken genel olarak faaliyeti sürdürürken ne kadar güçlük çektığınızı düşünmenizi istiyorum.

(**2. Kartı gösterin**)

Cevap verirken kullanacağınız ölçek ise bu (**Ölçeği yüksek sesle okuyun**): Hiç, hafif, orta derecede, çok fazla, aşırı veya hiç yapamıyorum.

(**1. ve 2. Kart görüşme boyunca deneğin önünde olmalıdır**).

1.ALAN Anlama ve iletişim kurma

Şimdi size anlama ve iletişim kurmayla ilgili bazı sorular soracağım.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde şağıdaki durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

| | hiç | biraz | orta derecede | çok fazla | aşırı/ hiç yapamıyorum |
|--|-----|-------|---------------|-----------|------------------------|
| D1.1 <u>On dakika süreyle bir işe dikkatini verebilme</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D1.2 Yapılması gereken önemli şeyleri <u>akılda tutma</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D1.3 Günlük yaşamda ortaya çıkan sorunların <u>nedenlerini anlama ve çözümler bulma</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D1.4 <u>Yeni işler öğrenme</u> (yeni bir yol vb.) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D1.5 İnsanların söylediklerini genel olarak <u>anlama</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D1.6 <u>Bir sohbeti başlatabilme veya sürdürebilme</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

2. ALAN Hareket etme, bir yerden bir yere gitme

Şimdi size hareket etme, bir yerden bir yere gitme sırasında çektığınız güçlüklerle ilgili sorular soracağım.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde şağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

| | hiç | biraz | orta derecede | çok fazla | aşırı/ hiç yapamıyorum |
|---|-----|-------|---------------|-----------|------------------------|
| D2.1 <u>30 dakika gibi uzun süre ayakta durma</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D2.2 <u>Otururken ayağa kalkma</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D2.3 <u>Evin içinde dolaşma</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D2.4 <u>Eviden dışarı çıkma</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D2.5 <u>Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürüme</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

3.ALAN Kendine bakım

Şimdi size kendinize bakımda çektığınız güçlükleri soracağım.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde şağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

| | hiç | biraz | orta derecede | çok fazla | aşırı/ hiç yapamıyorum |
|--|-----|-------|---------------|-----------|------------------------|
| D3.1 <u>Banyo yapma</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D3.2 <u>Giyinme</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D3.3 <u>Beslenme</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D3.4 <u>Birkaç gün yalnız kalma</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

4. ALAN İnsan ilişkileri

Şimdi size insan ilişkilerinde çektiğiniz güçlüklerle ilgili sorular soracağım. Sadece sağlık sorunları nedeniyle çektiğiniz güçlükleri öğrenmek istediğimi unutmayın. Bununla hastalıkları, yaralanmaları, ruhsal sorunları ve alkol ve madde kullanımına bağlı sorunları kastediyorum.

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

| | hiç | biraz | orta derecede | çok fazla | aşırı/ hiç yapamıyorum |
|--|-----|-------|---------------|-----------|------------------------|
| D4.1 Tanmadığımız insanlarla ilişki kurma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D4.2 Bir arkadaşlığı sürdürme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D4.3 Yakın olduğunuz insanlarla ilişki kurma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D4.4 Yeni arkadaşlar edinme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D4.5 Cinsel ilişki | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

5. ALAN Yaşam faaliyetleri

• Ev işleri

Bundan sonraki sorular ev işlerini yapmak ve birlikte yaşadığınız insanlara bakmakla ilgili faaliyetleri içermektedir. Yemek yapmak, temizlik yapmak, alışveriş yapmak, diğer aile bireylerine bakmak, size ait olan şeylerle ilgilenmek bu faaliyetler arasındadır.

D5.1 Bir hafta içinde bu tür faaliyetlere kaç saat harcıyorsunuz? Saat olarak kaydedin ___ / ___

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

| | hiç | biraz | orta derecede | çok fazla | aşırı/ hiç yapamıyorum |
|--|-----|-------|---------------|-----------|------------------------|
| D5.2 Evle ilgili sorumlulukları yerine getirme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D5.3 Evdeki önemli görevlerinizi iyi bir şekilde yapma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D5.4 Yapılması gereken tüm ev işlerini bitirme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D5.5 Ev işlerini yeterince hızlı yapma | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

D5.6 Son 30 gün içinde sağlık durumunuz nedeniyle ev işlerini yeterince yapmadığınız veya hiç yapmadığınız kaç gün oldu?

Gün sayısını kaydedin ___ / ___

EĞER KUTU İŞARETLENMİŞSE (DENEK ÇALIŞIYORSA VEYA ÖĞRENCİYSE) DEVAM EDİN, YOKSA BİR SONRAKİ SAYFADAKİ 6. BÖLÜME GEÇİN

Şimdi size diğer iş faaliyetleriyle ilgili sorular soracağım.

D5.7 Bir haftanın kaç saatini işte geçiriyorsunuz? SAAT OLARAK KAYDEDİN ___ / ___

1. VE 2. KARTLARI GÖSTERİN.

Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?

| | hiç | biraz | orta derecede | çok fazla | aşırı/ hiç yapamıyorum |
|---|-----|-------|---------------|-----------|------------------------|
| D5.8 Her gün yapmak zorunda <u>olduğunuz işleri yürütme</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D5.9 İşteki <u>önemli görevlerini iyi bir şekilde yerine getirme</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D5.10 <u>Yapılması gereken tüm işleri bitirme</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D5.11 İşleri <u>zamanında bitirme</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

6. Alan Toplumsal yaşama katılım

Şimdi size toplumsal yaşama katılımınız ve sağlık sorunlarınızın siz ve aileniz üzerindeki etkisiyle ilgili sorular soracağım. Bazı sorular son 30 günü aşan sorunlarla ilgili olabilir, ancak cevaplarken lütfen son 30 günü dikkate alın. Yine soruları bedensel, ruhsal ,alkol veya madde kullanımı ile ilgili sağlık sorunlarınızı düşünerek cevaplayın.

1. VE 2. KARTI GÖSTERİN

Son 30 gün içinde:

| | hiç | biraz | orta derecede | çok fazla | aşırı/ hiç yapamıyorum |
|---|-----|-------|---------------|-----------|------------------------|
| D6.1 <u>Sosyal faaliyetlere herkes kadar katılabilmekte</u> (şenlikler, eğlenceler, dini faaliyetler vb.) ne kadar sorunla <u>karşılaştınız?</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D6.2 Çevrenizden kaynaklanan <u>engeller yüzünden ne</u> kadar sorunla <u>karşılaştınız?</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D6.3 Diğer insanların davranış ve tutumları karşısında <u>kendinize saygınızı yitirmeden yaşayabilmekte ne</u> kadar sorunla <u>karşılaştınız?</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D6.4 Sağlık durumunuza ve yol açtığı <u>sonuçlara ne</u> kadar <u>zaman harcadınız?</u> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D6.5 Sağlık durumunuz yüzünden <u>duygusal olarak ne</u> kadar etkilendiniz? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D6.6 Sağlığınız için yaptığınız harcamalar sizin ve ailenizin <u>ekonomik durumunu ne</u> kadar etkiledi? | | | | | |

Son 30 gün içinde:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| D6.7 Sağlık durumunuz yüzünden <u>aileniz ne</u> kadar sorunla karşılaştı? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| D6.8 <u>Dinlenmek veya eğlenmek amacıyla kendi başınıza birşeyler yapmakta ne</u> kadar güçlük çekiyorsunuz? | | | | | |

EK 6: Anımsatma Kartları

Sağlık Durumları:

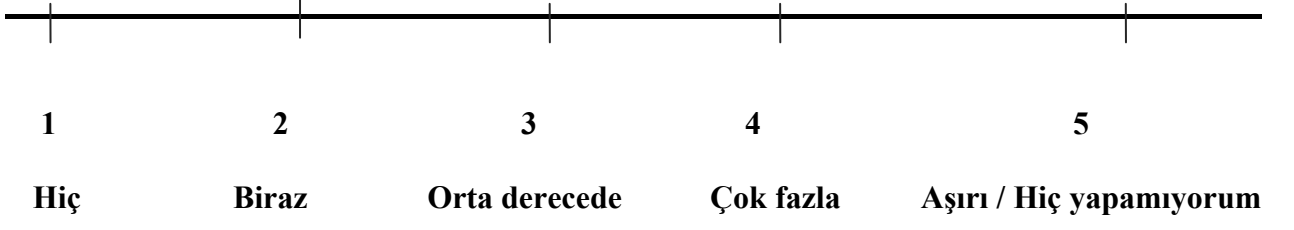
- Kısa veya uzun süren hastalıklar ve sağlık sorunları
- Yaralanmalar
- Ruhsal sorunlar
- Alkolle ilgili sorunlar
- Maddeyle ilgili sorunlar

Bir faaliyet sırasında **güçlük çekmek** demek:

- Fazla çaba harcamak
- Rahatsızlık ve ağrı çekmek
- Yeterince hızlı olamamak
- Faaliyeti sürdürme biçiminin diğer insanlara göre farklılık taşıması anlamına gelir.

Sadece **son 30 günü** düşünün

Kart #1



Kart # 2