

T.C.
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
Anabilim Dalı

**REHABİLİTASYON AÇISINDAN SİLİVRİ İLÇESİ
MERKEZİNDE ÖZÜRLÜLÜK PREVALANSI**

(Uzmanlık Tezi)

Dr.Şafak Sahir Karamehmetoğlu



Y. G.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi

İstanbul - 1990

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmalarım sırasında, bilimsel rehberliği ve yönlendirmeleri ile yolumu çizen, rehabilitasyon çalışmalarına katkıda bulunabilecek böyle bir çalışma yapmama fırsat tanıyan, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr.Fikret Nazım ÜNVER'e, her zaman sıcak ilgisini gördüğüm kliniğimiz emekli öğretim üyesi Prof.Dr.Naime YANLIOĞLU'na, Prof.Dr.Dilek ÖNEL'e, hiçbir zaman yakın desteğini esirgemeyen Prof.Dr.Fikret TÜZÜN'e, asistanlığımdan beri çalışmalarına katkıda bulunan Doç.Dr.Hidayet SARI'ya, kliniğimizin yeni öğretim üyesi Doç.Dr.Merih ERYAVUZ'a, her zaman yakın dostluğunu gördüğüm Uzm.Dr.Halil KOYUNCU'ya, 4,5 yıl boyunca beraber olduğum tüm asistan arkadaşlarıma ve kliniğimizin personeline en derin teşekkürlerimi sunarım.

Tezimin çeşitli aşamalarında yardımlarını gördüğüm İ.Ü.İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof.Dr.Güzin DİLŞEN'e, Uzm.Dr.Resa AYDIN'a, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sosyal Tıp Bilim Dalı Başkanı, Toplum Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürü Prof.Dr.Turan AKINCI'ya, Silivri Sağlık Grup Başkan yardımcısı Dr.Niyazi GÜRER'e, Sağlık Grup Başkanlığı doktorlarından Dr.Halil ÖZDEMİR'e, Sağlık Grup Başkanlığı ebelerine, istatistiksel analizlerin yapılmasında çok yakın ilgisini esirgemeyen Dr.Arif KUBAT'a, eşim Türkan KARAMEHMETOĞLU'na ayrıca teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
BULGULAR.....	19
TARTIŞMA.....	45
SONUÇ.....	60
ÖZET.....	62
KAYNAKLAR.....	64

GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumda uygulanacak rehabilitasyon programlarının gerçekçi ve verimli olabilmesi için en önemli parametrelerden biri özürlülük prevalansıdır(36). Bununla ilgili çalışmaların sonuçları son derece yönlendirici olacaktır.

Unutulmamalıdır ki, bütün bir insanlık tarihi boyunca pek fazla bir ilerleme göstermeyen rehabilitasyon uygulamaları ancak II.Dünya Savaşından sonra, rehabilitasyona ihtiyaç duyan insan sayısının artması ile mümkün olabilmiştir(89). O zamana kadar olduğu gibi bırakılması veya ölüme terkedilmesi kabullenilen özürlüler için birşeyler yapılabileceği görülmüştür(50).

Dünyada ilk olarak kurulan rehabilitasyon merkezlerinden biri Sir Ludwig Guttman tarafından İngiltere'de Stoke Mandeville'de paraplejik ve tetraplejikler için meydana getirilmiştir. O zamana kadar en geç 3 ay içinde ölecekleri kabul edilen bu hastalar iyi bir bakımla yaşatılıp tekrar hayata döndürülmüşlerdir(89).

Günümüzde savaşlar gibi kitlesel özürlü üreten birçok olay söz konusudur ki en başta trafik kazaları gelmektedir. Bundan başka çeşitli enfeksiyöz, romatizmal, ortopedik, nörolojik vb. hastalıklar da birçok sekele neden olmaktadır. Genel nüfusun artması yanında özellikle yaşlı nüfus oranının yükselmesi bir diğer faktördür.

T. C.
Yükseköğretim Kurulu
Dokümantasyon Merkezi

2000'li yıllara doğru ilerlerken ülkemizde henüz rehabilitasyon çalışmaları istenen düzeyde olmadığı gibi buna temel oluşturacak özür lük oranı da sağlıklı olarak saptanmamıştır.

Bu çalışmanın amacı genel popülasyonda özür lülük oranının saptanmasına yardımcı olmak yanında, toplumdaki sakatlık nedenlerini, tiplerini, sakatların toplum içindeki dağılımını, rehabilitasyona ihtiyacı olanları ve ülkemiz için uygun olan rehabilitasyon merkezi tipini ortaya çıkarmaya çalışmaktır.



GENEL BİLGİLER

Rehabilitasyon açısından özürllük prevalansının saptanmasında en önemli bilim dalı epidemiyolojidir. "Epidemios" halk içinde yaygın durumlar, "logos" söz, konu, bilim anlamındadır. Toplum hakkında yapılan çalışma, araştırma ve incelemeleri kapsar(66). Her ne kadar 1670'lerden beri istatistiksel verilerin önemi anlaşılmışsa da epidemiyoloji ilk olarak 1948 yılında Sir John Ryle tarafından tarif edilmiştir. Bu tarife göre epidemiyoloji toplumun, grupların veya ailelerin patolojik durumlarını araştırır(36). Bu hastalıklar başlangıçta, salgınlar oluşturan enfeksiyonlardan ibaretken giderek bu tür hastalıkların kontrol altına alınması ile kronik dejeneratif hastalıklar da epidemiyolojinin kapsamına girmeye başlamıştır(4,34). Dolayısı ile epidemiyolojinin tarifinde de buna paralel olarak değişiklikler meydana gelmiştir.

Epidemiyoloji toplumdaki çeşitli hastalıkların sıklığını, dağılımını, dinamiğini ve etkileyen faktörleri incelemeye çalışır. Hastalıkların geçiş biçimlerini, buna etkili olabilecek çevre koşullarını ortaya çıkarmaya çalışır. Amaç etkin korunma yöntemlerini bulmak ve yerleştirmeye çalışmaktır(66).

Epidemiyoloji bazılarının iddia ettiği gibi çözdüğünden daha çok problem üreten bir yöntem değildir. Toplumun sağlık sorunlarının saptanması ve çözülmesinde en önemli bilim dalıdır.

Günümüzde modern epidemiyolojinin tarifi Uluslararası Epidemiyoloji Birliği ve Dünya Sağlık Örgütünün önerdiği şekilde aşağıdaki gibidir: "Epidemiyoloji toplumda rastlanan hastalıkların sıklık ve dağılımını ile bunları etkileyen faktörleri inceleyen bilim dalıdır"(82).

Epidemiyolojik çalışmalarda çeşitli yöntemler tarif edilmiştir. Bunlar basit sorgulamadan, tam bir klinik, radyolojik, laboratuvar incelemeye kadar değişebilmektedir. Bazen toplumun tamamını taranabileceği gibi seçilen bir örnek de incelenebilir(66). İleri incelemeler tanıyı daha kesinleştirirse de zaman ve kaynak israfını artırır. Yapılacak araştırmanın türüne göre optimum sonuç verecek yöntem seçilmeye çalışılır(32).

Epidemiyolojinin esas olarak 3 amacı vardır.

- 1- Toplumdaki hastalığın dağılımını ve boyutunu ortaya çıkararak,
- 2- Hastalıklardan korunma ve bunların kontrolü ile tedavisinde uygulanacak yöntemlerin tespiti ve değerlendirilmesi,
- 3- Hastalıkların oluşumunda etkili olan faktörlerin ortaya çıkarılması.

Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) verilerine göre dünyadaki nüfusun % 10 kadarını özörlüdür(71). Bu yüzdenin 3. dünya ölkelerinde ve kırsal kesimde artması beklenir(22,26).

Ayrıca dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır(18). 75 yaş ve üzerindeki grupta özörlölük oranını % 30'lara varmaktadır.

Özörlü oranını arttıran bir diğer faktör paradoksal gibi görünse de tıp ve teknoloji alanındaki gelişmelerdir. Bunların sayesinde hastalıktan kurtulan kişi karşımıza özörlü olarak çıkabilmektedir(24).

Trafikkazaları bütün dünyada ve özellikle ölkemizde özörlü

insan sayısını her geçen gün artırmaktadır(59).

Çevrimizi oluşturan su ve havanın kirlenmesi ile gıdaların bozulması, zararlı atıklar sağlığını devamlı olarak tehdit etmektedir. Ayrıca her geçen gün sayıları artan ve zararları tam olarak ölçülemeyen nükleer santraller de küçümsenmeyecek bir risk faktörüdür(69).

Gittikçe yaygınlık kazanan alkolizm, hapçılık ve uyuşturucu alışkanlığı gibi bağımlılıklar da rehabilitasyon gerektirecek özürlü sayısını artırmaktadır(18).

Bütün bunlara ilaveten özürlü tarifinin değişmesi ve daha büyük kitleleri ilgilendirecek şekilde geliştirilmesi, özürlü tarama yöntemlerindeki yenilikler bu oranı önemli ölçüde etkilemiştir(71). Dünya Sağlık Örgütü'nün özürlülük tarifi en son haliyle aşağıdaki gibidir(74):

YETERSİZLİK: *Her türlü psikolojik, fizyolojik, anatomik bozulma veya normalden sapma durumudur.*

ÖZÜRLÜLÜK: *Herhangi bir yeteneğin normal bir kişiye oranla azalması veya tamamen kaybedilmesidir.*

ENGELLİLİK: *Yetersizlik veya özürlülük sonucu olarak bir kişinin yaş, cins, sosyal ve kültürel özelliklerine göre beklenen normal yaşantısını yerine getirememesi durumudur.*

Bu tariflere göre yetersizlik durumu geçici olabilir ve bir özürlülüğe yol açmayabilir. Özürlülük ise kişinin yeteneğini kısıtlasa da engellilik hali oluşturmayabilir. Potansiyel azalma bir ölçüde kompanse edilebilmektedir. Engelli kimse ise vücudunun kompensasyon mekanizmasının telafi edebileceğinden daha fazlasını kaybetmiştir.

Bu kavramları bir örnekle açıklamak gerekirse; orta kulak iltihabı geçiren bir çocuk, hastalığı sırasında yetersizlik içindedir. Hastalığı geçtikten sonra bir kulağında az bir işitme kaybı varsa özürlüdür. İşitme kay-

bı, işitme cihazı kullanmasını gerektiriyorsa engellidir.

İşte tüm bu nedenlerle, 2000'li yıllarda hem dünyada hem de Türkiye'de özürlü insan sayısının artacağını söylemek kehanet değildir(72).

Hastalıkların oluşmasında önemli risk faktörlerinden bazıları kontrol altına alınabilir, sigara içmek, şişmanlık vs. gibi, bazıları ise kontrol altına alınamaz, yaş, cinsiyet vs. gibi. Bu risk faktörlerinin ayrıca kişisel, çevresel, mesleki olmak üzere 3'e ayrılması da mümkündür. Kişisel faktörlerin kontrol altına alınamayanlarından en önemlileri yaş, cinsiyet ve genetikdir. Yaşla orantılı olarak özürlülük oranı artmaktadır(5,44,76). Bazı özürler erkek veya kadında daha sık olarak görülebilir. Genetik yatkınlık da söz konusu olabilir. Kişisel özelliklerden kontrol altına alınabilenlerin sağlıklı bir şekilde öğrenilmesi daha zordur. Sigara içmek, yemek yeme alışkanlığı, cinsellikle ilgili bilgiler tam ve doğru olarak verilmeyebilir.

Ayrıca objektif olarak saptanabilecek kişisel özellikler de risk faktörü olabilir. Bunlar arteryel kan basıncı, solunum fonksiyonları, eklem hareket açıklıkları, glikoz tolerans testi gibi bulgulardır. Bir diğer önemli ve geliştirilebilir kişisel özellik eğitim durumudur. Özürlülük üzerine etkisi sanıldığından daha fazladır.

Çevresel faktörlerden en önemlileri hava, su ve yiyeceklerdir. Bunların insan hayatı üzerindeki etkileri geniş kitlelerce her geçen gün daha iyi anlaşılmaktadır. Havanın yabancı cisim, toz, karbon monoksit, kurşun içeriği arttıkça başta akciğerler olmak üzere tüm organlar etkilenir. Suyun fiziksel kimyasal ve mikrobiyolojik özellikleri bozuldukça nefrolityazis, diş çürümeleri, kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar, gastro enteritler ortaya çıkabilir. Yiyeceklere gelince sadece yetersiz veya yanlış beslenme ile değil içerdikleri patojen organizmalar, hormonlar, tarımda kullanılan ilaçlarla da sağlığımızı tehdit ederler.

Bunlar kadar önemli olmasa da diğer çevre faktörleri toprak,

iklim ve evdir. Toprak suni gübre artıkları, sanayi atıkları gibi maddelerle kirlenir, dolaylı yollardan insan sağlığını tehdit ederek kronik zehirlenmelere hatta genetik değişikliklere yol açabilir(80).

Özellikle allerjik hastalıklarda havadaki nem ve toz oranı, bitki örtüsü ve güneş ışınlarının etkili olabildiği ispatlanmıştır(10). Ayrıca romatizmal hastalıkların etyolojisinde rol oynamasa da semptomların iklim tarafından etkilendiği bilinmektedir(38). Oturulan evin şartları su, elektrik, sıhhi tesisat durumu da hayli önemlidir. Özellikle bizim gibi gecekondu sorununu bütün ağırlığıyla yaşayan gelişmekte olan ülkelerde bu daha da önem kazanır(65).

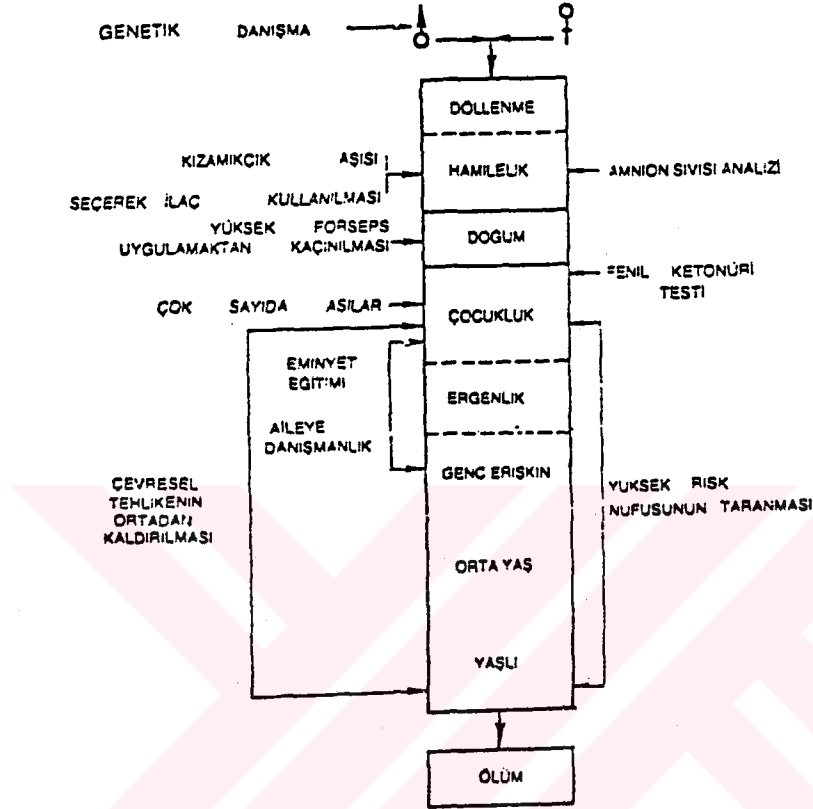
Radyasyon ve gürültü giderek çevremizi etkileyen faktörler arasında ön plana geçmektedirler. Nükleer santrallerin ne büyük tehlikeler oluşturabilecekleri *Çernobil*'deki kazadan sonra çok kişi tarafından daha da iyi anlaşılmıştır. Sorun ulusal değil uluslararası boyutlardadır.

Gürültü ise özellikle büyük şehirlerde ve fabrikalar çevresinde oturanların sağlığını tehdit etmektedir.

Meslekle ilgili olarak görülen hastalıklar toz nedeniyle oluşan pnömokonyoz, gürültünün oluşturduğu işitme kayıpları, kurşun zehirlenmesiyle oluşan anemi ve periferik nöropati, sekreterlerde görülen boyun ve sırt ağrıları gibi hastalıklardır(56).

Rehabilitasyon açısından koruyucu hekimlik yapılabilmesi için risk taşıyan grupların saptanması gerekir. Bugünkü bilgilerimizle bunu evliliğin oluşturulması aşamasından başlatmak gerekir (Tablo 1). Akraba evliliklerinin önlenmesi, genetik danışmanlık, kan grubu uyumsuzluğunun önceden saptanması gibi. Anne karnında ise aşılama ile fetüs korunmaya, çeşitli tetkiklerle hastalık olup olmadığı anlaşılmasına çalışılır. Gerekirse hamileliğe son verilebilir.

Tablo 1. Hayatın başlangıcından sonuna kadar sağlığın korunması için yapılabileceklerin listesi



Çocukluk çağında aşılama ve hijyenik şartlar çok önemlidir. Basit görünen tedbirler birçok hastalığı önler.

Okul çağında kazalar artar. Okulun mimarisi, bahçesi, okula gidip gelinen yol, trafik bilgisi, okulun eve yakınlığı çok önem kazanır. Oyun alanları da uygun olmalıdır.

Bir sonraki dönem mesleki dönemidir. Çalışan kişinin sağlığı ve güvenliği ile ilgili tedbirler, sürekli ölçümler ve gerekli testler mesleki bozuklukları en aza indirebilirler.

Emeklilik döneminde geriatrik sorunlar ön plandadır. Özellikle tek başına yaşayan yaşlı kimselerin evinde bazı tedbirlerin alınması gerekir. Toplumlar geliştikçe yaşlı insan sayısı artmakta ve yaşlılarda daha çok görülen dejeneratif hastalıklar ön plana geçmektedir.

Günümüzde rehabilitasyon kavramı, özürlülük tarifinden esinlenerek 3 ana bölümde toplanmıştır(71).

1- Primer korunma: *Hastalık ve bozuklukların önlenmesi veya en aza indirilmesi.*

2- Sekonder korunma: *Özürlülüğün önlenmesi veya en aza indirilmesi.*

3- Tersiyer korunma: *Engelliliğin önlenmesi veya en aza indirilmesi.*

Bütün herkes tarafından kabul edilen en önemli, en ekonomik ve en etkili korumanın primer korunma olduğudur. Yani sağlam insanın sağlığının korunmasına yönelik önlemler çok önemlidir. Buna birinci basamak sağlık hizmetleri denir. Sağlık eğitimi, hijyen ve beslenme koşulları, anaçocuk sağlığı hizmetleri, su ve kanalizasyon sistemleri, sigara, alkol, çeşitli ilaç ve uyuşturucu alışkanlıkları ile ilgili çalışmaları kapsar. Trafik kazalarının, mesleki kazaların önlenmesine çalışılır.

Sekonder korunma isminden de anlaşılacağı gibi çeşitli sağlık bozulmalarının özür oluşturmasının önlenmeye çalışılmasıyla yakından ilgilidir(34). Hastalığın mümkün olan en erken dönemde, en etkin biçimde ortadan kaldırılmasına yöneliktir. Hasta bakımını, medikal ve cerrahi tedavisini kapsar. Örneğin yatan hastada dekübitus ülserleri için alınacak tedbirler, tüberküloz, epilepsi gibi hastalıklarda erken medikal tedavi, ekstremitte kırıkları, katarakt, mide ülseri gibi hastalıklarda erken ve yerinde cerrahi girişim bu gruba girer.

Tersiyer korunma ise ortaya çıkan özürün dönüşümsüz olduğunun anlaşılması ile başlar ve ömür boyu devam eder. Özürlü tam bağımsız bir hale getirilmeye çalışılır. Primer korunmanın aksine en zor, en pahalı ve en uzun süren korunmadır. Kendi alanında uzmanlaşmış, doktor, rehabilitasyon hemşiresi, fizyoterapist, iş-uğraşı terapisti, psikolog, sosyal danışman gibi elemanlara, ortez, protez, tekerlekli sandalye gibi cihazlara, mes-

leki danışmanlık ve rehberlik hizmetlerine ihtiyaç vardır. Bunlara ilaveten uygun konut mimarisi, özürhüleri faydalanabileceği toplu taşıma araçları topluma reentegrasyon için çok önemlidir.

Rehabilitasyon çalışmaları birçok kişi tarafından yanlış olarak tersiyer korunma ile özdeşleştirilmektedir. Halbuki sekonder korunmayı da tamamen kapsar ve her türlü medikal ve cerrahi tedavi ile içiçe olmalıdır. Sekonder korunma sırasında alınacak rehabilitasyon önlemleri basit ve ucuz olmasına rağmen çok etkili ve yüz güldürücüdür.

Artık günümüzde özürhü kişi evinde oturan, toplumdaki dışlanmış, acınan fakat uzağında durulan bir kimse olarak kabul edilmemelidir. Tam tersine toplumun her türlü aktivitesine katılabilen, düşünen, seven ve sevilen bir konumda olmalıdır. Bu konuda hem özürhüyü hem yakınlarını hem de toplumun tümünü eğitmek rehabilitasyonla uğraşanların en büyük görevidir. Radyo, televizyon, video gibi iletişim araçları bu amaçla kullanılabilir. Günümüz teknolojisiyle özürhüleri toplumdaki imajını değiştirmek mümkün olabileceği gibi onları topluma kazandırmanın ekonomik yönden rantabl olduğu da unutulmamalıdır(34). Ludwig Guttmann'ın dediği gibi "Başarılı bir rehabilitasyonun amacı kişiyi tekrar vergi mükellefi yapabilmektir."

Gelişmiş ülkelerde rehabilitasyon çalışmaları çok büyük ilerlemeler kaydetmiştir. Konu ile ilgili uzmanlar yetiştirilerek ekip çalışması halinde hizmet verilmektedir. Diğer yandan ekonomik gelişme sonucu teknoloji ve ulaşım vasıtaları ilerleme göstermiştir. Bu ülkelerde tüm toplum için sosyal ve ekonomik güvenceler mevcuttur. Her özürhüye ulaşım yardım edebilmek mümkündür. Fakat gene aynı ülkelerde geniş aile yapısı yerine daha küçük ve birbirinden bağımsız aileler meydana gelmiştir. Kişiler arasındaki aile bağları zayıflamış, özürhü kişilerin bakımı devletin bir görevi olarak kabullenilmiştir. Halbuki hiçbir kurum ve kuruluş insanlara kendi evinin ve ailesinin sıcaklığını sağlayamamaktadır(76).

Gelişmekte olan ülkeler açısından durum oldukça farklıdır. Her şeyden önce özürhülük ve özürhüler hakkında yeterli bir bilgi birikimi yoktur. Konunun nedenleri, sosyoekonomik boyutları, toplum içindeki oranı

belirsizdir. Toplum bu konuyla yeterince ilgilenmemektedir. Özürlü yakınları genellikle özürlüye yardımcı olmaya çalışmakta hatta bakımını üstlenmektedirler. Fakat yeterli bilgi birikimleri olmadığı için hem özürlüye fazla yararlı olamamakta hem de kendi çabaları yok olup gitmektedir. Özürlü ve çevresindekiler çoğunlukla hangi kuruma ve nasıl başvuracaklarını, nelerden yararlanabileceklerini, kanuni haklarının ne olduğunu bilmemektedirler.

Zaten tüm özürllüleri kapsamı içine alacak şekilde sosyal güvenlik kuruluşları da olmadığından tamamen sahipsiz duruma düşebilmektedirler. Değil yalan yanlış bilgileri, batıl inançları, çeşitli korkuları olan özürllüler, eğitimli, bilgili ve durumunun farkında olanlar bile hak ettikleri hizmeti elde edememektedirler.

Gelişmiş ülkedekilerin aksine gelişmekte olanlar da rehabilitasyon hizmeti veren kuruluşlar çok kısıtlı, yetersiz ve sayıca azdır. Tahminlere göre bu ülkelerde rehabilitasyon hizmeti özürllülerin ancak % 1-2'sine ve özellikle yetişmiş eleman azlığından dolayı da çok yetersiz olarak verilebilmektedir(17). Yani hem sayısal hem de kalite olarak istenilen seviyenin çok altındadır.

Ülkemizdeki rehabilitasyon hizmetlerinin toplumsal yaygınlığı çok düşüktür. 2916 sayılı "Özel eğitime Muhtaç Çocuklar Kanununun" bile 1983 yılında kabul edildiğini düşünürsek bu ve benzeri konularda ne kadar geç kaldığımız iyice ortaya çıkmaktadır. Bu kanun çıktıktan sonra illerde "Rehberlik ve Araştırma Merkezleri" kurulmaya balanmıştır. Şu anda 58 ilde 62 merkez faaliyet göstermektedir. Özel eğitime ihtiyacı olan çocukların tespit edilmesi, seçilmesi, eğitilecekleri kurumların kararlaştırılması ve çeşitli kuruluşlardan sevk edilen çocukların değerlendirilmesi bu merkezlerde yapılır(51). Bunlarla bağlantılı olarak görme, işitme, ortopedik, eğitilebilir, öğretilbilir özürllü çocuklar için 61 tane özel eğitim okulu da mevcuttur(62). Rehberlik ve Araştırma Merkezleri Milli Eğitim Bakanlığına bağlıdır.

Ayrıca Başbakanlığa bağlı olarak çalışan Sosyal Hizmetler ve

Çocuk Esirgeme Kurumunun ikisi görme, diğeri spastik özürllüer için 3 adet Rehabilitasyon Merkezi vardır. Bu kurum 2828 sayılı kanuna göre "bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerinde belirli bir oranda fonksiyon kaybına neden olan organ bozukluğu veya yokluğu sonucu normal yaşamın gereklerine uyamama durumunda olan korunmaya, yardıma, bakıma, yetiştirilmeye muhtaç kişilere ihtiyaçlarının karşılanması için yardım etmekle yükümlüdür, Konu ile ilgili sosyal hizmet kuruluşlarını işletmek, korunmaya, bakıma, yardıma muhtaç özürllüeri saptamak, bakımını, yetiştirilmesini, rehabilitasyonunu sağlamak bu kurumun görevlerindedir(61).

Ülkemizin İstanbul, Ankara ve İzmir gibi büyük şehirleri ile Kastamonu'da Sağlık Bakanlığına bağlı Rehabilitasyon Merkezleri kurulmuştur. Bunlar genel rehabilitasyon klinikleri olup çeşitli nörolojik, ortopedik ve romatizmal hastalıkların rehabilitasyonu ile uğraş vermektedir.

Üniversitelerimizde bulunan Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon bölümleri kendi imkanları ölçüsünde ve genel rehabilitasyon yapmakta olup uzmanlaşmış kadro eksikliği çekmektedirler. Ayrıca genel sağlık sigortasının henüz gerçekleşmemesi nedeni ile her başvuran hastaya hizmet verilememektedir.

Spesifik rehabilitasyon hizmeti sunan merkezlere örnek olarak Eskişehir Anadolu Üniversitesi bünyesindeki İşitme Özürllü Çocuk Eğitim Merkezini gösterebiliriz. Burada işitme özürllü çocukların erken tanısı, rehabilitasyonu, aile ve toplum eğitimi, konularında çalışılmaktadır(51).

Ayrıca ülkemizde özürllüere yönelik, haklarını belirten yasalar da mevcuttur. 1475 sayılı iş kanununun 25. maddesine göre özürllülerin de toplum hayatına ekonomik yönden de katılımını sağlamak üzere 50 ve 50 den fazla işçi çalıştıran kuruluşlarda % 2 oranında özürllü istihdam etme zorunluluğu vardır.

Özürllülerin devlet memuru olabilme şartları 27.7.1983 tarih ve 18117 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Sakatların devlet memurluğuna alınma şartları ve hangi işte çalıştırılacakları hakkında yönetmelik"te sıra-

lanmıştır. Bu yönetmelikle çalışma gücüne göre bir sınıflama getirilmiştir. Alt sınır % 40'tır. Bundan başka görev yapmasına engel bulunmadığını gösteren resmi sağlık kurulu raporu da istenmektedir.

İş kazaları ve meslek hastalıkları nedeniyle oluşan zrleri düzenleyen 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, 1479 sayılı Bağ-Kur kanunu, 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu alışanlarının zrl duruma düşmeleri sonucu uygulanacak prosedürü belirlemiştir.

Ayrıca 2022 sayılı kanun 65 yaşını doldurmuş, muhtaç, gcsz ve kimsesiz Türk vatandaşlarına aylık bağlanması hakkında kanunla belirtilen gruptaki kimselere sosyal güvence getirilmeye çalışılmıştır.

193 sayılı Gelir Vergisi Kanununa göre zrl kimselerin gelirinden alınan vergi hesaplamasında çalışma gücü azalmasına orantılı olarak indirim yapılmaktadır.

Özürlülerin rehabilitasyonu için çalışan kuruluşlar hem yetersizdir hem de rasyonel olarak çalıştıkları şüphelidir. Ayrıca zrller için çıkarılan kanunlar bu halleriyle bile uygulama alanı bulamamaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na bağlı Silivri-Çatalca Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı sorumluluğundaki Silivri Merkez Sağlık Ocağı sahasında 3 yerleşim bölgesinde yapılmıştır. Silivri ilçesi, Çatalca yarımadasında olup, doğu ve kuzeyinde Çatalca, batısında Çorlu, güneyinde Marmara denizi ile çevrilidir. Yüzölçümü 778 km²'dir. 25 köyü, Alibey, Fatih ve Piripaşa isimlerinde 3 mahallesi mevcuttur. Bu 3 mahalleden Alibey mahallesi 7918, Fatih mahallesi 2645, Piripaşa mahallesi 8563 nüfuslu olup Silivri merkezinde toplam 19126 kişi yaşamaktadır(53) (Tablo 2, Nüfus piramidi). Alibey mahallesi ile Piripaşa mahallesinde 2 ebe, Fatih mahallesinde 1 ebe görev yapmaktadır.

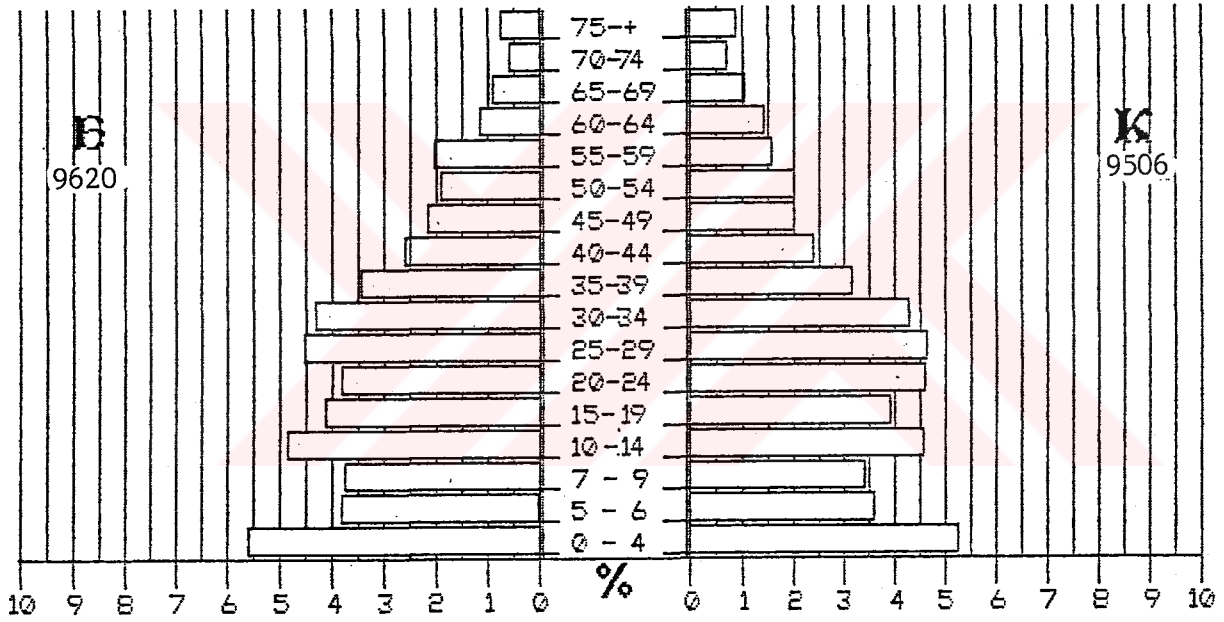
Silivri Merkez Sağlık Ocağı 1940'tan 1977 yılına kadar sağlık hizmetlerini Hükümet Tabipliği olarak sürdürmüş, bu yıldan sonra Sağlık Ocağına dönüşmüştür. Halen 4 doktor, 1 sağlık memuru, 4 çevre sağlığı teknisyeni, 2 hemşire, 9 ebe, 1 tıbbi sekreter, 1 şoför ve 2 hizmetli mevcuttur.

İlçe merkezinde 1 lise, 1 ortaokul, 1 kız meslek lisesi, 3 ilkokul mevcuttur. Okuma yazma oranı % 90'dır(53).

TABLO 2- Silivri Merkez Sağlık Ocağı nüfusunun yaşlara göre dağılımı

SİLİVRİ MERKEZ SAĞLIK OCAĞI

1989 YILI NÜFUS PRAMİDİ



Merkez Sağlık Ocağına bağlı sahada en sık görülen 5 hastalık:

- 1- Üst solunum yolu enfeksiyonları
- 2- İskelet kas sistemi hastalıkları
- 3- Akut tonsilit
- 4- Diş ve dişeti hastalıkları
- 5- Enfeksiyöz olmayan ishaller.

Silivri Merkez Sağlık Ocağı ile Türkiye geneli demografik hızları(5,53)

Demografik Hızlar	Silivri Merkez (%)	Türkiye (%)
Kaba Doğum Hızı	14	32
Kaba Ölüm Hızı	3,17	7
Doğurganlık Hızı	63	134
Bebek Ölüm Hızı	37	95
5 yaş altı orantılı ölüm hızı	4,88	33
45 yaş ve üzeri ölüm hızı	12	50

Yukarıda saydığımız özelliklere sahip Silivri Merkez Sağlık Ocağına bağlı 3 mahallede özürlülük prevalansının saptanması amacı ile bu çalışma planlandı.

Bu çalışmada seçilecek örnek topluluğun saptanabilmesi için basit teasdüfi örnekleme yöntemi uygulanmıştır. Kullanılan formül aşağıdaki gibidir:

$$n = \frac{t^2 \cdot P \cdot Q}{d^2}$$

Bu formülde;

n: Seçilecek örnek kitle

t: 1.96 (% 95 ihtimalle gerçeği yansıtmaya-varyans)

P: Belirli bir çalışmada belirli bir özelliğe sahip olanların oranı

Q: 1-P 0.9

d: Kabul edilebilecek standart hata (% 1 olarak alındı)

Değerleri yerine koyarsak:

$$n = \frac{(1.96^2)(0.1)(0.9)}{(0.01)^2} = 3457$$

$n/N = 0.05$ den büyük ise formülde küçük bir değişiklik yapılır.

Örneğimizde

$$\frac{3.457}{19.126} = 0.18 \text{ olduğundan}$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

formülü seçilir, burada

n : seçilecek örnek kütle

N : ana kütle

n_0 : daha önce seçilen örnek kitledir.

$$n = \frac{3457}{1 + \frac{3457 - 1}{19.126}} = 2930$$

Böylece saptanacak kütle 2930 olmakta, bir hanede de 5 kişi yaşadığı varsayılarak gezilecek ev sayısı bulunmaktadır:

$$\frac{2930}{5} = 586 \quad \text{Bu hesaba göre Silivri merkezde } \frac{19.126}{5} = 3825$$

hane mevcut olup $\frac{3825}{586} = 6.5$ hanede bir olmak üzere ziyaret edilecektir.

Bu nedenle alternatif olarak 6. ve 7.evlere girilmiştir.

Çalışmada Dünya Sağlık Örgütünün özürülük prevalans araştırma anket formları esas alınarak hazırlanmış tarama formları kullanıldı (Ek: 1, 2). Form I ve Form II olarak düzenlenen bu formlar ekte sunulmuştur. 1.formda hane halkının sosyo-demografik özellikleri ve özürülük

durumları sorgulanmaktadır. Bunlar yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, eğitim, göç, akraba evliliği, vs. ile ilgilidir. Ailenin gelir düzeyi asgari ücretin altında ise çok düşük, asgari ücret civarında ise düşük, asgari ücretin 2-3 katı ise orta, 3-4 katı ise iyi daha fazla ise çok iyi olarak değerlendirildi.

Göç edilen bölge ve yılı sorgulandı. Ailelerinde akraba evliliği olanların akrabalık derecesi araştırıldı. Evde özürlü bir kimsenin varlığında Form II dolduruldu. Bunda özürünün sosyo-kültürel durumu, özürün hikayesi, günlük yaşam aktiviteleri sorgulanmaktadır. Bunlar yemek yeme, giyinme, kendini temiz tutma, tuvalet kullanma, iletişim aktiviteleri, basit talimatları anlama, ihtiyaçlarını ifade etme, konuşma, mobilite, oturma, ayakta durma, yürüme, aile ve toplum aktivitelerine katılma, iş ve gelir durumu ile ilgilidirler.

Tüm bu çalışmalar 1 doktor ve ilgili mahallenin ebesi ile seçilen evlere gidilerek ve gerektiğinde muayene yapılarak gerçekleştirildi.

BULGULAR

Silivri Merkezine ait 3 mahallede, 750 evde oturan 2966 kişi DSÖ'nün önerdiği yönteme uygun formlara göre tarandı. Taranan nüfusta bir evde ortalama 3.95 kişi yaşıyordu. Bu sayı Silivri Merkez Sağlık Ocağı'nın 3.82'lik rakamına çok yakındır. Yaş, cinsiyet ve konut tipi açısından da rakamsal yakınlıklar gözönüne alındığında seçilen nüfusun yeterli bir temsil kabiliyeti olduğu görölmektedir.

Taranan nüfusta, % 80.6, 44 yaşın altında bulunmuştur. % 4.6 ise 65 yaşın üzerindedir (Tablo 3). Okur yazarlık oranı % 91.25'dir (Tablo 5). Mesleklere göre dağılımda serbest mesleklerin ön plana çıktığı gözlemleniyor (Tablo 6). Silivri gecekondulaşmanın az olduğu bir bölgedir (Tablo 7). Nüfusun ancak % 16.1 kadarı gecekonduda yaşamaktadır. Taranan nüfusun yaşadığı evlerin % 91.7'sinde mutfak, % 96.7'sinde tuvalet mevcuttur (Tablo 9, 10).

Silivri Merkez nüfusunun büyük bir çoğunluğunun ekonomik durumu iyidir (Tablo 11). Göç oranı % 30 olup bunun yarıya yakını Marmara bölgesindedir (Tablo 12, 13).

Akraba evliliği oranı % 4.8 gibi düşük bir rakamdır (Tablo 14).

TABLO 3- Yaş gruplarına göre dağılım

<u>Yaş Grubu</u>	<u>0-6</u>	<u>7-14</u>	<u>15-24</u>	<u>25-44</u>	<u>45-64</u>	<u>65+</u>	<u>Toplam</u>
Kişi	389	481	472	1047	440	137	2966
Yüzde	13.1	16.2	15.9	35.3	14.8	4.6	100

TABLO 4- Cinsiyete göre dağılım

<u>Cinsiyet</u>	<u>Erkek</u>	<u>Kadın</u>	<u>Toplam</u>
Kişi	1526	1440	2966
Yüzde	51.4	48.6	100

TABLO 5- Eğitim durumlarına göre dağılım

<u>Eğitim</u>	<u>Okur-Yazar Değil</u>	<u>Okur-Yazar</u>	<u>İlkokul</u>	<u>Ortaokul</u>	<u>Lise</u>	<u>Üniv.</u>	<u>Toplam</u>
Kişi	615	46	1588	312	329	76	2966
Yüzde	20.7	1.6	53.5	10.5	11.1	2.6	100

TABLO 6- Mesleklere göre dağılım

<u>Meslek</u>	<u>Çocuk</u>	<u>Öğrenci</u>	<u>Ev Hanımı</u>	<u>İşçi</u>	<u>Memur</u>	<u>Serbest</u>	<u>Şoför</u>	<u>Emekli</u>	<u>İşsiz</u>
Kişi	392	606	935	286	123	472	74	55	23
Yüzde	13.2	20.4	31.5	9.6	4.1	15.9	2.5	1.9	0.8

TABLO 7- Konut tipine göre dağılımı

<u>Konut</u>	<u>Apartman</u>	<u>Bahçeli Ev</u>	<u>Gecekondu</u>	<u>Toplam</u>
Sayı	1995	493	478	2966
Yüzde	67.3	16.6	16.1	100

TABLO 8- Konut yapısına göre dağılım

<u>Konut</u>	<u>Betonarme</u>	<u>Tuğla</u>	<u>Ahşap</u>	<u>Kerpiç</u>	<u>Taş</u>	<u>Toplam</u>
Sayı	2156	453	145	212	0	2966
Yüzde	72.7	15.3	4.9	7.1	0	100

TABLO 9- Konutun mutfak durumu

<u>Mutfak</u>	<u>Ayrı</u>	<u>Oda İçinde</u>	<u>Toplam</u>
Sayı	2719	247	2966
Yüzde	91.7	8.3	100

TABLO 10- Konutun tuvalet durumu

<u>Tuvalet</u>	<u>Ev içinde</u>	<u>Ev dışında</u>	<u>Toplam</u>
Sayı	2868	98	2966
Yüzde	96.7	3.3	100

TABLO 11- Gelir durumu

<u>Gelir</u>	<u>Çok iyi</u>	<u>İyi</u>	<u>Orta</u>	<u>Düşük</u>	<u>Çok düşük</u>	<u>Toplam</u>
Kişi	431	956	936	440	203	2966
Yüzde	14.5	32.2	31.6	14.8	6.8	100

TABLO 12- Göç durumu

<u>Göç</u>	<u>Yok</u>	<u>Var</u>	<u>Toplam</u>
Kişi	2066	900	2966
Yüzde	69.7	30.3	100

TABLO 13- Göç eden nüfusun bölgelere göre dağılımı

<u>Bölge</u>	<u>Marmara</u>	<u>Doğu Anadolu</u>	<u>İç Anadolu</u>	<u>Karadeniz</u>	<u>Ege</u>	<u>Akdeniz</u>	<u>Güney-doğu Anadolu</u>	<u>Toplam</u>
Kişi	428	144	83	170	43	17	15	90
Yüzde	47.5	16.0	9.2	18.9	4.8	1.9	1.7	100

TABLO - Göç edenlerin göç yılı

<u>Yıl</u>	<u>0-5</u>	<u>6-10</u>	<u>11-20</u>	<u>20 ve üstü</u>	<u>Toplam</u>
Kişi	512	171	148	68	900
Yüzde	57	19	16.4	7.6	100

TABLO 14- Akraba evliliği

<u>Akraba evliliği</u>	<u>Yok</u>	<u>Var</u>	<u>Toplam</u>
Kişi	2824	142	2966
Yüzde	95.2	4.8	100

TABLO 15- Akraba evlilik derecesi

<u>Derece</u>	<u>I.</u>	<u>II.</u>	<u>III.</u>	<u>Toplam</u>
Kişi	29	59	54	142
Yüzde	20.5	41.5	38	100

Çalışmamızın en önemli verileri sağlıklı kişilerle özürülülerin karşılaştırılması ile ortaya çıkacaktır. Bu tablolar aşağıda sıralanmış olup altlarında gerekli açıklamalar ve yorumları mevcuttur.

TABLO 16- Yaş gruplarının karşılaştırılması

Yaş	0-6	7-14	15-24	25-44	45-64	65 ve üstü	Toplam
Sağlam	357	449	430	1002	383	78	2699
%	13.2	16.6	15.9	37.1	14.2	2.9	100
Özürü	32	32	42	45	57	590	267
%	12.0	12.0	15.7	16.9	21.3	22.1	100
Toplam	389	481	472	1047	440	137	2966
%	13.1	16.2	15.9	35.3	14.8	4.6	100

$$\chi^2=234.264$$

$$p<0.001$$

Yaş ile özürü arasında çok ileri derecede anlamlılık mevcuttur. Özellikle 65 yaş üzerinde özürü oranı % 43.06 olması dikkat çekicidir. Bu yaş grubunun neredeyse yarıya aykını özürü grubuna girmektedir.

TABLO 17- Cinsiyetin karşılaştırılması

Cinsiyet	Erkek	Kadın	Toplam
Sağlam	1382	1317	2699
%	51.2	48.8	100
Özürü	144	123	267
%	53.9	46.1	100
Toplam	1526	1434	2966
%	51.4	48.6	100

$$\chi^2=1.26073$$

$$p=0.5324$$

Özürü ve cinsiyet arasında istatistiksel anlamlılık yoktur. Erkeklerde ev dışında çalışma, kadınlarda yaş faktörü özürülüğü artırıcı olabilir.

TABLO 18- Eğitim durumunun karşılaştırılması

<u>Eğitim</u>	<u>Çocuk</u>	<u>Yok</u>	<u>Okur- yazar</u>	<u>İlk</u>	<u>Orta</u>	<u>Lise</u>	<u>Üniv.</u>	<u>Toplam</u>
Sağlam	356	194	39	1453	290	304	63	2699
%	13.2	7.2	1.4	53.8	10.7	11.3	2.3	91
Özürü	33	32	135	22	25	13	267	
%	12.4	12	2.6	50.6	8.2	9.4	4.9	9.0
Toplam	389	226	46	1588	312	329	76	2966
%	13.1	7.6	1.6	53.5	10.5	11.1	2.6	100

$\chi^2=18.453$ $p=0.0052$

Özürüüü ile eğitim arasında anlamlılık mevcut. Ancak üniversiteye kadar giderek azalan özürüüü oranı üniversitede artıyor. Bu aşamadan sonra özürüünün motivasyonuna bağlanabilir.

TABLO 19- Konut tipine göre

<u>Konut tipi</u>	<u>Apartman</u>	<u>Bahçeli ev</u>	<u>Gecekondu</u>	<u>Toplam</u>
Sağlam	1823	450	426	2699
%	67.5	16.7	15.8	91
Özürü	172	43	52	267
%	64.4	16.1	15.8	9.0
Toplam	1995	493	478	2966
%	67.3	16.6	16.1	100

$\chi^2=2.454$ $p=0.2931$

Özürüüü ile konut tipi arasında anlamlılık yoktur (Özürüüüer gecekondu daha çok).

TABLO 20- Konut yapısına göre

<u>Konut yapısı</u>	<u>Betonarme</u>	<u>Tuğla</u>	<u>Ahşap</u>	<u>Kerpiç</u>	<u>Taş</u>	<u>Toplam</u>
Sağlam	1965	417	129	188	-	2699
%	72.8	15.5	4.8	7.0	-	91
Özürli	191	35	16	24	-	267
%	71.5	13.5	6.0	9.0	-	9.0
Toplam	2156	53	145	212	-	2966
%	72.7	15.3	4.9	7.1	-	100

$\chi^2=2.792$ $p=0.4248$

Özürllük ile konut yapısı arasında bir anlamlılık yoktur.

TABLO 21- Özürllük ile meslek karşılaştırılması

<u>Meslek</u>	<u>Çocuk</u>	<u>Öğrenci</u>	<u>Ev hanım</u>	<u>İşçi</u>	<u>Memur</u>	<u>Serbest</u>	<u>Şoför</u>	<u>Emekli</u>	<u>İşsiz</u>	<u>Toplam</u>
Sağlam	360	561	854	276	109	409	71	43	16	2699
%	13.3	20.8	31.6	10.2	4.0	15.2	2.6	1.6	0.6	91
Özürli	32	45	81	10	14	63	3	12	7	267
%	12	16.9	30.3	3.7	5.2	23.6	1.1	4.5	2.6	100
Toplam	392	606	935	286	123	472	74	55	23	2966
%	13.2	20.4	31.5	9.6	4.1	15.9	2.5	1.9	0.8	100

$\chi^2=50.756$ $p=0.001$

Özürllük ile meslek sahibi olma arasında istatistiksel anlamlılık mevcut, özürllülerde işsizlik oranı 4 kat daha fazladır.

TABLO 22- Mutfak durumu

<u>Mutfak</u>	<u>Ayrı</u>	<u>Odanın içinde</u>	<u>Toplam</u>
Sağlam	2486	213	2699
%	92.1	7.9	91.0
Özürli	233	34	267
%	87.3	12.7	9.0
Toplam	2719	247	2966
%	91.7	8.3	100

$\chi^2=6.841$ $p=0.0089$

Evde ayrı mutfak bulunması gelire orantılı bir parametre olduğundan istatistiksel anlamlılık mevcut.

TABLO 23- Tuvalet durumu

<u>Tuvalet</u>	<u>Ev içinde</u>	<u>Ev dışında</u>	<u>Toplam</u>
Sağlam	2611	88	2699
%	96.7	3.3	91.0
Özürli	257	10	267
%	96.3	3.7	9.0
Toplam	2868	98	2966
%	96.7	3.3	100
$\chi^2=0.059$	$p=0.8077$		

Özürllük ile tuvalet durumu arasında anlamlılık yoktur. Silivri Merkezde primer sağlık hizmetleri üst düzeyde olduğundan tuvaleti dışarıda olan ev oranı çok az.

TABLO 24- Gelir durumu

<u>Gelir</u>	<u>Çok iyi</u>	<u>İyi</u>	<u>Orta</u>	<u>Düşük</u>	<u>Çok düşük</u>	<u>Toplam</u>
Sağlam	402	870	848	409	170	2699
%	14.9	32.2	31.4	15.2	6.3	91.0
Özürli	29	86	88	31	33	267
%	10.9	32.2	33.0	11.6	12.4	9.0
Toplam	431	956	936	440	203	2966
%	14.5	32.2	31.6	14.8	6.8	100
$\chi^2=17.998$	$p=0.001$					

Özürllük ile gelir durumu arasında ileri derecede anlamlılık mevcut. Halkalı ile aradaki fark buradan kaynaklanabilir. Silivri halkı varlıklıdır.

TABLO 25- Göç durumu

<u>Göç</u>	<u>Yok</u>	<u>Var</u>	<u>Toplam</u>
Sağlam	1890	809	2699
%	70.0	30.0	91.0
Özürli	176	91	267
Toplam	2066	90	2966
%	69.7	30.3	100
$\chi^2=1.750$	$p=0.1858$		

Özürllük ile göç arasında anlamlılık yoktur, göçün yarıya yakını Marmara bölgesinden, gelir seviyesinde benzerlik söz konusudur.

TABLO 26- Göç yıllarının karşılaştırılması

<u>Göç yılı</u>	<u>0-5</u>	<u>6-10</u>	<u>11-20</u>	<u>20 ve üstü</u>	<u>Toplam</u>
Sağlam	470	153	133	55	809
%	57.7	18.9	16.4	6.8	89.9
Özürli	45	18	15	13	91
%	49.5	19.8	16.5	14.3	10.1
Toplam	510	171	148	68	900
%	56.9	19.1	16.4	7.6	100
$\chi^2=7.198$	$p=0.125$				

Yaşlı grupta özürli sayısı giderek artmaktadır ancak istatistiksel olarak anlamlılık yoktur.

TABLO 27- Göç bölgelerinin karşılaştırılması

Göç Bölgesi	Marmara	Doğu Anadolu	İç Anadolu	Karadeniz	Ege	Akdeniz	Güneydoğu Anadolu	Toplam
Sağlam	374	137	72	160	41	13	12	809
%	46.2	16.9	8.9	19.8	5.1	1.6	1.5	89.9
Özürlü	54	7	11	10	2	4	3	91
%	59.3	7.7	12.1	11.0	2.2	4.4	3.3	10.1
Toplam	428	144	83	170	43	17	15	90
%	47.5	16	9.2	18.9	4.8	1.9	1.7	100
$\chi^2=27.672$		$p=0.0003$						

Göç bölgeleri ile özürlülük arasındaki bağlantı istatistiksel olarak anlamlıdır.

TABLO 28- Akraba evliliği

	Akraba evliliği olmayan	Akraba evliliği olan	Toplam
Doğuştan özürlü	29	4	33
Sonradan özürlü	227	7	234
Toplam	256	11	267

$p<0.05$

Doğuştan özürlü olanlarda akraba evliliği oranı istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır.

TABLO 29- Özür tiplerinin dağılım sıklığı

	Dağılım Sıklığı	Özür tipi (%)	Toplum (%)
Kronik iç organ hastalıkları	114	36.3	38.43
Kas ve iskelet sistemi h.ları	66	21.0	22.25
İşitme bozuklukları	58	18.47	19.55
Görme bozuklukları	48	15.28	16.18
Konuşma bozuklukları	10	3.18	3.37
Öğrenme bozuklukları	8	2.54	2.69
Davranış bozuklukları	5	1.59	1.68
Diğer bozukluklar	5	1.59	1.68
Toplam	314	100.0	105.83*

*Özürlülerin % 11.75'inde birden fazla özür mevcuttur.

Özürlü tiplerinin en önemli grubu kronik iç organ hastalığına bağlı olanlardır. Bunların başında da kalp hastalıkları % 42.98 ile başta gelir. Bunu sırasıyla akciğer hastalıkları % 19.29 ve hipertansiyon % 17.54 takip etmektedir. Diabetes Mellitus toplum içinde azımsanmayacak bir seviyededir (%03.7). Kadınlarda oran olarak fazla olmasına rağmen istatistiksel anlamlılık yoktur. Erkeklerde ise Tüberküloz fazla görülmesine rağmen anlamlı çıkmamıştır. Kanseri insidansı yaşla birlikte anlamlı olarak artarken cinsiyet açısından farklılık yoktur (Tablo 34).

Kas iskelet sistemine ait bozukluklardan en fazla osteoartroz ön plana çıkmaktadır. Yaşlılarda daha sık görülmekte ancak cinsiyet açısından anlamlı bir fark saptanmamaktadır (Tablo 36, 37).

İşitme bozuklukları tüm özürlülerin % 18.47 kadardır. Yaş parametresi ile aralarında anlamlı bir ilişki mevcuttur (Tablo 30).

TABLO 30- İşitme bozukluğunun yaş gruplarına dağılımı

<u>Yaş</u>	<u>0-6</u>	<u>7-14</u>	<u>15-24</u>	<u>25-44</u>	<u>45-64</u>	<u>65+</u>	<u>Toplam</u>
İşitme bozukluğu	17	15	32	39	55	51	209
%	8.1	7.2	15.3	18.7	26.3	24.4	78.3
Var	15	17	10	6	2	8	58
%	25.9	29.3	17.2	10.3	3.4	13.8	21.7
Toplam	32	32	42	45	57	59	267
%	12	12	15.7	16.9	21.3	22.1	100
$\chi^2=45.866$	$p=0.001$						

15 yaş altındaki işitme bozukluklarının büyük bir bölümü otitis medyaya bağlıdır. İleri yaşlarda ise senilite sonucu işitme bozukluğu oluşmaktadır. İşitme bozukluğu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Görme bozuklukları % 15.28 kadardır. Tablo 32 ve Tablo 33'de yaş ve cinsiyetle olan ilişkisi verilmiştir.

TABLO 31- Görme bozukluğu ile yaş arasındaki ilişki

<u>Yaş</u>	<u>0-6</u>	<u>7-14</u>	<u>15-24</u>	<u>25-44</u>	<u>45-64</u>	<u>65+</u>	<u>Toplam</u>
Yok	29	29	22	37	46	56	219
%	13.2	13.2	10.0	16.9	21.0	25.6	
Var	3	3	20	8	11	3	48
%	6.3	6.3	41.7	16.7	22.9	6.3	
Toplam	32	32	42	45	57	59	267
%	12.0	12.0	15.2	16.9	21.3	22.1	

TABLO 32- Özürlülerin yaş gruplarına göre dağılımı

	Yaş Grupları					Toplam	Toplum (%)	Özürlü Tipi (%)
	0-6	7-14	15-24	25-44	45-64			
KRONİK İÇ ORGAN HASTALIKLARI	8	3	4	15	39	453	114	36.31
Kas İskelet Sistemi boz.	3	4	9	14	19	17	66	21.02
İŞİTME BOZUKLUKLARI	15	17	10	6	2	8	58	18.47
Görme bozuklukları	3	3	20	8	11	3	48	15.28
KONUŞMA BOZUKLUKLARI	1	2	3	2	1	1	10	3.18
Öğrenme bozuklukları	3	3	2	-	-	-	8	2.56
DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI	-	2	1	-	-	2	5	1.59
Diğer bozukluklar	1	1	1	2	-	-	5	1.59
TOPLAM	34	36	50	47	72	76	314	100.00
%	10.83	11.46	15.92	14.97	22.93	24.20	100	

TABLO 33- Özürlülerin cinsiyete göre dağılımı

	E		K		Toplam	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Kronik İçorgan Hastalıkları	58	50.88	56	49.12	114	38.43
Kas iskelet sistemi boz.	46	69.65	20	30.35	66	22.25
İşitme bozuklukları	25	43.10	33	56.90	58	19.55
Görme bozuklukları	18	37.50	30	62.50	48	16.18
Konuşma bozuklukları	8	80.00	2	20.00	10	3.37
Öğrenme bozuklukları	6	75.00	2	25.00	8	2.69
Davranış bozuklukları	4	80.00	1	20.00	5	1.68
Diğer bozukluklar	1	20.00	4	80.00	5	1.68
Toplam	166		148		314	

TABLO 34- Kronik içorgan hastalığına bağlı bozuklukların yaşa göre dağılımı

	Yaş Grupları					Toplam	Bu grupta		Toplamda %	
	0-6	7-14	15-24	25-44	45-64		65+	%		Özür grubu %
Kardiyovasküler sistem hast.	4	1	1	5	18	20	49	42.98	18.35	1.65
Akciğer hastalıklı.	3	2	-	6	5	6	22	19.30	8.24	0.74
Hipertansiyon	-	-	-	1	8	11	20	17.55	7.49	0.67
Diabetes mellitus	-	-	-	1	7	3	10	8.77	3.74	0.33
Romatizmal hast.	1	1	2	3	1	2	10	8.77	3.74	0.33
Kanser	-	-	-	-	-	3	3	2.63	1.12	0.10
Toplam	8	4	3	15	39	45	114	100.00	42.68	3.49
%	7.02	3.51	2.63	13.15	35.22	39.47				

TABLO 35- Kronik içorgan hastalığına bağlı bozuklukların cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kardiyovasküler sistem hast.	25	51.02	24	48.98	49	42.98
Akciğer hastalıklı.	14	63.64	8	36.36	22	19.30
Hipertansiyon	8	40.00	12	60.00	20	17.55
Diabetes mellitus	3	30.00	7	70.00	10	8.77
Romatizmal hast.	6	60.00	4	40.00	10	8.77
Kanser	2	66.67	1	33.33	3	2.63
Toplam	58	50.87	56	49.13	114	100.00

TABLO 36- Kas ve iskelet sistemi bozukluklarının yaşa göre dağılımı

	Yaş Grupları					Toplam	Bu grup %	Özür grubu %	Toplum %
	0-6	7-14	15-24	25-44	45-64				
D.K.Ç.	-	-	-	1	-	1	1.51	0.37	0.03
Konjenital anomaliler	4	3	-	-	-	7	10.61	2.62	0.24
Kırık çıkık sekeli	-	-	-	1	2	3	4.55	1.12	0.10
Hemipleji	-	-	-	-	3	6	9.09	2.25	0.20
Parapleji	-	-	1	-	-	1	1.51	0.37	0.03
Cerebral palsy	-	-	1	-	-	1	1.51	0.37	0.03
Osteoartroz	-	-	-	2	13	26	39.39	9.74	0.88
Disk hernisi	-	-	-	3	1	4	6.06	1.50	0.13
Travmatik ekstremitte kayıpları	-	-	1	1	-	3	4.55	1.12	0.10
Poliomyelit sekeli	-	1	1	9	-	11	16.67	4.12	0.41
Metabolik hastalıklar	-	1	-	-	2	3	4.55	1.12	0.10
Toplam	4	5	4	17	21	66	100.00		

Tablo 37- Kas ve iskelet bozukluklarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Doğumsal kalça çıkığı	-	0.00	1	100.00	1	1.51
Konjenital anomaliler	6	85.71	1	14.29	7	10.61
Kırık çıkık sekeli	2	66.67	1	33.33	3	4.55
Hemipleji	3	42.85	4	57.15	7	10.61
Parapleji	1	100.00	-	0.00	1	1.51
Cerebral palsy	1	100.00	-	0.00	1	1.51
Osteoartroz	11	42.30	15	57.69	26	39.39
Disk hernisi	4	100.00	-	0.00	4	6.06
Travmatik ekstremitte kayıpları	2	66.67	1	33.33	3	4.55
Poliomyelit sekeli	10	90.90	1	9.10	11	16.67
Metabolik hastalıklar	2	66.67	1	33.33	3	4.55
Toplam	41	62.12	25	37.88	66	100.00

TABLO 38- İşitme bozukluklarının yaşa göre dağılımı

	Yaş Grupları					Toplam	Bu grup %	Özür grubu %	Toplum %
	0-6	7-14	15-24	25-44	45-64				
Konjenital	3	1	-	-	-	4	6.90	1.50	0.15
Kronik otit	10	12	6	-	1	29	50.00	10.86	0.98
Senilite	-	-	-	-	-	11	18.97	4.12	0.37
Travma	-	-	1	5	-	6	10.35	2.25	0.20
Hastalık	1	2	-	3	1	7	12.07	2.62	0.24
Diğer	-	-	-	1	-	1	1.71	0.37	0.03
Toplam	14	15	7	9	2	58	100.00		
%	24.14	25.86	12.06	15.52	3.45	18.97			

TABLO 39- İşitme bozukluklarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Konjenital	3	75.00	1	25.00	4	6.90
Kronik otit	12	41.38	17	58.62	29	50.00
Senilite	9	81.81	2	18.19	11	18.97
Travma	4	66.67	2	33.33	6	10.35
Hastalık	2	28.57	5	71.43	7	12.07
Diğer	1	100.00	-	0.00	1	1.71
Toplam	31	53.45	27	46.55	58	100.00

TABLO 40- Görme bozukluklarının yaş gruplarına göre dağılımı

	Yaş Grupları					Toplam Sayı	Toplam %	Toplamda prevalans %
	0-6	7-14	15-24	25-44	45-64			
Strabismus	-	-	4	2	-	6	12.50	0.20
Katarakt	-	-	2	-	1	4	8.33	0.13
Kaza-travma	1	-	-	4	-	5	10.42	0.17
Hastalık	2	2	3	4	7	20	41.67	0.67
Ağır kırılma kusuru	1	-	3	6	2	12	25.18	0.40
Diğer	-	-	-	1	1	2	4.17	0.07
Toplam	4	2	12	17	11	49	102.08*	1.64
%	8.37	3.03	25.10	35.42	22.92	6.25		

*: Birden fazla bozukluğu olanlar vardır.

TABLO 41- Görme bozukluklarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Strabismus	2	33.33	4	66.67	6	12.50
Katarakt	3	75.00	1	25.00	4	8.33
Kaza-travma	-	0.00	5	100.00	5	10.41
Hastalık	7	35.00	13	65.00	20	41.67
Ağır kırılma kusuru	5	41.67	7	58.33	12	25.00
Diğer	-	0.00	2	100.00	2	4.17
Toplam	12	25.00	32	66.67	49*	101.67*

*: Birden fazla bozukluğu olan vardır.

TABLO 42- Konuşma bozukluklarının yaş gruplarına göre dağılımı

	Yaş Grupları					Toplam	Toplamdaki Prevalans %
	0-6	7-14	15-24	25-44	45-64		
Kekemelik	-	1	-	2	-	3	0.10
Artikülasyon bozukluğu	-	-	-	-	-	-	-
Zeka geriliği	-	1	-	-	-	2	0.07
Cerebral Palsy	-	-	-	-	-	-	-
Hemipleji	-	-	-	-	2	3	0.10
Menenjit	-	1	-	-	-	2	0.07
Toplam	-	2	2	2	2	10	0.34

TABLO 43- Konuşma bozukluklarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kekemelik	3	100.00	-	0.00	3	30.00
Artikülasyon bozukluğu	-	-	-	-	-	-
Zeka geriliği	2	100.00	-	-	2	20.00
Serebral palsi	-	-	-	-	-	-
Hemipleji	2	66.67	1	33.33	3	30.00
Menenjit	2	100.00	-	-	2	20.00
Toplam	9	90.00	1	10.00	10	100.00

TABOL 44- Öğrenme bozukluklarının yaş gruplarına göre dağılımı

	Yaş Grupları					Toplam %	Toplumdaki prevalans %
	0-6	7-14	15-24	25-44	45-64		
Hafif zeka geriliği	-	-	2	-	-	2	25.00
Ağır zeka geriliği	-	-	2	-	-	2	25.00
Serebral palsy'ye bağlı zeka g.	-	-	1	-	-	1	12.50
Menenjitte bağlı zeka ger.	1	2	-	-	-	3	37.50
Toplam	1	2	5	-	-	8	100.00
%	12.50	25.00	62.50				0.27

TABLO 45- Öğrenme bozukluklarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hafif zeka geriliği	-	0.00	2	100.00	2	25.00
Ağır zeka geriliği	2	100.00	-	-	2	25.00
Serebral palsy'e bağlı z.g.	-	0.00	1	100.00	1	12.50
Menenjitte bağlı zeka ger.	2	66.67	1	33.33	3	37.50
Toplam	4	50.00	4	50.00	8	100.00

TABLO 46- Davranış bozukluklarının yaş gruplarına göre dağılımı

	Bu grupta Toplam %					Toplam %	Toplumdaki prevalans %	
	0-6	7-14	15-24	25-44	45-64			65+
Psikoz	-	-	2	-	-	2	40.00	0.07
Nöroz	1	-	1	-	1	3	60.00	0.10
Toplam	1	-	3	-	1	5		0.17
%	20.00		60.00		20.00		100.00	

TABLO 47- Davranış bozukluklarının cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Psikoz	1	50.00	1	50.00	2	40.00
Nöroz	-	0.00	3	100.00	3	60.00
Epilepsi						
Toplam	1	20.00	4	80.00	5	100.00

TABLO 48- Özürlerin oluş nedenine göre dağılımı

	<u>Doğuştan</u>	<u>Sonradan</u>	<u>Toplam</u>
Sayı	35	232	267
%	13.11	86.89	100.00

TABLO 49- Doğuştan özürlülerin sebebe göre dağılımı

	<u>Sayı</u>	<u>Doğuştan özür %</u>	<u>Tüm özürler %</u>	<u>Toplum %</u>
Sebebi bilinmeyen	27	77.14	10.11	0.91
Gebelikte ilaç kullanımı	2	5.71	0.74	0.07
Gebelikte X ışını	1	2.86	0.38	0.03
Akraba evliliği	4	11.43	1.50	0.14
Erken doğum	1	2.86	0.38	0.03
Toplam	35	100.00	13.11	1.18

TABLO 50- Sonradan olma özürlerin sebebe göre dağılımı

	<u>Sayı</u>	<u>Sonradan olma özür %</u>	<u>Tüm özürler %</u>	<u>Toplum %</u>
Kronik hastalıklar	89	38.36	33.33	3.00
Enfeksiyon	85	36.64	31.84	3.87
Yaşlılık	24	10.36	8.99	0.81
Metabolik	18	7.76	6.74	0.60
Trafik kazaları	11	5.73	4.11	0.37
Diğer kazalar	3	1.29	1.12	0.10
Fraktür	1	0.43	0.37	0.03
İş kazası	1	0.43	0.37	0.03
Toplam	232	100.00	86.89	7.81

Özürülerin günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi:

Bulguların son kısmında özürülerin günlük yaşam aktiviteleri 5 ayrı bölümde incelenmiştir.

- 1- Kendine bakım aktiviteleri
- 2- İletişim aktiviteleri
- 3- Mobilite aktiviteleri
- 4- Mesleki aktiviteler
- 5- Sosyal aktiviteler.

Kendine bakım aktivitelerinde yemek yeme, giyinme, kendini temiz tutma ve tuvalet kullanma değerlendirilmiştir. Özürülük nedeni ile hastalık grubuna göre yapılan karşılaştırmada, bazı özür tiplerinde diğerlerine kıyasla anlamlı farklılıklar saptanmıştır (Tablo 51).

TABLO 51- Özürülerin kendine bakım aktivitelerinde bağımlılık durumu

<u>Kr.</u>	<u>Kişi</u>	<u>Yemek</u>	<u>Giyinme</u>	<u>Temizlik</u>	<u>Tuvalet</u>	
Kr.İç O.	114	3	4	4	4	
Kas ve is.	66	6	7	6	6	anlamlı
Görme	58	3	3	3	2	anlamlı
İşitme	48	1	1	1	1	
Konuşma	10	4	4	4	4	anlamlı
Öğrenme	8	2	2	3	3	anlamlı
Davranış	5	-	-	-	-	
Diğer	5	-	-	-	-	
Toplam	314	16	21	21	20	

Kas iskelet hastalıkları, görme bozuklukları, konuşma bozuklukları, öğrenme bozukluklarına bağı özürülerde bağımlılık oranı anlamlı olarak artmaktadır.

TABLO 52- Kendi kendine bakım aktivitelerine göre özürlülerin dağılımı

	<u>Sayı</u>	<u>Yemek yeme</u>	<u>Giyinme</u>	<u>Kişisel temizlik</u>	<u>Tuvalet kullanma</u>
Kronik içorgan hast.	114	3	3	3	3
Kas ve iskelet sistemi bozuklukları	66	6	7	6	6*
Görme bozuklukları	48	3	3	3	2*
İşitme bozuklukları	58	1	1	1	1
Konuşma bozuklukları	10	4	4	4	4*
Öğrenme bozuklukları	8	2	2	3	3*
Davranış bozuklukları	5	-	-	-	-
Diğer bozukluklar	5	-	-	-	-
Toplam	314	19	20	20	19

* p<0.05

TABLO 53- İletişim aktivitelerine göre özürlülerin dağılımı

	<u>Sayı</u>	<u>Anlama</u>	<u>İfade etme</u>	<u>Konuşma</u>
Kronik içorgan hast.	114	1	5	4
Kas ve iskelet sistemi bozuk.	66	1	3	3
İşitme boz.	58	1	1	3
Görme boz.	48	2	2	2*
Konuşma boz.	10	3	4	7*
Öğrenme boz.	8	1	1	1*
Davranış boz.	5	-	-	1
Diğer boz.	5	-	-	-
Toplam	314	9	16	21

* p<0.05

TABLO 54- Mobilite aktivitelerine göre özürlülerin dağılımı

	<u>Sayı</u>	<u>Oturma</u>	<u>Ev içinde yürüme</u>	<u>Ev dışında yürüme</u>
Kronik içorgan hast.	114	5	9	12
Kas ve iskelet sistemi boz.	66	4	7	11*
İşitme boz.	58	1	1	1
Görme boz.	48	2	4	6*
Konuşma	10	4	4	4*
Öğrenme	8	1	2	3*
Davranış boz.	5	-	-	-
Diğer boz.	5	-	-	-
Toplam	314	17	27	37

*p<0.05

TABLO 55- Sosyal aktivitelerine göre özürlülerin dağılımı

	<u>Sayı</u>	<u>Aile aktivitesinde azalma</u>	<u>Toplum aktivitesinde azalma</u>
Kronik içorgan hast.	114	14	23*
Kas ve iskelet sistemi bozuklukları	66	11	19*
İşitme boz.	58	1	2
Görme	48	6	10*
Konuşma	10	7	9*
Öğrenme boz.	5	3	5*
Davranış boz.	5	1	2*
Diğer boz.	5	-	1
Toplam	311	43	71

* p<0.05

TABLO 56- Özürlülerin mesleki aktivitelerinde azalma dağılımı

	<u>Çalışan</u>	<u>İşsiz</u>	<u>Yarım gün</u>	<u>Toplam</u>
Kronik içorgan hast.	30	2	2	34
Kas ve iskelet sist.boz.	29	2	-	31
İşitme boz.	7	6	-	13*
Görme boz	8	2	-	10*
Konuşma boz.	2	-	-	2
Öğrenme boz.	-	1	-	1*
Davranış boz.	-	3	-	3*
Diğer boz.	1	-	-	-
Toplam	77	16	2	94

* $p < 0.05$
Bu tabloya ev hanımı, öğrenci, çocuk ve emekliler dahil edilmemiştir.

TABLO 57- Özürlülerin günlük yaşantılarındaki bağımlılık durumları

	<u>Sayı</u>	<u>Özürlü Grubu %</u>	<u>Toplum %</u>
1- Tam bağımsız	235	88.02	7.92
2- Güçlkle bağımsız	16	6.99	0.54
3- Yardımcı cihaza bağımlı	4	1.49	0.14
4- Yardımcı kişiye bağımlı	10	3.75	0.33
5- Tam bağımlı	2	0.75	0.07
Toplam	267	100.00	9.00

Yapılan çalışmada özürlülerin bağımlılık durumları ile yaş, cinsiyet, eğitim açısından anlamlılık çıkmamış, ancak meslek açısından istatistiksel anlamlı bulunmuştur (Tablo 58, 59).

TABLO 58- Özürlülerin bağımlılık dereceleri ile meslek durumlarını gösteren tablo

	<u>Çocuk</u>	<u>Öğrenci</u>	<u>Ev hanımı</u>	<u>İşçi</u>	<u>Memur</u>	<u>Serbest</u>	<u>Şoför</u>	<u>Emekli</u>	<u>İşsiz</u>	<u>Toplam</u>
Tam bağımsız	29	42	71	10	11	55	3	12	2	235
Güçlkle bağımsız	2	1	5	-	1	6	-	-	1	16
Cihaza bağımlı	1	-	-	-	2	1	-	-	-	4
Kişiyeye bağımlı	-	1	5	-	-	1	-	-	3	10
Tam bağımlı	-	1	-	-	-	-	-	-	1	2
Toplam	32	45	81	10	14	63	3	12	7	267
%	11.99	16.85	30.34	3.75	5.24	23.60	1.13	4.49	2.62	100.0

$\chi^2=80.09445$ $p<0.001$

TABLO 59- Özürlülerin özür sayısı ile eğitim durumlarını gösteren tablo

	<u>Çocuk</u>	<u>Eğitimsiz</u>	<u>Okur-yazar</u>	<u>İlkokul</u>	<u>Orta okul</u>	<u>Lise</u>	<u>Üniversite</u>	<u>Toplam</u>
Tek özürlü	32	29	7	131	22	25	13	259
Çift özürlü	1	-	-	4	-	-	-	5
Üç özürlü	-	3	-	-	-	-	-	3
Toplam	33	32	7	135	22	25	13	267
%	12.4	12.0	2.6	50.6	8.2	9.4	4.9	100.00

$\chi^2=25.17448$ $p<0.014$ (anlamlı)

TARTIŞMA

Bu çalışmada Silivri ilçesi merkezinde özürlülük oranı % 9.00 olarak bulunmuştur. Öncelikle bu rakamı Türkiye genelinde ve dış ülkelerdeki çalışmalarla karşılaştırmak uygun olacaktır.

İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı tarafından İstanbul Halkalı'da yapılan çalışmada bu oran % 11.3'tür. Türkiye'nin diğer bölgelerinde yapılmış çalışmalar Tablo 60'da gösterilmiştir. Görüldüğü gibi %0.73'den % 4.3'e kadar değişen değerler söz konusudur. Bu çalışmaların kendi aralarında olsun diğer çalışmalarla olsun farkları yöntemden kaynaklanmaktadır(57).

Ayrıca diğer ülkelerden bildirilen yüzdeler de çok farklıdır. Tablo 61'de görüldüğü gibi % 0.2'den % 20.9'a kadar oranlar mevcuttur(71).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1988'den beri bütün dünyadan gelen bilgileri toplayarak bir standardizasyona gitmeye çalışmaktadır. Bu çalışmada kullanılan formlar DSÖ'nün en son olarak önerdiği özürlülük tarama formlarıdır(86).

Ülkemize ait düşük oranlı çalışmalarda bazen sorgulamaya ve gözleme, bazan ev halkı tespit fişlerine (ETF) başvurulduğu gibi, özürlülük tarifi de dar anlamıyla ve engellilik olarak algılanmıştır(3,52).

DSÖ'nün önerdiği 3 aşamalı korunmanın uygulanabilmesi için aynı örgüt tarafından en son olarak kabul edilen özürlülük tarifine uyulması gerekir.

Bu çalışmada DSÖ'nün önerdiği yöntem mümkün olduğu kadar uygulanmaya çalışılmıştır. Silivri Merkezinde bulunan 3 yerleşim bölgesi, aileleri çok iyi tanıyan ve onlara aşına olan mahalle ebesi ile birlikte ziyaret edilmiştir. Ziyaret anında evde bulunamayan aile reisleri veya diğer fertler işyerinde veya okulda görülmeye çalışıldı. Gerekli görülen durumlarda muayene yöntemlerine başvuruldu. Fakat bütün bunlara rağmen görülemeyen ancak ailenin sağlam olarak tarif ettiği şahıslar hakkında bilgiler aile sorgulanarak alındı. Ayrıca toplumda sakatlarını gizlemek gibi bir eğilimin varlığı söz konusuydu. Bir diğer faktör çoğu şüpheli durumda sadece muayene ile yetinilmesi ve ileri tetkik yöntemlerine başvurulmaması idi. Bu, zaten DSÖ tarafından da önerilmiyordu. Yöntemle ilgili bir diğer eksiklik psiko-seksüel özürlülükle ilgili sorulara hiç yer verilmemesiydi. Bu bilgileri sorgulamak ve elde etmek çok zor olsa da onları çok iyi tanıyan mahalle ebeleri yardımcı olabiliyorlardı. Bütün bu faktörler gözönüne alındığında Silivri Merkezindeki özürlülük oranının daha yüksek olması beklenebilir.

Silivri Merkezinin demografik özellikleri Türkiye ortalamasının çok üzerindedir(53). Primer korunma çalışmaları senelerdir düzenli bir şekilde uygulanmaktadır. Okur-yazar oranı ve eğitim seviyesi yüksektir. Çoğunluk serbest meslek sahibidir veya ek bir geliri vardır.

Tablo 60. Türkiye'nin çeşitli yörelerinde özürlülük prevalansına ait çalışmalar

Çalışmanın Yeri	Yılı	Yüzdesi
Ankara-Gülhane Askeri Tıp Akademisi	1970	2.9
Ankara-Sağlık Ocakları	1974	0.73
Sosyal Güvenlik Bakanlığı	1975	4.3
Ankara-Etimesgut Sağlık Ocağı	1986	6.2
Edirne-Merkez	1989	2.28
İst.Üniv.Tıp Fak.Fiz.Tıp.Rehab. Halkalı	1989	11.3
İst.Üniv.Cerrahpaşa Tıp Fak.Fiz.Tıp.Rehab.Silivri	1989-90	9.00

TABLO 61- Çeşitli ülkelerde yapılan çalışmaların yıllara ve tarama tipine göre özürli yüzdeleri

<u>Ülke Adı</u>	<u>Yılı</u>	<u>Yüzdesi</u>	<u>Tarama Tipi</u>
Bahreyn	1981	1.0	Total
Mısır	1976	0.8	Total
Hong Kong	1981	0.8	Total
Endonezya	1980	1.1	Total
Kuveyt	1980	0.4	Total
Mali	1976	3.0	
Antiller	1981	2.9	
Pakistan	1981	0.5	
Panama	1980	0.7	0-39
Peru	1981	0.2	Total
Poland	1978	7.1	Total
Sri Lanka	1981	0.4	Total
Tunus	1975	0.8	Total
Tunus	1984	0.9	Total
TÜRKİYE	1975	1.5	Total
A.B.D.	1975	8.5	16-64
İspanya	1981	5.1	Total
Trinidad	1980	1.1	15+
Venezuela	1981	3.8	12+
Kanada	1983	11.2	Total
Uruguay	1984	11.3	45+
Norveç	1983	15.0	16-79
İsveç	1981		16-84
Tayland	1981	0.8	Total
Avustralya	1981	13.2	Total
Avusturya	1976	20.9	Total
Japonya	1980	2.4	18+
Nepal	1980	3.0	Total
Filipinler	1980	4.4	Total
İngiltere	1986	13.5	16+
Etyopya	1981	0.4	0-14

Nüfusun % 53.2'si orta ve üst gelir grubundadır. Burada belirtilmesi gereken bir konu özellikle gelir konusunda tüm toplumun kazandığından daha azını söylemek yönünde bir eğilimi olduğudur. Konu ile ilgili sorulara çok zorlukla cevap alabildik. Muhtemelen, gelir durumu kaydedilenden daha iyi seviyelerdedir.

Cinsiyet yönünden karşılaştırıldığında genel popülasyonda % 51.4 olan erkek oranı % 48.6 olan kadın oranı ile özürlü grubunda % 53.9 erkek oranı % 46.1 olan kadın oranı arasında istatistiksel anlamlılık yoktur. Kadınların genellikle evde oturup, erkeklerin iş için çıktıkları düşünülürse erkeklerde daha fazla bir özürlülük oranı beklenebilirdi. Ancak kadınların yaş ortalamasının daha yüksek oluşu gözönüne alındığında kronik ve geriatrik özürlerin bunu dengelediği düşünülebilir(76).

Ayrıca sağlıklı grup ile özürlüler yaş dağılımı olarak karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlılık ortaya çıkmaktadır. Özellikle 65 yaşın üzerinde özürlülük oranı % 43.1'e kadar çıkmaktadır. Bu oran bazı ülkelerde % 50 olarak verilmektedir(76).

Konut tipi ve konut yapısı açısından yapılan karşılaştırmada anlamlılık yoktur. Ancak mutfak olup olmaması istatistiksel anlamlılık vermiştir. Özellikle alt gelir gruplarında ailenin ayrı bir mutfağı yoktu.

Silivri merkezinde genel popülasyonda göç oranı % 30 olmasına rağmen özürlülerle karşılaştırmada anlamlılık yoktur. En çok göç Marmara ve Karadeniz bölgesinden olmuştur.

Türkiye genelinde akraba evliliği % 23.1 olarak bildirilmektedir(60). Bu oran Silivri Merkez Popülasyonunda % 4.8 gibi çok düşük bir rakamdır. Dolayısıyla özürlülük açısından akraba evliliği istatistiksel anlamlı bulunmamıştır (Tablo 28).

Eğitim açısından karşılaştırıldığında özürlüler aleyhine bir istatistiksel anlamlılık söz konusudur. Toplumumuzda özürlülerin eğitim görebilmesi için gerekli şartlar oluşturulmamıştır. Özürlü toplu taşıma araçları-

nı kullanamamakta, eğitim veren binalara tekerlekli sandalye ile girilememektedir. Ayrıca bu binalarda gerekli mimari değişiklikler düşünülmemektedir. Bu durum anayasanın sosyal devlet anlayışı ile bağdaşmamaktadır. Eğitim göremeyen özürle buna bağılı olarak meslek edinmekte de zorlanmakta, böylece toplumla olan bağıları daha da zayıflamaktadır.

Dünyadaki özürle nüfusunun % 80'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı tahmin edilmektedir(65). Eğitim, gelir, yaşam şartları gibi parametreler bunu desteklese de özellikle yaş parametresi gelişmiş ülkelerdeki özürle oranını yükseltmektedir. Ancak ülkemizdeki beklenen yaşam süresi de gittikçe artmaktadır. 1972 yılında 57.6 olan bu süre 1982'de 63.0 olmuştur. Günümüzde beklenen yaşam süresi 65 yaşı geçmiş olmalıdır(62).

Özür tiplerine ait tablodaki sıralamaya göre en fazla özür oluşturan grup kronik içorgan hastalıklarıdır (Tabol 29). Bunu sırasıyla kas-iskelet sistemi bozuklukları, işitme bozuklukları, görme bozuklukları, konuşma bozuklukları, öğrenme bozuklukları, davranış bozuklukları ve diğer bozukluklar takip etmektedir.

Kronik içorgan hastalıklarının oranı özürlelülük nedenleri arasında, % 36.31 olup taranan genel popülasyonda prevalansı % 3.84'tür. Bu oranlar Etimesgut'ta yapılan çalışmada % 46.6 ve 2.89 iken, aynı metodu kullandığımız İstanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'nda yapılan çalışmada % 56.4 ve % 6.9'dur. DSÖ'nün verilerine göre ise bulaşıcı olmayan organ hastalıkları özürlerin % 19.3'üne neden olmaktadır(71). Kronik İçorgan hastalıkları gözle görünür özürlelere yolaçmadığından tanıları da ileri tetkiklere ihtiyaç gösterebilir. Üstelik bunlar uzun bir zaman süreci içinde ortaya çıktıklarından hastalar kendilerini kesinlikle özürle olarak kabul etmezler. Bu gruba giren hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, akciğer hastalıkları, diabetes mellitus gibi hastalıklar yaşlanmayla birlikte manifest hale geçmektedirler. Kronik içorgan hastalıkları cinsiyet açısından kadın ve erkek arasında eşit olarak dağılmaktadır (Tablo 35).

Bu araştırmada kardiyovasküler sistem hastalıkları içorgan hastalıkları arasında birinci sırayı almıştır (% 42.98). Özürlülük nedenleri içinde ki oranı 18.35, örneğimizdeki prevalansı ise % 1.65'tir. Çocuklarda romatizmal kalp hastalıkları ile konjenital anomaliler ön planda iken, ileri yaşlarda koroner arter hastalıkları sıklığı artar(10,78,81). Kadınlarda ve erkeklerde aynı oranda görülür (Tablo 35). Özellikle bu gruba giren hastalıkların tanısı ileri tetkikler gerektirdiğinden çalışmalarda farklı oranlar bulunmuştur(37). Ancak bizimle aynı metodu kullanan çalışmada toplumdaki prevalans bizim değerimize çok yakındır (% 1.50).

Çalışmamızda akciğer hastalıkları kronik hastalıklar içinde ikinci sırayı almıştır. bu grupta oranı % 19.30, özürlülük nedenleri içinde % 8.24, genel popölasyonda % 0.74'tür. Bebek ve çocuklarda daha çok spastik bronşit ve astmatiform bronşitler özürlülük oluştururken, ileri yaşlarda KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalıkları) ön plana çıkar(76). KOAH ensidansı Ankara Etimesgut'taki çalışmada 45 yaş üzerinde % 4.5 olarak saptanmıştır. Literatürde ise % 9-65 arasında değişen oranlardan bahsedilmiştir. Genel olarak çalışmalarda farklı oranlar bildirilmektedir.

İlerlemiş ölkelerde neredeyse eradike edilmiş olan tüberküloz, geri kalmış ölkelerde akciğer hastalıklarında prevalansı artıran bir diğer faktördür. DSÖ'nün kayıtlarına göre her yıl dünyada 10 milyon kişi tüberküloza yakalanmaktadır(13,73,74). Son senelerde ölkemizde de artış gösterdiğini bildiren bilgiler vardır(2).

Gerek kardiyovasküler hastalıklar gerekse akciğer hastalıklarının büyük bölümü rehabilitasyonu gerektiren hastalıklardır. Risk faktörlerinin azaltılması ve iyi bir rehabilitasyon programı ile özürlülük engellenebilir(43). Yapılan bir çalışmaya göre Akut Myokard Enfarktüsün (AMI) den sonra rehabilitasyon uygulananların % 90 kadarı işlerine dönebilirken, uygulanmayanların ancak % 40'ı çalışabilmektedir(14).

Kronik hastalıklar arasında hipertansiyon üçüncü sırada gelmektedir. Bu grupta oranı % 17.55, özürlülük içinde % 7.49, genel popölasyonda % 0.67'dir (Tablo 34). Özürlülük oluşturana kadar çok sinsi bir şekilde

ilerleyen hipertansiyon, kalp, böbrek ve beyinde ileri derecede hasar meydana getirdiğinde önemli bir özürlülük nedeni olmaktadır(55,79). Bizim çalışmamızda ve diğerlerinde bu tür özürler kadınlarda daha fazla olarak bulunmuştur. bu durum, çeşitli literatürle paralelizm göstermektedir(44).

Kronik hastalıklar arasında romatizmal grup içine alınan vakalarımızdan ikisi romatoid artrit, biri ankilozan spondilitli idi. Dünyada romatoid artrit insidansı % 2 olarak bildirilirken bizim çalışmamızda % 0.07'dir. Bunun nedeni özür oluşturacak kadar ilerlememiş romatoid artritlerin dikkate alınmamasıdır. Ülkemizdeki sıklığı ile ilgili değişik rakamlar mevcuttur(45,47). Çalışmamızda romatizmal hastalıklar erkeklerde daha fazla olarak bulunmuştur (Tablo 35). Bu bulgu literatürle uyumlu değildir(38).

Romatizmal hastalıklarla aynı sıklıkta olarak diabetes mellitus oranına rastladık. Bu grupta % 8.77, özürlülük nedenleri içinde % 3.74 ve toplumda % 0.03 bulunmuştur. Ülkemizdeki prevalansı % 1.1-1.9 arasında verilmektedir(42). Ancak ileri yaşlarda özürlülüğe neden olduğundan çalışmamızda düşük orandadır. 24 yaşın altındaki vakalarımızda Diabetes Mellitusa bağlı özürlülük yoktur (Tablo 34). Kadınlardaki sıklığı erkeklerdekinin iki mislinden fazladır (Tablo 35). Tüm çalışmalarda ve dünya literatüründe bu bulgu aynıdır(33,42,85). Diabetes Mellitusta risk faktörleri şişmanlık, genetik, çok ve kilolu çocuk doğurma ile sosyoekonomik göstergelerdir(20,33,70,85). Gözler, böbrekler, damar ve sinirler üzerine harap edici etkisi vardır(41). Bu hastalarda kalp krizi ve hemipleji riski de artmaktadır(41,85). Türk mutfağında hamur işi tatlıların önemli bir yer tuttuğu ve toplumumuzdaki yüksek doğurganlık oranı gözönüne alındığında sorunun boyutları daha iyi anlaşılabilir. Çalışmamızda diabetik özür tanıması hastanın anamnezine dayanılarak kondu. Birçok diabetes mellituslu hastanın tesadüfen yapılan açlık kan şekeri tayini ile ortaya çıkarıldığı düşünüldüğünde insidansının sanıldığından daha fazla olduğu tahmin edilebilir.

Kronik hastalıklar arasında 3 vaka ile kanser hastaları son sırada yer aldı. Bu gruptaki insidansı % 21.63, özürlülük nedenleri içinde

% 1.12, genel popülasyonda % 0.10'dur. Vakalarımızdan biri mide, diğeri akciğer, sonuncusu kalın barsak kanseri idi. Kanser ölüm nedenleri arasında kalp hastalıklarından sonra dünyada ikinci sıradadır(28). Türkiye'de ise kalp hastalıkları ve enfeksiyon hastalıklarından sonra üçüncü sıradadır(29). Primer korunmada sigara içmek ve yemek alışkanlıkları gibi bazı risk faktörlerine dikkat edilebilir. Sekonder korunma ise hayli pahalıdır(19). Çalışmamızda akciğer ve barsak kanseri erkek ve mide kanseri de kadında görülmüştür. Sayı olarak az olmasına rağmen gerek insidans gerekse cinsiyet dağılımı olarak literatürle uyumludur(28,49).

Özürler içinde ikinci sırada yer alan kas iskelet sistemi bozukluklarına bağlı özürlülük nedenlerinin oranı % 21.02, genel popülasyondaki prevalansı % 2.23'tür (Tablo 36). Aynı metodu kullanan çalışmada bu oranlar sırasıyla % 14.2 ve % 1.75 olup, Etimesgut'ta yapılan çalışmada toplum prevalansı % 1.01'dir. Tüm çalışmalarda kas iskelet sistemine bağlı özürlerin % 50'den fazlası 45 yaşın üzerindeki kişilerdedir(16,38). Çalışmamızda bu oran % 53.03'tür. İleri yaşlarda özellikle osteoartroz oranı çok artmaktadır(27,38,48). Bazı çalışmalarda bu oran % 50-100 arasında verilmektedir(16). Osteoartrozun kas iskelet sistemi bozuklukları arasındaki oranı % 39.39 özürlülük nedenleri arasında % 9.74, genel popülasyonda % 0.88'dir. Bunların % 92.30'u 45 yaş üzerindedir (Tablo 36). Burada gene özür oluşturacak derecedeki osteoartrozların gözönüne alındığı hatırlanmalıdır.

Kas iskelet sistemi bozuklukları arasında ikinci sırada Poliomyelit sekelleri gelmektedir. Bu grupta insidansı % 16.67, özürlülük nedenleri arasında 4.12, genel popülasyonda % 0.41'dir (Tablo 37). Primer koruma yöntemlerinin çok iyi olduğu Silivri gibi bir merkezde bile Polio'nun bu derece yüksek oranda çıkması düşündürücü olmasına karşın 0-6 yaş arasında hiç hasta olmaması ve 11 polio'ludan 9'unun 25 yaş üzerinde olması giderek insidansın azalma yönünde olduğunu göstermektedir.

Konjenital anomalilerin insidansı bu grupta % 10.61, özürlülük nedenleri arasında % 2.62, genel popülasyonda % 0.24. Çeşitli çalışmalarda buna yakın değerler bildirilmektedir(5,52). Vakalarımızdan 5 tanesi ile-

ri derecede pes planus, 1 tanesi pes ekinovarus, 1 tanesi skapula alata, idi. Özellikle pes planus ailevi birikim gösteriyordu.

Bu çalışmada saptadığımız hemiplejik 6 hastanın hepsi 45 yaşın üzerindedir (Tablo 37). Bu grupta % 9.09, özürlülük nedenleri arasında % 2.25 ve toplumda % 0.20 olup toplumdaki sıklık açısından aynı metodu uyguladığımız çalışma ile aynıdır(5). Aynı şekilde her iki çalışmada ve literatürde hemipleji kadınlarda daha fazladır(5,7). Hipertansif yaşlı kadınlarda, hemipleji riski çok artmaktadır. bir de bunlara şişmanlık ve diabetes mellitus gibi bir hastalık ilave olursa tablo tamamlanmaktadır. Hemiplejikerin % 60'dan fazlası yaşamlarını bağımlı olarak sürdürürler(7).

Bizim çalışmamızda 4 adet disk hernisine bağlı özürlülük saptadık. Bu grupta insidansı % 6.06, özürlülük nedenleri içinde % 1.50 ve toplumda 0.13'tür. Literatürde insidansı % 0.1 olarak ve çalışmamızdakine çok yakın verilmektedir(36,38). Vakalarımızdan 3 tanesi 25-44 yaş grubundadır (Tablo 36).

Kırık çıkık sekelleri grubunda % 4.55, özürlülük nedenleri % 1.12, genel popülasyon da % 0.10 oranındadır (Tablo 36). Prevalansı aynı metodun uygulandığı çalışma ile aynıdır(5). Bunlar genellikle kırık ve çıkıkların ehil olmayan ellerde tedavi edilmesiyle ortaya çıkar. Basit müdahalelerle tamamen düzelebilecek hastalıklar özür olarak karşımıza çıkabilir.

Kırık çıkık sekelleri ile aynı oranda görülen ekstremitte kayıpları diğer çalışmalarda da benzer prevalanstadır(5,52).

Bunlardan başka doğumsal kalça çıkığı, parapleji, cerebral palsyli birer vaka tespit ettik, her birinin bu gruptaki oranı % 1.51, özürlülük nedenleri arasında % 0.37 ve toplumda % 0.03'tür (Tablo 36, 37).

Doğumsal kalça çıkığı dünyada %01.75-14.97 arasında bildirilmiştir(58,67). Ülkemizde bu oran % 0.7 olarak verilmektedir(5,52). Dünyada ve ülkemizde kadınlarda daha çok rastlanmaktadır. Çalışmamızdaki

tek tek vaka da bir kadındır.

Cerebral palsy literatürde % 0.15-0.25 arasındadır. Ülkemizde bu oran % 0.5-0.7 olarak tahmin edilmektedir(46). Literatürde erkeklerde daha fazladır(54). Çalışmamızdaki tek vaka da erkektir (Tablo 37).

Doğumsal kalça çıkığının erken tanısı ile, tamamen basit önlemlerle tedavisi mümkünken ileri yaşlarda ağır özörlere yol açabilir ve tedavisi imkansızlaşabilir. Bu nedenle yenidoğanın rutin muayenesinde muhakkak akla getirilmelidir. Buna karşılık cerebral palsy çoğu kere tersiyer korunmanın kapsamındadır ve devamlı bir rehabilitasyon çalışması gerektirir. Bizim vakamıza herhangi bir rehabilitasyon uygulaması ulaşmamıştı.

Özür oluşturan nedenler arasında işitme bozuklukları üçüncü sırada yer almaktadır (Tablo 32). Bütün özörlülük nedenleri içindeki oranı % 18.47, genel popölasyonda prevalansı % 1.95'tir. Bu oranlar umulandan daha fazladır. Silivri merkezindeki popölasyonun sadece okur-yazarlığı değil ayrıca eğitim düzeyi de çok yüksektir. Dolayısı ile kişiler sağlıklarındaki en ufak bozukluktan haberdar olup örneğin işitme kayıplarını yüzde olarak ifade edebiliyorlardı. Ancak bunlardan rehabilitasyon gerektireceklerin sayısı hayli düşüktür.

İşitme özörlülerin yarısı kronik otite bağlıdır (Tablo 38). Özörlüler arasındaki oranı % 10.86, toplumda % 0.98'dir. Otitis medya 24 yaşın altında çok sık olarak görölmekte ve değişen oranlarda işitme kaybına sebep olabilmektedir. Ailenin ilgisi ve erken davranması ile önlenabilir.

İkinci olarak seniliteye bağlı işitme özörleri gelmektedir (Tablo 38). Grubunda % 18.97, özörlerde % 4.12, toplumda % 0.37'dir. Senilite nedeni ile oluşan işitme kayıpları progresif olduğundan yakın takibe ihtiyaç gösterir. Gerektiğinde ısrarla işitme cihazı verilerek muhtemel tehlike ve problemlere karşı tedbir alınmalıdır.

Çeşitli hastalıklara bağlı işitme kayıplarının oranı % 12.07, özörlülük nedenleri arasında % 2.62, genel popölasyonda % 0.24'tür. Bunu

% 10.35 ile travmatik işitme kayıpları izler. Özür grubundaki payı % 2.25, toplumda % 0.20'dir.

İşitme bozukluğuna bağlı özürlerde en ağır olanları konjenital olanlardır. Bunlarda ayrıca konuşma bozukluğu da vardır ve eğitime ihtiyaç duyarlar(12,51). Gruplarındaki oranı % 6.90, özürler arasında % 1.50, toplumda % 0.15'tir. Diğer çalışmalardaki oranlarla uyumludur(52). Bu çocuklar için mevcut olan özel okullar yetersizdir(51).

Görme bozuklukları özür nedenleri arasında dördüncü sıradadır (Tablo 32). Tüm özürlerin % 15.28'i olup toplumdaki prevalansı % 1.62'dir. Bu prevalans diğer çalışmalarla uyum içindedir(5,52).

En sık görülen görme bozuklukları çeşitli hastalıklara bağlı olanlardır. Bunların gruplarındaki oranı % 41.67, toplumda % 0.67'dir. Bunu ağır refraksiyon kusurları izlemektedir, grubundaki oranı % 25.00, toplumda % 0.40'tır. Ancak, bu insanlar gözlük kullanarak bağımsız olabilmektedirler.

Beşinci sırada katarakt % 8.33 oranında ve genel popülasyonda % 0.13 ile gelmektedir. Literatürde % 0.05-0.18 arasında rakamlar bildirilmektedir(15). Katarakt yaşla birlikte artmaktadır(30). En kolay tedavi edilebilen körlük sebebidir. Toplumumuzdaki bu tür insanlara erişilebilmelidir.

Görme bozukluklarında üçüncü sırada strabismus yer almaktadır. Oranı % 12.50 olup toplumdaki prevalansı % 0.20'dir (Tablo 40). Çocukluk çağında insidansının % 3'e kadar çıktığı bildirilmektedir(64,65).

Kaza ve travmaya bağlı görme bozukluklarının oranı % 10.42, özür-lülük nedenleri arasında % 1.50, genel popülasyonda, % 0.17 olup dördün-cü sırada gelmektedir (Tablo 40). Bunlara karşı çeşitli tedbirler alınabi-lir(56). İşyerlerinde gözlük kullanmak vs. gibi. Şu anda dünyada 15 milyo-na yakın kör bulunduğu ve bu sayının 2000 yılına kadar ikiye katlanacağı tahmin edilmektedir(77). Çalışmamızda görme bozuklukları kadınlarda

daha fazla saptanmıştır.

Konuşma bozuklukları özür tipleri içinde beşinci sıradadır. Oranı % 3.18 genel popülasyonda prevalansı % 0.33'tür. Çalışmamızda en sık olarak kekemelik ve hemiplejiye bağlı konuşma bozukluğuna rastlanmıştır (Tablo 42). Her ikisinin de gruplarındaki oranı % 30.00, toplumdaki prevalansı % 0.1'dir. Tüm çalışmalarda ve literatürde konuşma bozuklukları erkeklerde daha fazladır(5,52,68). Hemiplejik 6 vakamızdan 3'ü (% 50) afazikti. Menenjite bağlı iki ve zeka geriliğine bağlı 2 olgumuzda konuşma bozukluğu mevcuttu. Bunların oranı % 20.00, toplumdaki prevalansı % 0.10'dur. Konuşma bozukluğu olanlar genellikle bağımlı olup ileri derecede rehabilitasyona ihtiyaç gösterirler(12).

Dudak ve ağız anomalisine rastlamadık. Akraba evliliği oranının çok düşük olması nedeniyle olduğunu tahmin ediyoruz.

Öğrenme bozukluklarına bağlı özürlülük nedenlerinin oranı % 2.56, genel popülasyondaki prevalansı % 0.27'dir (Tablo 44). Toplumdaki prevalansı bizimle aynı metodu kullanan çalışmalarla uyumludur(5,52). Öğrenme bozuklukları kabaca Intelligence Quotient (IQ) yüzde ellinin altında olanlar (ağır zeka gerilikleri) ve yüzde elli-yüz arasında olanlar (hafif zeka geriliği) olarak sınıflandırılırlar(75). Ağır zeka geriliklerinin tanısı kolay olmasına rağmen, hafif olanlar ancak okul yıllarında ortaya çıkarılabilirler. Hafif zeka geriliklerinin tüm zeka geriliklerinin % 80'i kadar olduğu bildirilmektedir. Bu konuda öğretmenlerin çok bilinçli olması gerekmektedir. Çalışmamızda diğer çalışmalarda olduğu gibi her iki tür zeka geriliği birbirine yakın değerlerde çıkmıştır(5,52). Bundan da anlaşılıyor ki hafif zeka gerilikleri çok kolay atlanabilmektedir. Zeka geriliklerinin cinsiyete göre dağılımı eşittir (Tablo 45).

Davranış bozukluklarına bağlı özürlülük nedenlerinin oranı % 1.87, genel popülasyondaki prevalansı % 0.17'dir (Tablo 46). Kadınlarda daha fazladır (Tablo 47). Psikoz ve nöroz oranları birbirine eşittir. Çalışmamızda davranış bozuklukları 15-24 yaş grubunda yoğunlaşıyordu. Nöroz genellikle sosyoekonomik düzeyi yüksek kadınlarda, psikoz ise

düşük sosyoekonomik çevrede ortaya çıkmaktadır(21,25).

Bizim çalışmamızda beslenme yetersizliğine bağlı özürlüye rastlanmadı, bu araştırma konumuz olan bölgenin sosyoekonomik düzeyinin Türkiye ortalamasının çok üzerinde olmasına bağlanabilir.

Özürlerin % 13.11'i doğuştan, % 86.89'u sonradan meydana gelmiştir (Tablo 48). Bu oranlar bizimle aynı metodu kullanan çalışmalarla uyumludur(5). Doğuştan olan özürlerin büyük bir bölümünde neden belli değildir (% 77.14) (Tablo 49). Nedeni belli olanlardan % 5.71'i gebelikte ilaç kullanımına, % 11.43 kadarı akraba evliliğine, % 2.86'sı gebelikte X ışınına maruz kalmaya, % 2.86'sı da erken doğuma bağlanmıştır.

Bizim çalışmamızda % 1.18 olarak bulunan doğuştan özürlü oranı, dünya literatüründe % 0.5-7 arasında verilmektedir. Paralelizm mevcuttur(31). Doğuştan özürlü olanların yaşama şansları çok azalmaktadır. Gebelik çağındaki bilgilendirme ve genetik danışmanlıkla primer korunma sağlanabilirse de bu başarısızlığı takdirde etkin tanı yöntemleri ile gebeliğin zamanından önce sonlandırılması da gerekebilir(80).

Sonradan olma özürlerin % 38.36'sı kronik hastalıklara bağlıdır (Tablo 50). Buna yakın bir oranda % 36.64 enfeksiyon hastalıklarına bağlı özürler mevcuttur. DSÖ'nün verilerine göre gelişmiş ülkelerde kronik dejeneratif hastalıklara bağlı özürler artarken, gelişmekte olanlarda enfeksiyöz olanların oranı daha fazladır(25). Bu açıdan bizim çalışma alanımızda enfeksiyon hastalıklarının giderek kontrol altına alınmaya başlandığını söyleyebiliriz.

Metabolik hastalıklara bağlı özürler sonradan olma özürlerin % 7.76'sıdır (Tablo 50). Bu gruba diabetes mellitus, akromegali, gibi hastalıklar girmektedir.

Trafik kazalarına bağlı sonradan olma özürler % 5.73 ile beşinci sırada gelmektedir (Tablo 50). Ülkemizden % 0.5-5.1 arasında oranlar verilmektedir(44). Bizim çalışmamızda genel popülasyondaki prevalansı

% 0.37'dir. Gelişmiş ülkelerde % 15.1'e kadar çıkan oranlar mevcuttur(6,83). Ülkemizde her geçen gün artan miktarlarda trafik kazası olmaktadır ve bunların birçoğunda özür oluşmaktadır(59). Bu konuda da tüm toplumun alması gereken önlemler ve sıkı trafik kontrolleri gereklidir.

Sonradan olma özürler arasında % 10.36 ile seniliteye bağlı özürler üçüncü sırada yer almaktadır. Bütün dünyada kabul edilen bir gerçek beklenen yaşam süresinin giderek arttığı ve yaşlı nüfusun oranının 2000 yıllarında bugünkünün 2-3 katına çıkacağıdır(76). Dolayısı ile yaşlılığın getirdiği özürlülükler de artacaktır. Ülkemizin ve tüm insanlığın bu gerçeğe şimdiden hazırlanması ve gerekli kuruluşları devreye sokması gerekmektedir. Unutulmamalıdır ki toplumun özürlü ve yaşlılara karşı toleransı ve hoşgörüsü sanıldığından daha azdır ve onları topluma bir yük olarak görenlerin sayısı hayli fazladır. Bu nedenle şu andaki eğilimin aksine özürlü ve yaşlı grubuna sahip çıkılmasını sağlayacak yönlendirmelerin yapılması zorunludur.

Çalışmamızda saptanan özürlülerin hepsinin rehabilitasyon kapsamına alınması gerekmemektedir, bunların % 88.02 kadarı kendi başlarına tamamen bağımsız olarak yaşayabilirler. Çalışmamızda gördüğümüz kadarı ile bir gözü hiç görmeyen bir kişi bile bütün gereksinimlerini karşılayabilmekte ve meslek sahibi olabilmektedir. Hatta bunlardan biri kamyonet şoförlüğü yapmakta idi. Tablo 57'de görüldüğü gibi % 5.99 oranındaki güçlülükle bağımsız olanlar belirli bir rehabilitasyon ihtiyacı içinde olabilirler. Zaman zaman yardıma ihtiyaçları olabilir. Diğerleri ile beraber rehabilitasyona ihtiyaç duyanların oranı özürlüler içinde % 11.98, toplumda % 1.08 olarak bulunmuştur. Bizimle aynı metodu uygulayan çalışmada toplum prevalansı bize yakındır (% 0.8).

Özür tiplerinin kendi kendine bakım aktivitelerine göre dağılımı gözönüne alındığında en fazla etkileyen özürlerin sırasıyla konuşma bozuklukları, öğrenme, kas ve iskelet sistemi ve görme bozuklukları olduğu belirlendi (Tablo 52).

İletişim aktivitelerinde de sırasıyla konuşma öğrenme ve davranış bozukluklarına bağlı özürler anlamlı olarak artış gösteriyordu (Tablo

53).

Mobilitiyi en çok bozan özürler ise kas iskelet sistemi, görme, konuşma ve öğrenme ile ilgiliydi (Tablo 54).

Sosyal aktivitelerde azalmaya neden olan özürler daha çok görme öğrenme davranış bozukluğu, kas iskelet sistemi bozuklukları ve konuşma ile ilgiliydi (Tablo 55).

Günlük yaşam aktiviteleri içinde özürlerden en fazla etkilenen sosyal aktivitelerdir (Tablo 55). Burada kısır bir döngü söz konusudur. Özürlü kimse bir taraftan kendisini toplumdaki izole ederken aile çevresi ve toplum da bunu kırmak için özel bir çaba sarfetmek şöyle dursun tam tersine normal karşılamakta, bu kopukluğu körüklemektedir. Rehabilitasyon görevi hastanenin kapısında başlayıp yine aynı yerde biten bir görev değildir. Rehabilitasyon uygulamasının sosyal reentegrasyon sağlanmadan bittiği kabul edilemez.

Özür grupları mesleki açıdan değerlendirildiğinde meslek edinmeyi en fazla etkileyen özür grupları sırasıyla davranış, öğrenme, işitme ve görme ile ilgili olduğu saptanmıştır (Tablo 58). Kronik hastalıklar ile kas iskelet sistemi hastalıkları meslek terkinin veya değiştirmeyi gerektirmiyordu. Mesleki rehabilitasyon da tıpkı sosyal reentegrasyon gibi çok önemlidir ve tıpkı onun gibi ihmal edilmektedir. Hele gelişmiş ülkelerdeki gibi genel sağlık sigortalarının bulunmadığı gelişmekte olan ülkelerde mesleki rehabilitasyonunun önemi daha da artmaktadır.

SONUÇ

Günümüz Türkiye'sinin bir türlü çözemediği sağlık sorunlarına temel olması gereken epidemiyolojik çalışmalar ne yazık ki istenilen sayıda değildir. Özellikle rehabilitasyon gereksiniminin saptanması için yapılanlar daha da azdır.

Silivri ilçesi merkezinde yaptığımız bu çalışmanın, genel popülasyondaki özürlülük prevalansının ortaya çıkarılmasına küçük de olsa bir katkıda bulunacağını ümit etmekteyiz.

Bu çalışmada özürlülük prevalansı % 9.00, rehabilitasyon gerektiren özürlü oranı % 1.08 olarak bulunmuştur. Bizimle aynı metodu uygulayan bir çalışmada bu oranlar sırası ile % 11.3 ve % 0.8'dir. bu farklılık Silivri merkezi ile İstanbul Halkalı demografik özelliklerinden kaynaklanabilir. Her durumda 1000 kişiden 8-10 tanesinin rehabilitasyona ihtiyacı vardır.

Sıklık sırasına göre özür oluşturan nedenler şöyle sıralanmaktadır:

- 1- Kronik içorgan hastalıkları,
- 2- Kas iskelet hastalıkları,
- 3- İtme bozuklukları,
- 4- Görme bozuklukları,

- 5- Konuşma bozuklukları,
- 6- Öğrenme bozuklukları,
- 7- Davranış bozuklukları,
- 8- Diğer bozukluklar.

Günümüzde tıp dalları içinde rehabilitasyona ihtiyaç göstermeyenler çok azalmıştır, hatta daha ileri giderek sağlamların rehabilitasyonu bile gündeme getirilebilmektedir.

Nedeni ne olursa olsun özürlü kimse fonksiyonel, fiziksel, ruhsal, sosyal, ekonomik, eğitimle ilgili çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu sorunların çözülebilmesi ancak bir ekip çalışması ile mümkündür.

Genel hastanelerin rehabilitasyon çalışmalarını karşılayabileceğine inanmıyoruz. Her bir özürlü grubu için spesifik merkezler kurulmalı ve burada konularında uzmanlaşmış kimseler çalışmalıdır.

Mesleki rehabilitasyon ve sosyal reentegrasyon sağlanmadıkça rehabilitasyon çalışmalarının amacına ulaşamayacağını bilmek gereklidir.

ÖZET

Nedeni ne olursa olsun, herhangi bir yeteneği azalan veya ortadan kalkan kişi özürlü sayılmaktadır. Bu tarife göre, yaptığımız çalışmada; Silivri ilçesi merkezinde, basit örnekleme ile 2966 kişi tarandı.

Her hane halkı için DSÖ'nün önerdiği Form I dolduruldu. Özür-lüler için gene DSÖ'nün önerdiği ayrı bir form kullanıldı (Form II).

Silivri merkezinin demografik özellikleri Türkiye ortalamasının çok üzerindedir. Eğitim oranı yüksektir. Akraba evliliği özellikle göçetme-miş grupta çok düşüktür. Toplumun geliri de Türkiye ortalamasının üzerin-de olup büyük bir kesim ikinci bir gelir sahibidir.

En fazla özürlülük nedeni kronik iç organ hastalıklarına bağlı olup (% 36.31), kardiyovasküler, akciğer hastalıkları ve hipertansiyon baş-ta gelmektedir.

İkinci grup kas iskelet sistemine ait olup (% 21.02) en büyük payı osteoartrozlar almaktadır.

İşitme bozukluklarında (% 18.47) ilk sıra kronik otitlere bağlı işitme azlığına aittir, daha sonra senilite gelmektedir.

Görme bozuklukları (% 15.28) dördüncü sırada yer almakta olup

sanıldığı kadar bağımlılığa yol açmamaktadır.

Konuşma bozuklukları (% 3.18) ileri derecede bağımlılık oluşturan gruptadır ve nedenleri arasında hemiplejik afazi önemli bir yer tutmaktadır.

Öğrenme bozuklukları (% 2.56) ve davranış bozuklukları (% 1.59) özellikle sosyal aktiviteleri ileri derecede azaltmaktadır.

Özürlülük nedenlerinin % 13.11 kadarı doğuştan, geri kalanı sonradan olmalıdır.

267 özürliüden 235 tanesi (% 88.02) tam bağımsızdır, yani rehabilitasyona ihtiyaçları yoktur. Geri kalan 32 (% 11.98) kişi rehabilitasyona uygun vakalardır.

2966 kişiden 32 tanesi (% 1.07) rehabilitasyon hizmetine ihtiyaç duymaktadır. Ne yazık ki bunlardan çok az bir kısmına ulaşılabilmiştir.

Tüm özürliüler gözönüne alındığında en fazla etkilenen aktivite grubunun sosyal aktiviteler olduğu görülmektedir. İhmal edilen bir rehabilitasyon hizmeti olduğundan bu önemli gerçeğin ayrıca vurgulanmasının gereği vardır.

KAYNAKLAR

- 1- AGARWALL,B.L.: Rheumatic Heart Disease Unabated in developing countries, Lancet, 24:910, 1981.
- 2- AKKAYNAK,S.: Tüberküloz, Katkı, 9:19-27, 1980.
- 3- AKSÖZ,Ş.: Etimesgut Sağlık Ocağı Bölgesinde Sakatlık epidemiyolojisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1986.
- 4- ANDERSON,J.A.D.: Epidemiological, Sociological and Environmental Aspects of Rheumatology. Clinical Rheumatology, International Practice and Research: Vol.1, No.3, 437-453, December 1987.
- 5- AYDIN,R.: Rehabilitasyon Açısından Toplumda Özürlülük Prevalansı, Uzmanlık Tezi, 1990.
- 6- BAKER,S.P., Whitefield,R.A., O'Neil,B.: Geographic Variations in Mortality From Motor Vehicle Crushes. N. England. J. Med. 316, 1384-7. 1987.
- 7- BARNETT,H.J.M., Mohr,J.P., Stein,B.M., Yatsu,F.M.: Stroke: Vol.1, pp.19-37, Churchill Livingstone, New York, 1986.

- 8- BEJNAROWICZ: Diseoled Persons in Poland, Central Statistical Office, Warshaw, Poland. Soc. Sci. Med., Vol.19, no.11, pp.1141-1149, 1984.
- 9- BİLGİÇ,F.: Sakatların Rehabilitasyon Potansiyeli Açısından Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA), 1971.
- 10- BİLİR,N.: Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, No.86/3E, Kısa Dizi, No.3, Ankara 1985.
- 11- CANTEZ,T.P.: Çocuklarda ve Genç Erişkinde Kalp Hastalıkları, Toplum ve HEkim, Türk Tabipler Birliği Yayın Organı, Vol.6, No.33, s.23-29, Haziran 1984.
- 12- CEBİROĞLU,R.: Kekemelik ve Konuşma bozukluğunu düzeltmek, s.12, Kent Basımevi, İstanbul, 1985.
- 13- CONSTOCK,G.N.: Epidemiology of Tuberculosis. Am. Rev. Resp. Diseases. No.3, Part 2, p: 125, 1982.
- 14- ÇAMURCU,A.Ş., Özcan,R., Çobanoğlu,N.: Akut Myokard Enfarktüsü Hastaların Rehabilitasyonunda Risk Faktörlerinin etkileri. Tıp Fak. Mec. No: 50, s.615-628, 1987.
- 15- DAWSON,C.R., Schwab,I.R.: Epidemiology of Cataract, A Major Cause of Preventable Blindness, Bulletin of the WHO, 59(4), pp:493-501, 1981.
- 16- DIEPPE,P.A., Doherty,M., Macfarlane,D., Maddison,P.: Rheumatological Medicine, p:146, Churchill Livingstone, New York, 1985.
- 17- DISCIASCIO,G., Taranta,A.: Rheumatic Fever in Children, Am. Heart. J., 99:5, p.635, 1980.

- 18- D.S.Ö.: Herkes İçin Sağlık Stratejisi Hedefleri. Avrupa Bölgesi Ofisi Kopenhag, 1986.
- 19- EDDY,D.M., Secondary Prevention of Cancer: An Overview. Bulletin of the WHO. No.64(3), pp: 421-429, 1986.
- 20- ENTMACHER,P.S., Marks,H.H., Joslin's Diabetes Mellitus. Lea and Febiger. Philadelphia, 1971.
- 21- GELDER,M., Gath,D., Mayou,R.: Oxford Textbook of Psychiatry, p:689, Oxford University Press, London, 1983.
- 22- GLOBAL MEETING OF EXPERTS to Review the Implementation of the World programme of Action Concerning Disabled Persons at the Mid-point of The United Nations Decade of Disabled persons. Stockholm, 17-22 August, 1987.
- 23- GOODGOLD,J.: Rehabilitation Medicine. The C.V. Mosby Company, St.Louis Washington, Toronto, 1988.
- 24- GURALNİK,J.M., La Croix,A.Z., Everett,M.S.: Comorbidity of Chronic Condition and Disability Among Older Persons in U.S.A. JAMA, no.263(2), pp:209-210, 1990.
- 25- HANLAN,J.J.: Public Health: 6th Edition. The C.V.Mosby Company, St.Louis, 1974.
- 26- HELANDER,E., Mendis,P., Nelson,G.: Training The Disabled in the Community and Experimental Manual on Rehabilitation and Prevention for Developing Countries. Unpublished WHO Document. No. DRP/80.1 Version 2, 1980.
- 27- HOWELL,O.S.: Osteoarthritis: Epidemiology and Fundamental Research. Revue Du Rheumatisme et Des Maladies Osteoarticulaires. pp: 49-52, Supplement 1982.

- 28- ISRAEL,R.A., Rosenberg,H.M., Curtin,L.R.: Analytical Potential for Multiple Cause of Death Data, Review and Commentary. Am. J. of Epidemiology. Vol. 124, no.2, pp:161-179, 1986.
- 29- İL VE İLÇE Merkezlerinde Ölüm İstatistikleri. Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 1986.
- 30- KAHN,H.A.: The Framingham Eye Study. Outline and Major Prevalence Findings Am. J. of Epidemiology, No.106, pp:17-32, 1977.
- 31- KALLİO,V.: Medical and Social Problem of the Disabled. Euro Reports and Studies 73. Regional Office for Europe. WHO, Copenhagen, 1982.
- 32- KARLIKAYA,C., Çaykara,T., Tilki,B., Kızıl,R., Sarı,S., Ilık,S.: Çubuk'ta Akraaba Evlilikleri. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni Özel Ek, No.1, S: 4-6, 1989.
- 33- KORUGAN,Ü., Hatemi,H., Yılmaz,T., Binyıldız,P., Yafet,D., Hatemi,S., Cenani,A.: Diabetes Mellitus ve Heredite. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi, No.12, s:445-448, 1981.
- 34- KOTTKE,F.J., Stillwell,G.K., Lehmann,J.F.: Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation. 4th Edition. W.B.Saunders Company, Philadelphia, 1990.
- 35- LAND,M.A., Bisno,A.L.: Acute Rheumatic Fever. A Vanishing Disease in suburbia. JAMA. No.249, p:895, 1983.
- 36- MARMOT,M.G.: Epidemiological Basis for the Prevention of Coronary Heart Disease. Bulletin of the WHO, no.57(3), pp:331-347, 1979.
- 37- LAWRENCE,J.S.: Rheumatism in Populations. pp:1-5, William Heine-mann Medical Books Ltd., London, 1977.

- 38- McCARTY,J.D.: Arthritis and Allied Conditions. A Textbook of Rheumatology.
- 39- MEDİKAL GAZETE: No.57, 1989.
- 40- MILES,M.: Wher There is no Rehab. Plan. Mental Health Center, Peshawar, 1985.
- 41- NASUHİOĞLU,İ., Değertekin,H.B.: 108 Diabetes Mellitus Vakası Üzerinde Bir Araştırma. Diyarbakır Tıp Fakültesi Dergisi, No.2(3-4), s.487-495, 1973.
- 42- NASUHİOĞLU,İ., Şaylı,B.S., Gülesen,O., Değertekin,H.B., Ölçenoğlu,M.R., Demirel,O., Polat,M.: Diyarbakır İl Merkezinde Yapılan Diabetes Mellitus Taramasının İlk Sonuçları. Diyarbakır Tıp Fakültesi Dergisi, No.3(3), s:369-380, 1974.
- 43- NİŞANCI,Y., Zorkun,C., Özsaruhan,Ö.: Myokard Enfarktüsü Geçiren Genç Hastalarda Risk Faktörleri ve Karbohidrat Mekanizması. Tıp Fakültesi Mecmuası, No.51, s.17-24, 1988.
- 44- OĞUZ,P.: Yaşlılarda Hipertansiyon Görülme Sıklığı, Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Özel Ek, No.1, s.3, 1989.
- 45- ONAT,A., Hacıhanefioğlu,N.: Yüz Büyük Çocuk ve Genç Erişkinde Akut Eklem Romatizmasının Klinik Veçhesi ve Doğal Seyri. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi, No.8, s.195-203, 1977.
- 46- ÖZMEN,M., Eker,R., Çalışkan,M., Özen,S., Apak,S.: Epidemiology and Clinical Types of Cerebral Palsy. II.Akdeniz Nöroloji Kongresi, Kapadokya, 1988.

- 47- ÖZTÜRK,M., Yüksel,H., Öztürk,E., Şeker,D., Küçüköğlü,S., Sezgin,G., Ersoy,K., Demircioğlu,C.: Fatih İlçesinde İlk ve Orta Öğretim Öğrencilerinde Akut Romatizmal Ateş Sıklığı. Cerrahpaşa Tıp Fak. Dergisi. 17:63-72, 1986.
- 48- PEYRON,J.G.: Osteoarthritis, The Epidemiological Viewpoint. Clinical Orth. 213:13, 1986.
- 49- RUACAN,Ş., Küçüksu,Necati: Klinik Onkoloji. Kanserin Epidemiyolojisi ve Kanser savaşının ilkeleri, s.17-37, 1978.
- 50- RUSK,H.A., Hilleboe,H.E.: Rehabilitation. In Hilleboe,H.E., Larrymore,G.W.: Preventive Medicine. W.B.Saunders Company, Philadelphia, 1965.
- 51- SAKATLARA YÖNELİK Hizmetler Raporu: Sakatları Koruma Vakfı Yayını, 1986.
- 52-SALTIK,A., Kayapınar,R., Yorulmaz,F.: Edirne Merkezinde "30 Küme Örneklemesi Tekniği" ile Özürlü Taraması. Fizik Tedavi Rehabilitasyon Dergisi, Cilt XIII, No.4, s.43-46, 1989.
- 53- SİLİVRİ MERKEZ Sağlık Ocağı Faaliyet Raporu, 1989.
- 54- STANLEY,J.F., The Changing Face of Cerebral Palsy. Develop. Med. Child. Neurology. 29:263, 1987.
- 55- SUKSASYAN,A., Beğler,T., Tezcan,V., Demiroğlu,Ç., Kayahan,Ş.: Yaşlıda Hipertansiyon sorunu. Cerrahpaşa Tıp Fak. Dergisi, 12:495-508, 1981.
- 56- ŞAHİN,M.: Türkiye'de İş Kazaları ve Meslek Hastalıklarının İstatistiksel Analizi. Türk İş Yayınları, No.119, Ankara, 1983.

- 57- ŞENOCAK,M.: Tıbbi İstatistik, Genel Kavramlar, Uygulama Modelleri, s.15-39, Kırklare,i 1986.
- 58- TACHDJIAN,M.O.: Pediatric Orthopedics, Vol.1, p.130, W.B.Saunders Company, Philadelphia, 1972.
- 59- TRAFİK KAZALARI İstatistikleri: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 1989.
- 60- TÜMERDEM,Y., Ayhan,B., Özsüt,H., Emekli,V., Güney,K., Akbulut,T.: Türkiye'de Yöresel Akraba Evlilikleri ve Özürlülük (AraştırmaI), XXIV.Türk Pediatri Kongresi, 175-178, İstanbul, 1985.
- 61- TÜRK SPASTİK Çocuklar Derneği ve Türk Tabipler Birliği'nin 1979 Uluslararası Çocuk Yılı Nedeniyle Ortaklaşa Düzenledikleri Rapor. Özürlü Çocuklar Beyin Arızalı Çocukların Özel Eğitim Olanakları ve Yurt Açısından Sorunları. Türk Spastik Çocuklar Derneği Bülteni, No.5:1-8, 1978.
- 62- TÜRK İSTATİSTİK YILLIĞI: S.S.Y.B. Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı, Yayın No: 526, 1982, 1986.
- 63- UNITED NATIONS: Economic and Social Council. Economic and Social Comission for Western Asia. Conference on the Capabilities and needs of Disabled Persons in the ESCWA Region. 20-28 November 1989. Amman.
- 64- VAUGHAN,D., Asbury,T.: General Ophthalmology, p:174, Lange Medical Publication, California, 1983.
- 66- VELİCANGİL,S.V.: Hekimler, Sanayi (İş) Hekimleri, Diş Hekimleri, Eczacılar ve Sağlık (Çevre) Mühendisleri için koruyucu ve sosyal tıp, s.10-1,3 Filiz Kitapevi, İstanbul, 1980.

- 67- VON ROSEN,S.: Diagnosis and Treatment of Congenital Dislocation of the Joint in the Newborn. J. of Bone and Joint Surg. 44-B:284, 1962.
- 68- WHO: Cerebrovascular Diseases, Prevention, Treatment and Rehabilitation Technical Reports Series, 469, World Health Organisation, Geneva, 1971.
- 69- WHO: Demographic Trends in the European Region. European Series, 17, World Health Organisation, 1984.
- 70- WHO: Diabetes Mellitus, Technical Report Series, 727, World Health Organisation, Geneva, 1985.
- 71- WHO: Disability, Prevention and Rehabilitation. Technical Report Series, 668, World Health Organisation, Geneva, 1981.
- 72- WHO: Evaluation of the Strategy for Health for All by the year 2000. European Region. World Health Organisation, Copenhagen, 1986.
- 73- WHO: Expert Commite on Tuberculosis. Ninth Report. Technical Report Series 552, World Health Organisation, Geneva, 1974.
- 74- WHO: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicapped. Publication of World Health Organisation, Geneva, 1981.
- 75- WHO: Mental Retardation: Meeting the Challenge. World Health Organisation Offset Publication, No.86, 1985.
- 76- WHO: Planning and Organisation of Geriatric Services. Technical Report Series, 548, World Health Organisation, Geneva, 1985.
- 77- WHO: Prevention of Blindness. Technical Report Series, 497, World Health Organisation, Geneva, 1972.

- 78- WHO: Prevention of Coronary Heart Disease. Technical Report Series, 678, World Health Organisation, Geneva, 1982.
- 79- WHO: Primary Prevention of Essential Hipertansion. Technical Report Series, 686, World Health Organisation, Geneva, 1983.
- 80- WHO: Risk of Disease and Disability. Regional Office for Europe. Windsor 16-19 May 72, World Health Organisation, Copenhagen, 1972.
- 81- WHO: Sudden Cardiac Death. Technical Report Series, 726, World Health Organisation, Geneva, 1985.
- 82- WHO: The Application of Epidemiology to the Planning and Evaluation of Health Services. 19-23 November 1973, World Health Organisation, Copenhagen, 1973.
- 83- WHO: The Epidemiology of Accident Traumas and Resulting Disabilities. Report on a WHO Sympozyum. Strasbourg 19-21 March 1981. World Health Organisation, Copnehen, 1982.
- 84- WHO: Tuberculosis Control. Technical Report Series, 671, World Health Organisation, Geneva, 1982.
- 85- WHO: WHO Expert Comittee on Diabetes Mellitus. Technical Report Series, 646, World Health Organisation, Geneva, 1980.
- 86- World Health Statistics Quarterly. Vol.42, No.3, 1989.
- 87- WYNGAARDEN,J.B., Smith,L.H., Cecil's Textbook of Medicine. W.B.Saunders Company, Philadelphia, 1988.
- 88- YÜKSEL,H., Öztürk,M., Öztürk,E.: Fatih İlçesinde İlk ve Orta Öğrenim Gören Öğrencilerde Kalp Hastalıkları Prevalansı. Cerrahpaşa Tıp Fak. Dergisi, No.17, s.49-55, 1986.
- 89- ZEJDLIK,C.M.: Management of Spinal Cord Injury. Wadsworth Inc. Belmont California, 1983.

FORM I
ÖZÜRLÜLÜK PREVALANS ARAŞTIRMASI

Bölge:..... Hane No:.....
 Konut Tipi: Apartman..... Gecekondu..... Diğer:
 Konut Yapısı: Taş... Kerpiç... Tuğla... Ahşap... Beton... Diğer...
 Müstakil Mutfak: Var... Yok... Müstakil Tuvalet: Var... Yok...
 Su: Var... Yok... Elektrik: Var... Yok...
 Ailenin Aylık Geliri:.....
 Bölgeye Nereden göç Etti:..... Ne Zaman:.....

EV HALKININ DÖKÜMÜ

Nö	Adı - Soyadı	Cinsi	Yaşı	Mesleği	Eğitimi	Hastalık ve Üzürlülük
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						

Akraba Evliliği: Var... Yok...

1.derece:.....

2.derece:.....

3.derece:.....

FORM 2
ÖZÜRLÜ KİŞİ ANKETİ

Eğitime ihtiyaç duyan kişilerin bulunması ve gelişmelerinin değerlendirilmesi için:

Adı, Soyadı:..... Sakatlığı:.....
Yaşı:..... Cinsi:..... Eğitimi:.....
Mesleği:.....

- 1- Ne zamandan beri özürlü?
 - a) Doğuştan ()
 - b) Sonradan olma ()
- 2- Doğuştan beri var olan bir özürlülük ise?
 - a) Annenin gebelikte geçirdiği hastalık:.....
 - b) Annenin gebelikte kullandığı ilaç:.....
 - c) Anne gebeyken röntgen çekti mi?:.....
 - d) Anne-baba arasında akrabalık:.....
 - e) Doğumda güçlük oldu mu?:.....
- 3- Sonradan olma bir özürlülük ise?
 - a) Hastalık (belirtin):.....
 - b) Kaza-trafik kazası, iş kazası, ev kazası, diğer:.....
 - c) Diğer (belirtin):.....
- 4- Özürlülük nedeniyle herhangi bir tıbbi tedavi gerekiyor mu?
 - a) Evet () Böyle bir tedavi gördü mü? ()
 - b) Hayır ()
- 5- Tıbbi tedavi gerektiren bir özürlülük ise?
 - a) Masrafları aile karşılayabilir ()
 - b) Aile masrafları karşılayabilmek için borca girmek zorunda ()
 - c) Masrafları karşılamak için toplumun yardımına ihtiyaç var ()
- 6- Kendi başına yemek yiyebiliyor mu?

Tek başına: ()

Yardımla veya zaman zaman: ()

Hiç: ()
- 7- Giyinebiliyor mu?

Tek başına: ()

Yardımla veya zaman zaman: ()

Hiç: ()
- 8- Kendini temiz tutuyor mu? (el-yüz yıkamak, banyo yapmak, dişleri temizlemek)

Tek başına: ()

Yardımla veya zaman zaman: ()

Hiç: ()
- 9- Tuvalet kullanıyor mu?

Tek başına: ()

Yardımla veya zaman zaman: ()

Hiç: ()
- 10- Basit talimatları anlıyor mu?

Kolaylıkla: ()

Zorlukla: ()

Hiç: ()
- 11- İhtiyaçları ifade ediyor mu?

Kolaylıkla: ()

Zorlukla: ()

Hiç: ()

- 12- İletişimi sağlayan hareketleri ve işaretleri anlıyor mu?
Kolaylıkla: ()
Zorlukla: ()
Hiç: ()
- 13- İletişim kurmak için, diğer kişilerin anlayabileceği şekilde hareketler ve işaretler kullanıyor mu?
Kolaylıkla: ()
Zorlukla: ()
Hiç: ()
- 14- Konuşuyor mu?
Kolaylıkla: ()
Zorlukla: ()
Hiç: ()
- 15- Oturuyor mu?
Tek başına: ()
Yardımla: ()
Hiç: ()
- 16- Ayakta duruyor mu?
Tek başına: ()
Yardımla: ()
Hiç: ()
- 17- Yürüyor mu?
Tek başına: ()
Yardımla: ()
Hiç: ()
- 18- Ev çevresinde dolaşıyor mu?
Tek başına: ()
Yardımla: ()
Hiç: ()
- 19- Köy çevresinde dolanıyor mu?
Tek başına: ()
Yardımla: ()
Hiç: ()
- 20- Eklemlerde veya belde ağrısı var mı?
Nadiren veya hiç: ()
Zaman zaman ama çalışabiliyor: ()
İş etkileniyor ama uyku etkilenmiyor: ()
- 21- Bebek diğer bebekler gibi memeden emiyor mu?
Evet : ()
Hayır: ()
- 22- Çocuk aynı yaşta çocuklar gibi oynuyor mu?
Evet: ()
Bazen: ()
Hiç: ()
- 23- Okula gidiyor mu?
Evet, normal okul ödevi yapıyor: () Evet ama ödev yapmıyor:()
Evet, ama yaşının altında okul ödevi yapıyor: ()
- 24- Aile aktivitelerine katılıyor mu?
Evet: ()
Hayır: () Bazen: ()
- 25- Toplumun aktivitelerine katılıyor mu?
Evet: ()
Hayır: () Bazen: ()
- 26- Evdeki günlük aktiviteleri yapıyor mu?
Evet: ()
Evet ama hepsini değil: ()
Hiç: ()
- 27- İşi veya geliri var mı?
Tam gün iş ve ihtiyaca göre yeterli geliri: ()
Yarım gün veya mevsimlik iş veya az: ()
İşi ve geliri yok: ()

T. C.

Yükseköğretim Kurumu
Dokümantasyon Merkezi