

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ



İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ 2015 YILI
ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULUNA BAŞVURAN OLGULARIN İNCELENMESİ
UZMANLIK TEZİ

Dr. HİLAL BALTACI

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK

MALATYA-2016

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ 2015 YILI
ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULUNA BAŞVURAN OLGULARIN İNCELENMESİ
UZMANLIK TEZİ

Dr. HİLAL BALTACI
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Bureu KAYHAN TETİK

MALATYA-2016

İÇİNDEKİLER

| | |
|--|------|
| İÇİNDEKİLER | ii |
| ÖZET | vi |
| ABSTRACT..... | viii |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ | x |
| TABLolar DİZİNİ..... | xi |
| ŞEKİLLER DİZİNİ..... | xii |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ..... | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 2 |
| 2.1. ENGELLİLİĞİN TANIMI | 2 |
| 2.1.1. Dünya Sağlık Örgütü'nün Tanımına Göre Engellilik..... | 2 |
| 2.1.1.1. Yetersizlik | 2 |
| 2.1.1.2. Özürlülük | 2 |
| 2.1.1.3. Engellilik | 2 |
| 2.1.2. Birleşmiş Milletler Tanımına Göre Engellilik | 3 |
| 2.1.3. Ülkemizde Engellilik Tanımları | 3 |
| 2.1.4. Sosyal Kuramsal Yaklaşım | 4 |
| 2.1.5. Medikal Kuramsal Yaklaşım | 4 |
| 2.2. ÖZÜRLÜLÜK KAVRAMI..... | 4 |
| 2.2.1 Ağır Özürlü | 5 |
| 2.2.2 Hafif Özürlü..... | 5 |
| 2.2.3 Bakıma Muhtaç Özürlü..... | 5 |
| 2.3. ÖZÜRLÜLÜĞÜN TARİHÇESİ | 5 |
| 2.4. DÜNYA'DA ÖZÜRLÜLÜĞÜN SIKLIĞI | 7 |
| 2.5. TÜRKİYE'DE ÖZÜRLÜLÜĞÜN SIKLIĞI..... | 9 |
| 2.6. ENGELLİĞİN NEDENLERİ | 11 |
| 2.6.1. Doğum Öncesi Oluşan Nedenler | 12 |
| 2.6.2. Doğum Sırası Oluşan Nedenler | 12 |
| 2.6.3. Doğum Sonrası Oluşan Nedenler | 13 |
| 2.7. ÖZÜRLÜLÜĞÜN SINIFLANDIRILMASI | 14 |
| 2.7.1. Ortopedik Özürlüler | 15 |
| 2.7.2. Görme Özürlüler | 16 |

| | |
|--|----|
| 2.7.2.1. Kör | 17 |
| 2.7.2.2. Az Gören..... | 17 |
| 2.7.3. İşitme Özürlüleri | 17 |
| 2.7.3.1. Sağır Kişiler | 17 |
| 2.7.3.2. Ağır İşiten Kişiler | 17 |
| 2.7.4. Dil ve Konuşma Özürlüleri | 18 |
| 2.7.5. Zihinsel Özürlüleri | 18 |
| 2.7.5.1. IQ Düzeyine Verilen Ad | 19 |
| 2.7.6. Kronik Hastalık..... | 19 |
| 2.8. ÖZÜRLÜ SAĞLIK RAPORU VE GEÇERLİLİK SÜRESİ..... | 19 |
| 2.9. ÖZÜRLÜ ORANI..... | 21 |
| 2.10. ÖZÜRLÜ BİREYLERE TANINAN HAKLAR VE SUNULAN HİZMETLER . | 21 |
| 2.10.1. İş ve İstihdam..... | 21 |
| 2.10.1.1. Kota Yöntemi..... | 22 |
| 2.10.1.2. Tahsis Yöntemi..... | 22 |
| 2.10.1.3. Sınırlı Tahsis Yöntemi | 22 |
| 2.10.1.4. İşe Girmede Öncelik Tanınması Yöntemi | 22 |
| 2.10.2 Eğitim..... | 23 |
| 2.10.3 Rehabilitasyon | 23 |
| 2.10.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon..... | 24 |
| 2.10.3.2. Psiko-Sosyal Rehabilitasyon..... | 24 |
| 2.10.3.3. Mesleki Rehabilitasyon..... | 25 |
| 2.10.4. Sosyal Güvenlik Hakkı | 25 |
| 2.10.4.1. Bakıma Muhtaç Özürlü Aylığı | 26 |
| 2.10.4.2. Özürlü Aylığı | 26 |
| 2.10.4.3. Özürlü Yakını Aylığı | 26 |
| 2.10.5. Erişebilirlik/Ulaşabilirlik | 26 |
| 2.10.6 Bakım Hizmetleri..... | 27 |
| 2.10.6.1. Kurum Bakımı | 27 |
| 2.10.6.2. Evde Bakımı | 27 |
| 2.10.7. Sağlık Hizmetleri | 28 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 29 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi..... | 29 |
| 3.2. Araştırmanın Evreni..... | 29 |

| | |
|---|----|
| 3.3. Çalışmaya Alınan Olguların Seçimi ve Dışlanma Kriterleri | 29 |
| 3.4. İstatiksel Analiz | 29 |
| 4. BULGULAR..... | 31 |
| 5. TARTIŞMA | 43 |
| 6. SONUÇ..... | 50 |
| 7. KAYNAKLAR | 51 |
| 8. EK 1 Etik Kurul Onayı | 63 |



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim s¼recinde mesleki bilgi, beceri ve deneyimlerimi geliőtirmemde katkıda bulunan değerli hocam A.B.D. Başkanımız Yrd. Doç. Dr. Engin Burak Selçuk'a,

Engin bilgileri ile bizlere rehberlik eden değerli hocam ve tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Burcu Kayhan Tetik'e ,

Ayrıca tezime katkılarından dolayı sağlık kurulu değerli çalışanlarına ve Biyoistatistik A.B. D. Başkanı Prof. Dr. Saim Yoloğlu'na,

Birlikte çalışmaktan zevk aldığım, çalışma hayatıma renk katan değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma ve diğer görev arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca yanımda olan ve bana destek veren güzel aileme, varlığı sayesinde kendimi hep çok güçlü ve şanslı hissettiğim yalnızca tez çalışmalarım sırasında değil, her zaman desteği ve sevgisiyle yanımda olan hayat arkadaşım sevgili eşim Mustafa Baltacı'ya, varlığımı hiçbir şeye değişmeyeceğim, kendi küçük ama sevgisi büyük oğlum Kerem Taha'ma sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Hilal Baltacı

Ağustos,2016

ÖZET

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi 2015 Yılı Özürlü Sağlık Kuruluna Başvuran Olguların İncelenmesi

Amaç: Ülkemizdeki kayıt sistemlerindeki eksiklik nedeniyle özürlü sayısı, türü ve nedenleri konusunda yeterli verimiz mevcut değildir. Özürlülüğün önlenmesi ve rehabilitasyonu için bu konuda uygun toplanmış detaylı verilere ihtiyaç vardır. Çalışmamızda Turgut Özal Tıp merkezi sağlık kuruluna başvuran özürlü olguların incelenip, ülkemizde verilerin yetersiz olduğunu düşündüğümüz için özürlüler ile ilgili verilere katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Kurulu'na özürlü rapor düzenlenmesi amacıyla başvuran hastalara ait arşiv kayıtlarından 01.01.2015-29.12.2015 tarihleri arasında düzenlenmiş olan 2241 rapor geriye dönük olarak tarandı. Olgulara ait yaş, cinsiyet, başvurdukları ay, tüm vücut fonksiyon kaybı oranları, ağır özürlü ve özürlülüklerinin sürekli olup olmadığı, engel grupları, kullanım amaçları ve başvuru yaptıkları bölüm kaydedildi. Ayrıca sosyal yardıma başvuran hastalar telefonla aranarak sosyal yardımı alıp almadıkları öğrenildi. Araştırmamızın istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS for Windows Version 17.0 yazılımı kullanıldı.

Bulgular: Araştırmamızda bayanların sayısı 863, erkeklerin sayısı 1378 ve yaş ortalamaları 33.18 ± 26.63 yıl idi. Olguların özür oranı ortalaması 67.36 ± 22.53 olup 1272 (%56.7) kişisi ağır engellidir. Verilen raporların %57.6'sı sürekli raporlardı. Özür oranı veren bölümlere sırası ile baktığımızda en fazla çocuk psikiyatri (%29.7), çocuk nörolojisi (%12.9) ve yetişkin nöroloji (%11.2) tarafından özür oranı verilmişti. 0-18 yaş aralığında en fazla görülen özürlülük türü %64.9 ile zihinsel, 19-64 yaş grubunda %74.2 ile kronik hastalıklar, 65 yaş ve üzeri grupta ise %87.8 ile yine kronik hastalıklar en fazla olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda olguların %43.2'sini çocuk yaş grubu oluşturmakta olup çocuklarda en çok zihinsel problemlerin görüldüğü bulunmuştur. Yetişkin yaş grubunda ise en fazla kronik hastalıkların görüldüğü bulunmuştur. Çalışmamızda çocuk yaş grubunda bu kadar çok zihinsel problemlerin görülmesi biz aile hekimleri olarak muayeneye gelen çocukları sadece biyolojik açıdan değil, zihinsel açıdan da

değerlendirmemiz gerekliliğini ortaya koymuştur. Ayrıca aile hekimleri olarak muayene olmak için başvuran engelli bireylere uygun sosyal destek ve yardım hizmetlerinin devlet tarafından verildiği konusunda bilgilendirmelerde bulunulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Özürlü, Sağlık Kurulu, Raporlar



ABSTRACT

Analysis of Cases Referred to the Disability Board of İnönü University Turgut Ozal Medical Center in 2015

Objective

We don't have enough data about the number of handicapped people, reasons and types of disability because of the inadequacy of our databases. Detailed and properly collected data is needed in this subject to prevent and rehabilitate disability. In our study, we aimed to contribute to the database of people with disability, which we think is not sufficient in our country, by reviewing handicapped patients who were referred to Turgut Özal Medical Center.

Methods

Of the archive records between 01.01.2015 and 12.29.2015, which were comprised of handicapped people who applied to Health Board for disability report, 2241 were screened retrospectively. Age, sex, month of application, rate of function loss, continuity of disability, type of disability, purpose of use and applied division are recorded. Those who applied for social assistance were called with phone to learn whether or not they were receiving social assistance. SPSS for Windows Version 17.0 was used for statistical analysis in our study.

Results

863 women and 1378 men were included in our study with mean age of 33.18 ± 26.63 years. Mean rate of disability was 67.36 ± 22.53 and 1272 (56.7%) people were severely handicapped. Of all the reports given, 57.6% were continuous reports. Department with the most reports given was child psychiatry (29.7%), which is followed by pediatric neurology (12.9%) and adult neurology (11.2%). The most common type of disability was; mental in 0-18 age group (64.9%), chronic diseases in 19-64 age group (74.2%) and over 65 age group (87.8%).

Conclusions

43.2% of our cases were children and the most common disability in this age group was mental disability. Chronic diseases were observed as the most common

reason of disability in adult age group. The fact that mental disability is that much prominent in children age group shows us, family doctors, that we shouldn't only examine children from a biological standpoint but also from a mental standpoint. As family doctors, we should also inform handicapped people who come to the clinic for examination, about social support given by the state.

Keywords: Disability, Health Board, Reports



KISALTMALAR DİZİNİ

| | |
|---------------|---|
| DSÖ | : Dünya Sağlık Örgütü |
| BM | : Birleşmiş Milletler |
| EHK | : Engelliler Hakkında Kanun |
| EİHMBS | : Engellilerin Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi |
| EYGHM | : Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü |
| PAHO | : Pan Amereikan Sağlık Organizasyonu |
| T.C. | : Türkiye Cumhuriyeti |
| TÜİK | : Türkiye İstatistik Kurumu |
| ICF | : International Classification of Functioning |
| IQ | : Zeka düzeyi |
| SHÇEK | : Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu |

TABLolar DİZİNİ

Tablo No

| | |
|---|----|
| Tablo 2.1. Çeşitli Ülkelerde Yapılmış Sakatlık Sıklığı Çalışmaları | 8 |
| Tablo 2.2. Türkiye’de Özürlülük Oranının Bölgelere ve Yaşlara Göre Dağılımı | 11 |
| Tablo 4.1. Sağlık Kuruluna Başvuru Yapan Olguların Sosyodemografik Özellikleri ... | 31 |
| Tablo 4.2. Olguların Başvuru Yaptıkları Aylara Göre Sınıflandırmaları | 32 |
| Tablo 4.3. Olguların Başvuru Yaptıkları ve Özur Oranı Aldıkları Bölümler | 34 |
| Tablo 4.4. Sağlık Kuruluna Başvuran Olguların Ağır Engellilik Durumunun ve Rapor Sürekliliğinin Değerlendirilmesi | 35 |
| Tablo 4.5. Özur Oranı %40 Altında Olanlar ile %40 ve Üzerinde Olanların Cinsiyet Dağılımlarının Değerlendirilmesi | 36 |
| Tablo 4.6. Özur Oranı %50 ve Üzerinde Olanların Ağır Engelli Olup Olmama Durumlarının Cinsiyetlerine Göre Değerlendirilmesi | 37 |
| Tablo 4.7. Sağlık Kuruluna Başvuru Yapan Özürlü Olguların Özürlülük Türleri | 37 |
| Tablo 4.8. Olguların Yaş Gruplarına Göre Özürlülük Türlerinin Dağılımları | 38 |
| Tablo 4.9. Sağlık Kuruluna Özur Oranı Almak için Müracaat Edenlerin Başvuru Amaçları | 38 |
| Tablo 4.10. Engel Türlerine Göre Başvuru Amaçlarının Değerlendirilmesi | 39 |
| Tablo 4.11. Sağlık Kuruluna Sosyal Yardım Almak İçin Başvuru Yapanların Sosyal Yardım Alıp Almama Durumları | 41 |
| Tablo 4.12. İstihdam için Başvuru Yapan Olguların Cinsiyet Dağılımı, Yaş Ortalamaları ve Özur Oranları | 41 |
| Tablo 4.13. 0-17 Yaş Arasında Olan Olguların Yaş Aralıklarına Göre Dağılımının Değerlendirilmesi | 42 |
| Tablo 4.14. Çocuk Psikiyatrisinden Özur Oranı Alan Olguların Sürekli Engelli Olma Durumları ve Eğitime Başvuru Yüzdeleri | 42 |

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekil No

Tablo 2.1. DSÖ Verilerine Göre Engelliliğin Nedenleri 14



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğuştan veya sonradan herhangi bir sebeple bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşal ve sosyal yeterliliklerini farklı derecelerde kaybetmesi sonucu toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük ihtiyaçlarını karşılama güçlükleri olan koruma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi 'özürlü' olarak tanımlanır (19).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gelişmiş ülkelerde özürlü nüfusun toplam nüfusa oranını %10, gelişmekte olan ülkelerde ise %12 olarak açıklamıştır (77, 78). Türkiye özürllüer araştırmasının 2002 yılı verilerine göre ülkemizde yaklaşık 8,5 milyon (%12,3) özürlü bulunmaktadır (59). Nüfusun, kronik hastalıkların tedavisinde bulunan gelişmeler neticesinde uzayan yaşam süresinin, ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunların artması, çevre koşullarındaki bozukluklar gelecek özürlü insan sayısının daha da artacağını göstermektedir. Bu durum sadece özürllüer ve aileler için değil, toplum içinde de ciddi psikolojik, sosyal, fiziksel ve ekonomik problemler yaratır (77,78).

Özürlü nüfusun yaşam düzeyi ile özürlü nüfusa verilen hizmetin kalitesi, ülkelerin sağlık, eğitim ve ekonomik kalkınma düzeyinde önemli bir yer tutmaktadır. Bu sebepten dolayı özürlü bireylere uygun sosyal destek ve yardım hizmetleri sunulmaktadır (59). Özürllüer bu hizmetlerden yararlanabilmesi için yetkili merkezlerin özürlü sağlık kuruluna başvurması gerekmektedir. Özürlü sağlık kurulu raporu sağlık kurulunca hazırlanan kişilerin özür ve sağlık durumunu, faydalanabileceği sosyal hakları ve çalıştırılmayacağı iş sahalarını belirten belgedir (3). Ülkemizdeki kayıt sistemlerinde eksiklik sonucu özürlü sayısı, türü ve nedenleri konusunda yeterli verimiz mevcut değildir (59).

Özürlülüğün önlenmesi ve rehabilitasyonu için bu konuda uygun toplanmış detaylı verilere ihtiyaç vardır. Topladığımız veriler özürllüer için oluşturulacak ülke politikasını yönlendirmeye katkı sağlayacaktır. Çalışmamız Turgut Özal Tıp merkezi sağlık kuruluna başvuran olguların incelenip ülkemizde yetersiz sayıda bulunan özürllüer ilgili verilere katkı sağlamayı amaçlamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ENGELLİLİĞİN TANIMI

“Engelli” sözcüğü genelde hareket yeteneği sınırlanmış bireyi çağrıştırmaktadır. Fiziksel veya zihinsel nedenlerle bazı hareketleri, duyuları veya işlevleri kısıtlı olan bireylere Engelli denilmektedir. Engellilik konusunda değişik kaynaklarda çoğunlukla da aynı anlama gelecek şekilde farklı kavramlar kullanılmaktadır. Tanımı, farklı açılardan ele alınmış ve birçok yetkili kurum tarafından değişik ifadelerle yapılmıştır (1,2).

2.1.1. Dünya Sağlık Örgütü’nün Tanımına Göre Engellilik

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün 1980 yılında yayınlamış olduğu bildirgesinde engellilikle ilgili temel kavramlar tanımlanmış ve engelliliğin sağlık boyutuna ağırlık veren bir sınıflandırmayla bu konuda üç ayrı kategoride tanımlama geliştirmiştir (3).

2.1.1.1. Yetersizlik

Kişinin fizyolojik, psikolojik, anatomik yapı ya da işlevlerindeki herhangi bir eksiklik ya da anormalliktir. Geçici ya da kalıcı olabilir. Yetersizlik organ düzeyinde olan bir olaydır.

2.1.1.2. Özürlülük

Bu tanım fiziksel ve zihinsel yeti kaybını içermektedir. Sağlığın bozulması sonucu oluşan yetersizlikten kaynaklanan bir yeteneğin, normale oranla azalması veya kaybedilmesi olarak tanımlanır.

2.1.1.3. Engellilik

Yukarıda açıkladığımız yetersizlik veya özürlülük halleri sebebiyle kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel düzeyine göre normal kabul edilen yaşam şartlarını yerine getirememesidir.

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre engellilik bir yetersizlik veya özür nedeniyle yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden beklenen rollerin kısıtlanması veya yerine getirilememesi hali olarak tanımlanmaktadır (4). Başka bir

deyişle, engelli olmak bireyin biyolojik engelının; ailesi, toplumsal çevresi, kurum ve yapılar tarafından anlamlandırılan ve çeşitli pratiklerle biçimlendirilen ve yeniden ortaya çıkarılan bir mesele olarak değerlendirilmektedir (5).

2.1.2. Birleşmiş Milletler Tanımına Göre Engellilik

9 Aralık 1975 tarihli, Birleşmiş Milletler (BM) Sakat Hakları Bildirisi'nde "Normal bir kişinin kişisel ya da sosyal yaşantısında yapması gereken işleri, bedensel veya ruhsal yeteneklerindeki kalıtsal ya da sonradan olma herhangi bir noksanlık sonucu yapamayan" şeklinde tanımlanmaktadır (6).

Birleşmiş milletlerin en yakın tarihli belgesi olan Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme ise "Diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel veya algısal bozukluğu olan kişileri içermektedir" şeklinde tanım yapmaktadır (7).

2.1.3. Ülkemizde Engelli Tanımları

Ülkemizde engelli tanımı kanuni olarak, 2005 yılında yürütmeye giren 5378 numaralı "Özürlüler Ve Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" da, "Doğuştan veya sonradan herhangi bir bedensel, zihinsel, ruhsal, duysal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi sebebiyle sosyal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama zorluğu olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi" şeklinde yapılmakta ve "engelli" ifadesi yerine "özürlü" ifadesi kullanılmaktaydı. 6 Şubat 2014'teki değişikliklerle "özürlü" ifadesi yerine "engelli" ifadesi gelmiş ve tanım Birleşmiş Milletler'in yenilediği tanıma uygun olarak "Fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duysal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireylerle birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen birey" olarak güncellenmiştir (6).

Engellilikle ilgili olarak yukarıda yapılmış olan tüm tanımlar ve kavramsal alanlara bakıldığında engellilikle ilgili olarak iki temel kurumsal yaklaşımın olduğu görülmektedir. Bunlar sosyal kurumsal ve medikal kurumsal yaklaşımlardır.

2.1.4. Sosyal Kuramsal Yaklaşım

Engelliliğin toplumsal olarak yapılandırıldığını ve çeşitli bozuklukları olan insanlara dayatılmış bir olgu olduğunu savunurken aynı zamanda engelli bireyler üzerinde bu biçimde baskı yaratıldığını ileri sürmektedir (8).

2.1.5. Medikal Kuramsal Yaklaşım

Engelliliği biyolojik yapıya bağlı olarak açıklamaktadır. Bu yaklaşımın temelinde ise tüm engellilerin kısıtlı olduğu varsayımı bulunmaktadır, modelin odak noktası özürlülüktür. Bir başka deyişle, insanların fiziksel durumudur (8,9).

Literatürde “özürlülük” ve “engellilik” kavramları birbirinden farklı olarak tanımlanmaktadır. Aslında “özürlü” bireylerin “engelli” olarak nitelendirilmesinin sebebi de mevcut çevre şartlarının onlara engeller oluşturmasıdır. Kaya'nın da belirttiği gibi engellilik çocukluktan kaynaklanmamakta, çevre koşulları engelliliğe neden olmaktadır. Bir anlamda “engelli” olarak isimlendirdiğimiz bireylerin çevrenin mağduru olduğu söylenebilmektedir (10).

“Engelli” kavramı çok daha geniş ve sınırları net olarak belirlenemeyen bir kısmı ifade eder. Yani, fiziksel bozukluğun ortaya çıkardığı zorluklar açısından her özürlü bir engellidir ama her engelli bir özürlü değildir. Dolayısıyla “özürlü” kavramı bizim üzerinde çalışma yaptığımız kesimi anlatmada daha uygun bir kavram olarak görünmektedir (11).

2.2. ÖZÜRLÜLÜK KAVRAMI

Özürlü birey; doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini farklı derecelerde kaybetmesi nedeniyle, normal yaşamın gereklerine uyum sağlayamayan, koruma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyacı olan kişidir (12).

Mevzuata göre özürlü; bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerindeki engelleri sebebiyle çalışma gücünün en az yüzde 40'ından yoksun olup sağlık kurulu raporu ile belgelenen kimselerdir denmektedir. Bu yönetmelik hükümleri incelendiğinde “özürlü” kavramının iki ögesinin bulunduğu görülür. Bunlar;

- a.** Çalışma gücünün en az %40'nın kaybı,
- b.** Bu kaybın bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerindeki engellerden kaynaklanmasıdır (13).

Özürllüer kanunun 3. maddesinde ağır özürllü ve hafif özürllü ayırımına yer verilmiş ardından da bakıma muhtaç özürllü tanımlanmıştır (14,15).

2.2.1. Ağır Özürllü

Özür grubuna göre tüm vücut fonksiyon kaybı oranı % 50'nin üzerinde olduğu tespit edilen özürllüer; beslenme, giyinme, yıkanma ve tuvalet ihtiyacını giderme gibi özbakım becerilerini yerine getirmede, kendi başına hareket etmede veya iletişim kurmada zorluk ya da yoksunluk yaşadığına, becerileri başkalarının yardımı olmaksızın gerçekleştiremeyeceğine tıbbi olarak karar verilen kişi olarak tanımlanmıştır.

2.2.2. Hafif Özürllü

Yönetmelikte tanım olarak yer almamakla birlikte özür durumuna göre tüm vücut fonksiyon kaybına bakılmaksızın, beslenme, giyinme, yıkanma ve tuvalet ihtiyacını giderme gibi özbakım becerilerini yerine getirmede, kendi başına hareket etmede veya iletişim kurmada zorluk ya da yoksunluk yaşamayan ve bu becerileri başkalarının yardımı olmaksızın gerçekleştirebilen kişi olarak tanımlanmaktadır.

2.2.3. Bakıma muhtaç özürllü

Sağlık kurulu raporu ile ağır özürllü olduğu belgelendirilenlerden günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek şekilde düşkün olan kişiye bakıma muhtaç özürllü denir.

2.3. ÖZÜRLÜLÜĞÜN TARİHÇESİ

Tarihsel süreçte, özürllüerinin genel olarak toplum dışına itildikleri, hakir görüldükleri, ayrımcılığa uğradıkları ve olumsuz birtakım davranışlara maruz kaldıkları görülmektedir. Örneğin ilkel toplumlarda, bağımlı ve muhtaç konuma düşen kişi toplum için bir yük sayılırdı. Afrika'nın bazı ilkel topluluklarında, yaşlı ve sakatlar canlı olarak gömülürlermiş. Eski German kabilelerinde ise, babanın sakat doğan veya sakatlanan çocuklarını yok etmesi, normal kabul edilen bir süreçti. Bazı toplumlarda sakatların dilencilikte kullanılması, hayvan gibi değirmen ve su dolaplarına koşulması, kentler dışında kendileri gibi özel gruplarla yaşamaya zorlanması gibi durumlara da rastlanmaktaydı (16).

Tarihsel süreçte gelişen bu ayrıntıların çoğu “Moral Model” kapsamında değerlendirilmektedir. “Moral Modele” göre sakatlık, doğrudan günah ve uğursuzluk sayılırdı. Ana babanın yaptığı bir kötülük veya işlediği günah, çocuğun özürlü doğmasına sebep olmuştur görüşü mevcuttu. Bugün bile anne ve babaların işlediği günah yüzünden özürlü hale geldiklerine inanan insanlar vardır. “Neden ben?” sorusu da bu inancın yansımasıdır (17).

Sonraki tarihlerde Hristiyanlık ve İslamiyet’in etkisiyle, özörlöölere karşı geliştirilen olumsuz tutumun köklü bir değişime uğradığı görölmüştür. Ayrıca uygarlık tarihinin farklı aşamalarında özörlöölülerin gösterdiği başarılar, içinde yaşadıkları toplumun inanç ve tutumlarını değiştirmiştir. Örneğin Birinci Dünya Savaşı sırasında, işçi sayısının az olmasından dolayı, çeşitli işlerde özörlöölülerden yararlanılmaya başlanmıştır. İkinci Dünya Savaşında bu görüş daha da gelişmiş ve hayatın her safhasında özörlöölüler daha etkin bir şekilde rol almaya başlamıştır (16).

Batı literatürüne bakıldığında özörlöölülüğe ilişkin ilk ciddi ve akademik adımların 1970’li yılların sonlarına doğru yapıldığı ve İngiltere’nin bu gelişimlerin öncüsü olduğu görölmektedir. Bu yıllarda özörlöölülük tıbbi açıdan değerlendirilmiş ve tıbbi tanımlamalarla açıklanmış. 1980’li yıllarda İngiltere’de özörlöölülüğün nicel boyutları üzerinde durulmuş. Buna göre 1980’de İngiltere’de yaklaşık 6.5 milyon özörlöölü nüfus olduğu tespit edilmiştir (18).

Ölkemizde bu konuda yapılan en önemli girişim Temmuz 2005’te yürürlüğe giren “Engelliler Hakkında Kanun” (EHK)’dur (19). Bu kanunun temel hedefleri engelliliğin önlenmesi, engeli olan bireylerin sağlık, eğitim, istihdam, bakım, rehabilitasyon ve sosyal güvence alanlarındaki sorunlarının çözölmesi, engellerin kaldırılarak, engeli olan bireylerin sosyal yaşama uyumunun ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarının sağlanmasıdır. Ölkemizin 30 Mart 2007 tarihinde imzaya açılan Engellilerin Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi (EHİBMS)’yi ilk imzalayan ölkeler arasında ve bunu 3 Aralık 2008 tarihindeki kanun ile onaylamıştır (20). Konuyla ilgili odak kurum olan Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (EYHGM) EHİBMS hükümlerinin farklı kesimlerinde anlaması amacıyla bilgilendirme toplantıları düzenlemiş ve uygulama rehberleri hazırlamıştır (21). Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve BM Kalkınma Programı işbirliği ile 2013 yılında başlatılan “Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme’nin Türkiye’de Uygulanması ve İzlenmesinin Desteklenmesi Projesi” EHİBMS hükümlerinin

uygulanmasıyla engelli haklarındaki ilerlemenin ortaya konabilmesine olanak sağlayacak çok önemli bir girişimdir (22). Engellilerin Haklarına İlişkin BM Sözleşmesine Ek İhtiyari Protokolün onaylanması ile (3 Aralık 2014) EHİBMS hükümlerinin ihlal edildiğini bildiren başvuruların kabul edilmesi ve sonuca bağlanması yolu açılmıştır (23).

Ayrıca, 3/5/2013 tarih ve 28636 sayılı Resmi Gazete’de (20.12.2014) yayımlanarak yürürlüğe giren 6462 sayılı Kanunla Genel Müdürlüğün adı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak düzenlenmiştir.

2.4. DÜNYA’DA ÖZÜRLÜLÜĞÜN SIKLIĞI

DSÖ, dünyada özürllük sıklığını % 10 (600 milyon) olarak rapor etmektedir. Özürllülerin %80’i gelir seviyesi düşük ülkelerde bulunmaktadır ve bu bireyler rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanamamaktadır. Savaş yaralanmaları, HIV/AIDS, beslenme yetersizliği, kronik hastalıklar, yaşlılık, kazalar gibi sebeplerle bu özürllü nüfusun giderek artacağı tahmin edilmektedir. DSÖ’ne göre özürllülüğün nedenlerini sırasıyla nöropsikiyatrik bozukluklar, yaralanmalar ve kardiyovasküler hastalıklar olarak bildirmektedir (24).

Özürllülük tüm dünya ülkelerinde toplumsal bir sorundur ve bu ülkelerde özürllülük sayısı giderek artmaktadır. Amerika’da 2000 yılında Pan Amerikan Sağlık Organizasyonu (PAHO) verilerine göre 19 yaş altındaki nüfusta özürllülük oranı % 1.3 olarak tespit edilmiş ve bu özürllülerin %36’sı mental, %21’i psikolojik özürllü olarak belirlenmiştir (25). Arabistan’da ülke genelinde yapılan bir çalışmada ise 16 yaş altı çocuklarda özürllülük oranı %6.33 olarak saptanmıştır (26). 1998 yılında Pakistan’da yapılan nüfus sayımında özürllülük oranı %2.5 olarak belirlenmiş, bu özürllülerin %8.1’i görme, %7.4’ü işitme, %19’u fiziksel, %6.4 mental engelli, %7.6’sı mental özürllü, %8.2’si birden çok özre sahip olup % 43.3’ü diğer grup özre sahip olduğu tespit edilmiştir (27). Yine 1987 yılında Çin’de 369448 aile ve 1579316 birey üzerinden yapılan anket çalışmasında özürllülük prevalansı %4.9 bulunmuştur. Bu özürllülerden %17.9’u görme, %38.8’i işitme ve konuşma, %22.6’sı zeka geriliği, %16.3’ü fiziksel ve %4.4’ü mental bozukluğa sahip olduğu belirlenmiştir (28). Bazı dünya ülkelerinde saptanan özürllülük oranları Tablo 2.1’de belirtilmiştir (29).

Tablo 2.1 Çeşitli Ülkelerde Yapılmış Sakatlık Sıklığı Çalışmaları

| Ülke Adı | Araştırma Yılı | Sakatlık Yüzdesi | Yaş Grubu |
|------------|----------------|------------------|------------|
| A.B.D. | 1975 | 8.5 | 16-64 |
| Mısır | 1976 | 0.8 | Tüm yaşlar |
| Avusturya | 1976 | 20.9 | Tüm yaşlar |
| Polonya | 1978 | 7.1 | Tüm yaşlar |
| Endonezya | 1980 | 1.1. | Tüm yaşlar |
| Filipinler | 1980 | 4.4 | Tüm yaşlar |
| Japonya | 1980 | 2.4 | Tüm yaşlar |
| Kuveyt | 1980 | 0.4 | 18 ve üstü |
| Nepal | 1980 | 3.0 | Tüm yaşlar |
| Panama | 1980 | 0.7 | Tüm yaşlar |
| Trinidad | 1980 | 1.1 | 15 ve üstü |
| A.B.D. | 1980 | 8.5 | Tüm yaşlar |
| Avusturya | 1981 | 13.2 | Tüm yaşlar |
| Bahreyn | 1981 | 1.0 | Tüm yaşlar |
| Etiyopya | 1981 | 0.4 | 0-14 |
| Hong Kong | 1981 | 0.8 | Tüm yaşlar |
| İspanya | 1981 | 5.1 | Tüm yaşlar |
| Peru | 1981 | 0.2 | Tüm yaşlar |
| Sri Lanka | 1981 | 0.4 | Tüm yaşlar |
| Tayland | 1981 | 0.8 | Tüm yaşlar |
| Venezuela | 1981 | 3.8 | 12 ve üstü |
| Macaristan | 1981 | 0.5 | Tüm yaşlar |
| Japonya | 1981 | 5.1 | Tüm yaşlar |
| Kanada | 1983 | 11.2 | Tüm yaşlar |
| Norveç | 1983 | 15.0 | 16-79 |
| Tuvas | 1984 | 0.9 | Tüm yaşlar |
| Uruguay | 1984 | 11.3 | 45 ve üstü |
| İngiltere | 1985-86 | 13.5 | 16 ve üstü |

DSÖ özürliülerin oranını %10 kabul etsede, 2010 dünya nüfus tahminlerine göre bir milyardan fazla insanın veya dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 15'inin bir tür engellilik ile yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu, DSÖ'nün yaklaşık yüzde 10 olduğunu ileri sürdüğü 1970'lere ait önceki tahminlerden daha yüksektir. 15 yaş ve üstünde kişiler arasında engellilik ile yaşamak durumunda olan kişi sayısını Dünya Sağlık Araştırması 785 milyon(%15.6) olarak belirtirken, Küresel Hastalık Yüğü çalışması bu sayıyı yaklaşık 975 milyon (%19.2) olarak tahmin etmektedir (30).

2.5. TÜRKİYEDE ÖZÜRLÜLÜK SIKLIĞI

Türkiye Cumhuriyeti (T.C.) Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve T.C. Başbakanlık Özürsümler İdaresi Başkanlığı'nın 2002 yılında yaptığı Türkiye Özürsümler Araştırması'na göre özürsümlerin Türkiye'de toplam nüfus içerisindeki oranı %12.29'dur. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürsümlerin oranı %2.58 iken, kronik hastalığa bağlı özürsümlü olanların oranı ise %9.70'dir.

Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürsümlü nüfus cinsiyet ayrımında incelendiğinde, erkeklerin oranının daha yüksek olduğu, kronik hastalığa sahip olan nüfusta ise kadınların oranının daha yüksek olduğu gözlenmektedir.

Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürsümlü olanların oranı kırdada daha yüksek iken, kronik hastalığa sahip kişilerin oranı kentte daha yüksektir.

Özürsümlü nüfusun okuryazarlık durumu incelendiğinde, beş yaşın üzerindeki kişilerde okuma yazma bilmeyenlerin oranı ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürsümlülerde %36.33 iken süreğen hastalığı olanlarda %24.81 olduğu görülmektedir. Toplam nüfus için bu oran %12.94'tür. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürsümlülerde okuma yazma bilmeyenlerin oranı kronik hastalığı olanlardan daha yüksektir.

Kronik hastalığa sahip olanlarda yükseköğretim mezunu olanların oranı, ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürsümlü olanların oranının yaklaşık iki katıdır.

Özürsümlü nüfusun medeni durumuna bakıldığında, hiç evlenmemişlerin oranı ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürsümlülerde % 34.4 iken, kronik hastalığı olanlarda %7.43, toplam nüfusta ise %26.28'dir. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürsümlü nüfusta bekar olanların oranı, hem toplam nüfustan hem de kronik hastalığı olanların oranından daha yüksektir. Özürsümlü nüfusun medeni durumu cinsiyete göre incelendiğinde, hem ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürsümlü olanlarda hem de süreğen hastalığı olanlarda evli olan erkeklerin oranının, kadınlardan daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur.

Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürsümlü nüfus içinde iş gücüne katılım oranı %21.71 iken iş gücüne katılımı olmayan özürsümlü nüfus oranı

%78.29'dur. Kronik hastalığı olanlarda ise iş gücüne katılım oranı %22.87 iken, işgücüne dahil olmayanların oranı %77.13'tür. İşgücüne katılım oranı, özürllülerde cinsiyet ayrımında önemli derecede farklılık göstermektedir. Ortopedik işitme, görme dil ve konuşma ile zihinsel özürllü erkeklerde iş gücüne katılım oranı %32.22, kadınlarda %6.71 iken süreğen hastalığı olan erkeklerde işgücüne katılım oranı %46.58, kadınlarda bu oran %7.21'dir.

Cinsiyetler arası farklılaşma süreğen hastalığı olanlarda daha fazla bulunmaktadır. Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürllü olanlarda işsizlik oranı %15.46, süreğen hastalığı olanlarda %10.77'dir. İşsizlik oranı bayanlarda daha yüksektir.

Ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel özürllü olanların %47.55'i, süreğen hastalığı olanların ise %63.67'si sosyal güvenliğe sahiptir. Sosyal güvenliği olan özürllülerin oranı kentte daha yüksektir.

Bu araştırmada, özürllülerin en önemli beklentilerinin maddi yardım (%61.22) olduğu gözlenmiştir. İş bulunmasına yardım edilmesinin en önemli istekleri olduğunu belirten özürllülerin oranı %9.55'dir (31).

Engellilik oranının coğrafi bölgelere göre dağılımı tablo 2.2'de incelendiğinde, ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ile zihinsel engelli oranı %3,22 ile en yüksek Karadeniz Bölgesi'nde görülürken %2.23 ile en düşük Marmara Bölgesi'nde görülmektedir. Kronik hastalığı olanların %10.90'luk oranla en yüksek Marmara Bölgesi'nde olduğu, en düşük görüldüğü bölge ise %7.18 ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi'dir (32).

Tablo 2.2 Türkiye’de Özürlülük Oranının Bölgelere ve Yaşlara Göre Dağılımı

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

2010 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından uygulanan Özürlülerin Sorun ve Beklentileri isimli araştırmaya göre, Ulusal Özürlüler Veri Tabanına kayıtlı olan özürlülerin, %58.6’sı erkek, %41.4’ü kadındır. Yerleşim yerine göre, %62.4’ü kentte, %37.6’sı kırdaki yaşamaktadır. %20-%39 arası özür oranına sahip olanlar %15.2’dir. %40-%69 arası ile %70 ve üstü özür oranına sahip olanlar %42.4’tür. Kayıtlı özürlülerin %4,9’u 0-6 yaş grubu, %16.2’si 7-14 yaş grubu, %17.2’si 15-24 yaş grubu, %27.7’si 25-44 yaş grubu, %18.9’u 45-64 yaş grubu, %15.2’si 65 ve üzeri yaş grubundadır. Belirlenen özürlülerin %29.2’si zihinsel özürlüler, %25.6’sı süreğen hastalığı olan özürlüler, %8.8’i ortopedik özürlüler, %8.4’ü görme özürlüler, %5.9’u işitme özürlüler, %3.9’u ruhsal özürlüler, %0.2’si dil ve konuşma özürlüler ve %18’i birden çok özre sahip olanlardır (33).

2.6. ENGELLİLİĞİN NEDENLERİ

DSÖ özürlülük oranını gelişmiş ülkeler için %10, gelişmekte olan ülkeler için %12 olarak ifade etmektedir. Bu sonuca göre tüm dünyada 500 milyon, Türkiye’de 6-7

milyon arasında özürlü olduğu tahmin edilmektedir. Engellilik nedenleri pek çok başlık altında ele alınabilir. En çok kullanılan sınıflama doğum öncesi, doğum anı ve doğum sonrası oluşmalarına göre yapılan sınıflamadır (34).

2.6.1. Doğum Öncesi Oluşan Nedenler:

- a. Ailede olan kalıtsal hastalıklar,
- b. Akraba evliliği,
- c. Kan uyuşmazlığı,
- d. Gebelik sırasında doktor tavsiyesi dışında ilaç kullanımı,
- e. Annenin yaşının 17'nin altında ve 36 yaşın üzerinde olması,
- f. Gebelik sırasında sigara, alkol ve uyuşturucu kullanılması,
- g. Gebelik sırasında iyonize röntgen ışınlarına maruziyet,
- h. Gebelik sırasında yetersiz ve dengesiz beslenme,
- i. Gebelik sırasında kaza, stres, zehirlenme ve tramvaya maruz kalma,
- j. Gebeliğin sağlık elemanlarınca takip edilmemesi ve gerekli tetkiklerin yaptırılmaması,
- k. Annede hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabetes mellitus gibi kronik hastalıkların bulunması (35)

2.6.2. Doğum Sırası Oluşan Nedenler:

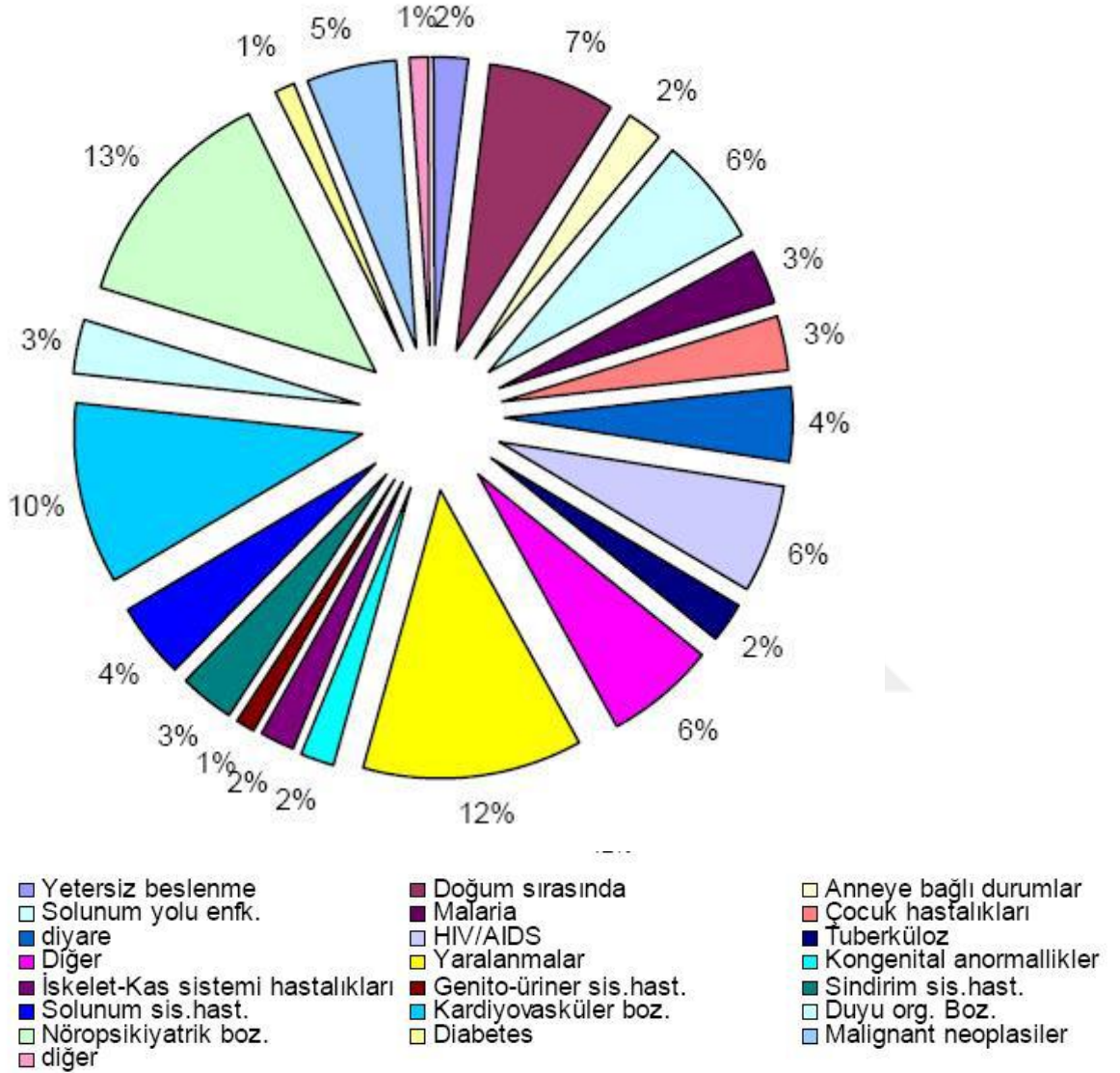
- a. Doğumun, sağlık kuruluşunda ve sağlık elemanlarınca yaptırılmaması
- b. Erken doğum veya zor doğum olması
- c. Düşük doğum ağırlıklı bebek doğması
- d. Doğum esnasında bebeğin travmaya uğraması
- e. Bebeğin oksijensiz kalması
- f. Doğum esnasında anesteziistin tıbbi uygulama hatası (36)

2.6.3. Doğum Sonrası Oluşan Nedenler:

- a.** Yenidoğanın komplikasyona sebep olacak hastalık geçirme öyküsü
- b.** Yeni doğan bebeğin sağlık kontrolünden geçirilmemesi ve gerekli testlerin yapılmaması,
- c.** Aşılarının düzenli olarak yaptırılmaması,
- d.** Yenidoğanın patolojik sarılığı,
- e.** Ev kazaları,
- f.** İş kazaları,
- g.** Trafik kazaları,
- h.** Zehirlenmeler,
- i.** Doğal afetler,
- j.** Terörizm,
- k.** Savaş (35).

DSÖ'nün verilerine göre özürlülüğün nedenleri Şekil 2.1'de belirtilmiştir (37).

Şekil 2.1 DSÖ Verilerine Göre Özürlülüğün Nedenleri



2.7. ÖZÜRLÜLÜĞÜN SINIFLANDIRILMASI

DSÖ özürlülüğün tanımının yanında, özürlülükle ilgili disiplinler arası uygun dilin oluşturulmasını hedefleyen çok amaçlı bir tasnif sistemi olan ICF'yi (International Classification of Functioning: Fonksiyonlara Göre Uluslararası Sınıflama Sistemi) kurmuştur. Bu sistem, DSÖ tarafından sağlıkla ilgilenen uzmanlar, diğer sektörler ve özürlü bireyler arasında iletişimi artıracak standart dilin oluşturulmasını, ülkelerdeki

sağlık sistemini ve bu konuda verilen hizmetlerin değerlendirmesini sağlamak ve veri bankası için sistematik bir kodlama oluşturmak için geliştirilmiştir. Fonksiyonlara Göre Uluslararası Sınıflama Sistemi; özürllülüğün sınıflandırılmasında bireyin bedensel, zihinsel, ruhsal, işitsel ve duyuşsal becerilerinin azalması veya kaybedilmesi; kişinin aktivitelerinin ve katılımının sınırlanması; keza kişisel ve çevresel faktörleri de kapsayan geniş bir değerlendirme sistemidir. Bu sistem, insanın fonksiyon ve yetersizliklerini her türlü açıdan değerlendirirken insanların sağlık şartlarından bağımsız olan sosyoekonomik düzey, cinsiyet, din, ırk gibi özellikleri sebebiyle meydana gelen kısıtlamaları değerlendirmez. ICF, sağlık problemlerini hem kişisel hem de sosyal açıdan değerlendirdiği gibi evrensel uygulama olanağı sunmakta ve sadece özürllü bireyler için değıl, tüm bireyler için de kullanılabilir (38).

Başkanlığımızın önderliğinde ICF kodlama sisteminin bulunduğı kitap Türkçe'ye çevrilmiş ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından onaylanarak baskısı ve dağıtımı yapılmıştır. DSÖ'nün de tastiğıyle kendi diline çeviren 5 inci ülke Türkiye olmuştur. Stratejik planda engel türlerinin sınıflandırılmasına ilişkin farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve Başbakanlık Özürllüler İdaresi Başkanlığı tarafından 2002 yılında yapılan Türkiye Özürllüler Araştırmasında engellilik altı ana grup altında incelenmektedir (2).

- a. Ortopedik Özürllü
- b. Görme Özürllü
- c. İşitme Özürllü
- d. Dil ve Konuşma Özürllü
- e. Zihinsel Özürllü
- f. Kronik Hastalık

2.7.1. Ortopedik özürllüler

Literatürde fiziksel engellilik ile ilgili olarak benzer ifadelerin olduğı görülmektedir. Yapılan tanımlarda birtakım genetik sorunlar, kazalar, doğuştan veya hastalık sonucunda iskelet, kas ve sinir sisteminde istenmeyen durumların meydana gelmesi ve buna bağılı olarak vücuttaki kas, iskelet ve eklemlerin görevini yerine getirememesi üzerinde durulmaktadır (39,40,41).

Ortopedik özürlülük, fiziksel durumundaki yetersizlikler nedeniyle bireyin çalışabilmesini, ihtiyaçlarını karşılayabilmesini ve sosyal hayata katılmasına engel olan bir özürlülük türüdür. Ortopedik özürlülüğe örnek olarak kol, ayak, bacak, parmak ve omurgalarında kısalık, eksiklik, fazlalık, yokluk, hareket kısıtlılığı, şekil bozukluğu, kas güçsüzlüğü, kemik hastalığı olanlar, felçliler, serebral palsi, spastikler ve spina bifida sayılabilir (42).

Bununla ilgili ilk resmi tanım 1962 yılında Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Yönetmeliğinde yer almaktadır. Yönetmelikte ortopedik özürlülüğün tanımı “kemik ve mafsalların şekil ve yapısında özür bulunan, kas gücü gelişimi ve koordinasyonunda inhiraflar gösteren kimseler” olarak yapılmaktadır. Başka bir tanımda doğuştan veya herhangi bir hastalık ya da kaza sonucu, iskelet, kas ve sinir sisteminde patoloji meydana gelmesi ve bunun sonucunda normal yaşam ve aktivitelerini yerine getiremeyecek derecede fiziksel yetersizliğe sahip olan kişilere “ortopedik özürlü” denilmektedir (39).

Ortopedik özürlü bireyler kendi içinde “yürüeyebilen özürlüler” ve “tekerlekli sandalyeye bağı özürlüler” şeklinde iki gruba ayrılmıştır. Yürüeyebilen özürlüler kendi içerisinde yardıma ihtiyaç duymadan yürüeyebilenler, herhangi bir dayanak veya bastonla yürüeyebilenler ve koltuk değıneğıyle yürüeyebilenlere ayrılmıştır. Tekerlekli sandalyeye bağı özürlüler grubunda ise; tekerlekli sandalyeye bağımlı olan fakat yürüeyebilenler, vücudun üst bölümünü tümüyle kullanabilenler ve vücudunun hiçbir bölümünü kullanamayan özürlüler yer almaktadır (43).

2.7.2. Görme Özürlüler

Görme engellilik gözü oluşturan sinir, doku ve kaslardan herhangi birinde meydana gelen hastalık sonucu oluşan engel türü olarak ifade edilmiştir (16). Başka bir tanımda ise, tek veya iki gözünde tam veya kısmı bir görme kaybı veya bozukluğu olanlar görme engelli olarak tanımlanmaktadır (40).

Görme gücünün kısmen veya tamamen yetersizliğine bağı olarak, bireyin eğitim durumunun ve sosyal uyumunun olumsuz yönde etkilenmesi durumudur (44).

Görme özürlüler, körler ve az görenler olarak iki gruba ayrılır.

2.7.2.1. Kör

İşitme ve dokunma yoluyla edindikleri bilgilere bağımlı olarak yaşayan, tüm tedavilere rağmen iki gözüyle görmesi 1/10'dan ve görüş açısı 20° den az olan, günlük yaşamında görme gücünden yararlanmaya olanağı olmayan kişiler ise “kör” olarak tanımlanmaktadır (45).

2.7.2.2. Az Gören

Bütün tedavilerden sonra, görme keskinliği 20/70 ile 20/200 arasında olan kişilere denilmektedir. Diğer bir deyişle, normal görme fonksiyonuna sahip bir kişinin 200 ayaklık uzaklıktan görebildiği bir şeyi, tedavilerden sonra ancak 70 ayakla 20 ayak arasındaki bir uzaklıktan görebilmesidir (44). Yasal tanıma göre toplumun yüzde 0.15-0.56 sının görme yetersizliği olduğu tahmin edilmektedir (46).

2.7.3. İşitme Özürlüler

İşitme kaybı, doğuştan veya sonradan ortaya çıkan sebepler sonucunda işitme duyarlılığında meydana gelen azalmadır. İşitme engeli ise işitme duyarlılığındaki azalmanın bireyde meydana getirdiği yetersizlikler durumudur (47).

İşitme engelliler “sağır” ve “ağır işiten” kişiler olarak iki gruba ayrılır.

2.7.3.1. Sağır Kişiler

Görsel bilgiler veren her şeye bağımlıdırlar. İşitme kayıpları bütün tedavilere rağmen 70 db'den daha fazla olan, günlük yaşam ve aktivitelerinde işitme gücünden yararlanamayacak şekilde özel eğitime ihtiyaç duyanlara “sağır” denir (48).

2.7.3.2. Ağır İşiten Kişiler

Günlük yaşam ve aktivitelerinde; işitme cihazları, görsel bilgiler veren cihazlar ve ortak dinleme donanımları gibi gerekli araçlara bağlı olarak yaşayan kişilerdir (49).

Bu engel türünün derecesi ne olursa olsun bireyin iletişim becerilerini kısıtladığı ve bu yüzden bireyin toplumsal uyumunda etkili olduğu ifade edilmektedir (50). İletişim ve sosyal uyumu arttırmak için sağır ya da az duyan, konuşamayan ya da

konuşmada güçlük çeken bireylerin hayat şartlarının iyileştirilmesi ve onlara uygun eğitim ortamlarının verilmesi gerekmektedir. Literatürde, özellikle çocuk yaşlardan itibaren uygun koşullar sağlandığında ve bireye uygun eğitimler verildiğinde engel durumunda gelişmeler görüldüğü belirtilmektedir (51). Bunu destekler şekilde Yavuz ve arkadaşlarının özellikle işitme cihazı ile eğitime başlama yaşının erken olması bireyin sosyal uyumunu olumlu şekilde etkilediğini belirtmişlerdir (50).

2.7.4. Dil ve Konuşma Özürlü

Konuşmanın akışını bozan ve niteliğini etkileyen her türlü normal dışı aksaklık ve ses bozukluğu olan kişiye konuşma özürlü denir. Konuşamayanlar, gırtlaklı alınanlar, konuşmak için alet kullananlar, kekemeler, afazi, dil-dudak, damak, çene yapısında anormallik olanlar bu gruba girmektedir (42).

2.7.5. Zihinsel Özürlü

Literatürde zihinsel engellilik ile ilgili yapılan tanımlarda “zihinsel özür, zihinsel yetersizlik, zeka geriliği” gibi birçok tanımın kullanıldığı görülmektedir. İsimlendirmedeki bu farklılık konunun pek çok disiplin tarafından ele alındığı için kaynaklanmaktadır (52).

Zihinsel özürlülük “doğum öncesi, doğum esnasında veya sonrasında gelişen çeşitli sebeplerle zihinsel gelişim ve fonksiyonlarında oluşan sürekli yaşlanma, duraklama ve gerileme gösteren ve buna bağlı olarak etkili uyumsal davranışlarda gerilik ve yetersizlik gösteren süregelen bir durum” olarak tanımlanmaktadır (45).

Zeka; zihnin bir çok yeteneğinin beraber çalışması sonucu ortaya çıkan karmaşık bir süreçtir. Zihin ise öğrenme, öğrenilenden faydalanabilme, ortama uyabilme ve yeni çözüm yolları bulabilme yeteneğidir (53). Zihinsel özürlü birey akıl, şuur, mantık, idrak, tefekkür gibi becerileri tam gelişmediği, akıllıca düşünemeyen, ortalamanın altında entelektüel fonksiyona sahip ve anormal davranışlar gösteren bakıma muhtaç olan kişidir (54). Zihinsel özürlüler zeka düzeyine (IQ) göre şu şekilde sınıflandırılmaktadır;

2.7.5.1 IQ Düzeyi Verilen Ad

- a. 0-25 arası Ağır Zihinsel Özürlü
- b. 25-35 arası Şiddetli Zihinsel Özürlü
- c. 36-51 arası Orta Derecede Zihinsel Özürlü
- d. 52-67 arası Hafif Derecede Zihinsel Özürlü
- e. 67-70 arası Zihinsel Özürlü
- f. 70-79 arası Sınırdaki
- g. 110 ve Daha Yüksek Özel Üstün Yetenekli
- h. 130 ve Daha Yüksek Üstün Zekalı

2.7.6. Kronik Hastalık

Sürekli bakım ve tedavi gerektiren, kişinin çalışma kapasitesi ve hayat fonksiyonlarının engellenmesine sebep olan hastalıklardır. Bu grupta kan hastalıkları, kalp damar hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, sindirim sistemi hastalıkları, bazı enfeksiyon hastalıkları, cilt ve deri hastalıkları, kanserler, endokrin ve metabolik hastalıklar, sinir sistemi hastalıkları yer almaktadır (42).

2.8. ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULU RAPORU VE GEÇERLİLİK SÜRESİ

Özürlü sağlık kurulu raporu; genel sağlık raporuna kıyasla daha detaylı olarak hazırlanan ve engellinin kronik durumu hakkında uluslararası iş yapamaz yüzdesi içerecek şekilde belirlenmiş oranları gösteren belgedir (55). Bu belge içinde, özürlü bireylerin yararlanabilecekleri sosyal haklar ve çalıştırılmayacağı iş alanları yer alır. Engelli raporu yetkilendirilmiş hastanelerde oluşturulan özürlü sağlık kurulu tarafınca verilir. Bireyin yararlanacağı tüm haklar aynı raporun arka sayfasındaki bölüme yazılır. Her hak için ayrı bir rapor alınmaz. Özürlünün aldığı raporun her hak için ayrı bir fotokopisi verilir ve imzalanır. Engelli bireyin engel durumuna göre sürekli veya süreksiz verilebilir. Süreli raporların süresi dolmadan yenisi verilmez. Özürlü birey, gerektiğinde verilen rapora itiraz edebilir. İtiraz için İl Sağlık Müdürlüğü'ne dilekçeyle başvurmak gerekir.

Sağlık kurulu ülkemizde birçok kişi sosyal ve eğitsel haklarından yararlanabilmek için hastanelerdeki “özürlü sağlık kurullarına” başvurumaktadırlar. Özürlü sağlık kurulu raporlarını vermeye yetkili sağlık kurumları ve hakem hastaneler Sağlık Bakanlığınca belirlenir. Bu hastanelerin internet sitesi üzerinden ismi yayınlanır. Yetkilendirilmeyen sağlık kurumları ve gerekli biçimde özürlü sağlık kurulu teşekkül ettirilmemiş sağlık kurumlarının düzenlemiş olduğu sağlık kurulu raporları 2022 sayılı Kanun uygulamasında bağlanabilmesi için gerekli olan sağlık kurulu raporunun görevli sağlık kurumlarında usulüne uygun teşekkül ettirilmiş sağlık kurulları tarafından düzenlenmiş olması gerekmektedir (56).

Özürlü sağlık kurulu raporlarının yönetmelik ekinde yer alan Özürlü Sağlık Kurulu Raporu Formuna uygun olarak düzenlenmesi zorunluluğu bulunmaktadır. Kişinin özür oranı, özürlü sağlık kurulunca yine ilgili yönetmelik ekinde bulunan Özür Oranları Cetvel’indeki özür oranlarına göre yüzde (%) olarak belirlenerek özürlü sağlık kurulu raporunun ilgili bölümünde rakam ve yazı ile açıkça belirtilir. Yönetmelikte yer alan cetvelde adı geçmeyen hastalık ve özürler ile bunlara ait özür oranları, fonksiyon kayıplarına göre engelli sağlık kurulunca ayrı bir şekilde değerlendirilerek tespit edilir. Özürlülük sağlık kurulu, kararlarını oy çokluğuyla alır. Yapılacak oylamada, oyların eşit çıkması halinde, kurul başkanının kullandığı oy yönünde karar alınır (57).

Özürlülükle ilgili çıkan son yönetmeliğe göre, özürlü sağlık kurulu; iç hastalıkları, göz hastalıkları, kulak-burun-boğaz, genel cerrahi veya ortopedi, nöroloji veya ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından oluşur. Özürlü sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kurumunda, fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimi bulunuyorsa, özürlü sağlık kurulunda yer alması zorunludur. Değerlendirilecek özür, birinci fıkrada sayılan uzmanlık dallarının dışında ise ilgili dal uzmanının da kurulda bulunması gereklidir. Kurulda bulunan hekimler birbirlerinin yerine karar verme yetkisine sahip değildir. Sadece bir organ ya da sistemi ilgilendiren özrü bulunanlar için özürlü sağlık kurulu, o özrü ile ilgili branştan üç uzman ile oluşturulabilir. Bu kurulun başkanlığını ilgili şef ya da anabilim dalı başkanı yürütür (58). Özür oranı, özürlü sağlık kurulunca bu yönetmeliğin ekinde yer alan Özür Oranları Cetvelinde yer alan özür oranlarına göre yüzde (%) olarak belirlenir (58).

2.9. ÖZÜR ORANI

Özür oranı, engelliler için sosyal hak kazanma durumlarında önemli bir yer tutmaktadır. Ülkemizde resmi olarak engelli sayılmak için tam donanımlı devlet hastanesinden en az %40 oranında engel oranı almak gerekmektedir. Özel eğitim alma gibi bazı farklı durumlarda ise bu oran %20'ye düşmektedir.

Özür oranına göre yapılan yorumlarda da birçok farklı sayısal değerler bulunmaktadır. Bazı kaynaklarda %50'nin altı hafif, %50'nin üstü ağır engelli olarak kullanılmakta, birçok yönetmelikte ise %40-%60 arası hafif engelli, %60-%80 arası orta derece engelli, %80'den yüksek ise ağır engelli tabirleri kullanılmaktadır (6).

2.10. ÖZÜRLÜ BİREYLERE TANINAN HAKLAR VE SUNULAN HİZMETLER

2.10.1. İş Ve İstihdam

Özürlü bireylerin devlet memuru olarak istihdamları Devlet Personel Başkanlığı koordinasyonuna bağlı kamu kurum ve kuruluşları tarafından yapılmaktadır. Özürlülerin işçi olarak istihdamları ise Türkiye İş Kurumu tarafından yapılmaktadır. Özürlü kadrosuna devlet memuru olarak atanmak için yapılacak sınavlara girmek gerekmektedir. Her kamu kurumunun sınavı kendisi için özeldir. Devlet memurluğuna ilişkin sınav duyuruları Devlet Personel Başkanlığınca yapılmakta olup Resmi Gazete ve ilgili kurumun web sitesinde yayımlanmaktadır (59,60).

Okuryazar, ilköğretim mezunu ve zihinsel veya ruhsal özürlü olanlar kamu kurum ve kuruluşlarında işçi olmak için sınava alınmazlar. Bu kapsamda bulunan kişiler talep koşullarına ve duruma uygun başvuru yaptılar ise, noter huzurunda kura çekimine tabi tutulurlar (61). Kamu kurum ve kuruluşlarında işçi olarak işe girebilmek için, "Kamu Kurum ve Kuruluşlarında İşçi Olarak İstihdam Edilecek Özürlüler Hakkında Uygulanacak Sınav Yönetmeliği" kapsamında düzenlenen merkezî sınava girmek gerekmektedir (62,63).

İşverenin işyerinde özürlü işçileri yasal bir zorunluluk bulunmaksızın, kendi istekleri ile işe almaları ülkemizde ender görülen bir durumdur. Bu sebeple sosyal politikaların konuya ilişkin hedefini gösteren “özürlüyü çalışma yaşamının içine alarak koruma” ilkesinin gerçekleştirilmesinde sağlık ve eğitim politikalarının yanı sıra çalışma hukuku da önemli bir yer tutmaktadır ve özürülülerin istihdamı devletin yasal müdahaleleri ile gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Gelişmiş ülkelerin bu doğrultuda kullandıkları yöntemler şunlardır.

2.10.1.1. Kota Yöntemi

Yasalarla belirtilen miktarda istihdam kapasitesi bulunan işverenlere, yine yasalarla saptanılan oranlarda özürlü çalıştırma yükümlülüğünün getirilmesi yöntemidir (64).

2.10.1.2. Tahsis Yöntemi

Değişik özür gruplarının farklılıkları göz önünde bulundurularak, bahçıvanlık, santral operatörlüğü gibi bazı iş ve mesleklerde kısmen veya tamamen özürülülerin çalışmasını isteyen yöntemdir. Farklı bir ifadeyle özürlü olmayan kişilerin çalışmasının yasaklanmasını öngören istihdam yöntemidir (64).

2.10.1.3. Sınırlı Tahsis Yöntemi

Bazı iş ve mesleklerin tümüyle olmasa bile, yasalarla belirlenen işyerleri, çalışma kolu veya mevkiler için özürülülere ayrılması yöntemidir.

2.10.1.4. İşe Girmede Öncelik Tanınması Yöntemi

İşyerinde çalışırken özürlü hale gelenlerin düzelmesi halinde diğer isteklilere istinaden öncelikle işe alınmalarını öngören yöntemdir (65).

Bu yöntemler dışında özellikle bir işyerinde çalıştırılması güç özürlü kişiler için “korumalı işyeri” ve “evde çalıştırma” gibi sistemlerde Fransa ve Almanya gibi gelişmiş ülkelerde başarıyla uygulanmaktadır.

2.10.2. Eğitim

Özürli bireyler temel eğitim ilkelerine göre genel eğitim, özel eğitim ve mesleki eğitim görme haklarını kullanabilmektedirler. 5378 sayılı Özürlüler Kanunu'nun 15. Maddesinde "Hiçbir gerekçeyle özürlülerin eğitim alması engellenemez. Özürlü çocuklara, gençlere ve yetişkinlere, özel durumları ve farklılıkları dikkate alınarak, bütünleştirilmiş ortamlarda ve özürli olmayanlarla eşit eğitim imkanı sağlanır." ibaresi yer almaktadır (19).

Ülkemizde özürlülerin eğitimiyle görevli olan kurum Milli Eğitim Bakanlığı'dır. Özürlülerin eğitim hizmetleri iki şekilde karşılanmaktadır. Birincisi örgün eğitim içerisinde verilen kaynaştırma eğitimi, ikincisi ise özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde ya da Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı özel eğitim okullarında verilen özel eğitimidir. Her iki eğitim şeklinde de başvurular eğitim alacak kişinin en az %20 özürli olduğunu gösteren sağlık kurulu raporu ile birlikte öğrencilerin aileleri tarafından bireysel olarak il milli eğitim müdürlüklerine yapılmaktadır. Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde eğitim alan kişilerin eğitim ücretleri Milli Eğitim Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır. Ödeme bireysel eğitim için 6 seans, grup eğitimi için ise 4 seans olarak yapılmaktadır. Bunun üzerinde eğitim alan öğrencilerin ücretleri ilgili tarafından karşılanmaktadır. Tüm eğitim kurumlarının denetimini bakanlık müfettişleri yapmaktadır (66,67).

2.10.3. Rehabilitasyon

5378 sayılı Özürlüler Kanunu rehabilitasyonun tanımını şu şekilde yapmaktadır: "Doğuştan veya sonradan herhangi bir sebeple meydana gelen özürlü ortadan kaldırmak veya özürlülüğün etkilerini en az düzeye indirmek, özürlüye yeniden fiziksel, zihinsel, psikolojik, ruhsal, sosyal, mesleki ve ekonomik yararlılık alanlarında başarabileceği en üst düzeyde yetenekler kazandırarak; evinde, işinde ve sosyal yaşamında kendine ve topluma yeterli olabilmesi ve özürlünün toplum ile bütünleşmesi, ayrımcılığa karşı tüm tedbirlerin alınması amacıyla verilen koruyucu, tıbbî, mesleki, eğitsel, rekreasyonel ve psiko-sosyal hizmetler bütünüdür."

Yukarıdaki tanımdan da anlaşılacağı gibi rehabilitasyon hizmeti çok yönü olan bir faaliyettir. Bu faaliyetin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için doktor, psikolojik danışman/psikolog, fizyoterapist, çocuk gelişimci, özel eğitim öğretmeni, sosyal hizmet uzmanı, hemşire gibi alanında uzmanlaşmış bireylerin birlikte çalışması zorunludur (68).

Rehabilitasyon hizmetlerini genel itibariyle üç gruba ayırmak mümkündür.

2.10.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Fiziksel anlamda kısıtlı yetenekleri farklı yöntemlerle mümkün olabilecek en üst düzeye çıkarmaya yönelik uzmanlık gerektiren faaliyetlerin tümüne denir (68).

Özrü ortadan kaldırmak ya da minimum düzeye indirmek, hastalığın değerlendirilmesi, tanısı, tedavisi, cihazlama (protez vb.), izleme, rehabilitasyon ve kontrol aşamalarından oluşmaktadır. Kişinin fonksiyonel ve psikolojik yeteneklerini geliştirmeyi amaç edinmiştir. Özürlünün aktif olarak hayata girmesini sağlamaktadır (69).

2.10.3.2. Psiko-Sosyal Rehabilitasyon

Bu rehabilitasyon türü özürlü bireyler kadar onların ailelerine de katkı sağlamayı amaçlamıştır. Günümüz koşullarında özürlü olmayan insanların bile sıkça ihtiyaç duyduğu psikolojik destek özürlüler ve bu durumdan etkilenen aileleri için çok önemli faaliyetlerdir (68).

Rehabilitasyon sürecine engel olacak ekonomik ve sosyal sorunları ortadan kaldırarak kişinin aile, toplum ve iş hayatına uyumunun arttırılması gerekmektedir. Bu sebeple kişi ve ailesinin profesyonel bir yardım alması gerekmektedir. Hastalığı sebebiyle uyum sağladığı çevreden soyutlanan kişinin rehabilitasyon aldığı dönemde veya sonunda fiziksel ve psikolojik olarak değişik bir görünüm kazanarak aynı çevreye dönmesi ya da yeni bir çevreye girmesi, çoğu kez kişide bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu sorunlar özürlünün ilişkilerini ve sosyal uyumunu

etkileyebilmektedir. Sosyal rehabilitasyon yeni bir uyum sürecinin ve bağımsızlığı kazanmanın profesyonel bir yardımla yapıldığı bir hizmetler bütünüdür (70).

2.10.3.3. Mesleki Rehabilitasyon

Engellilerin becerilerine göre mesleğini seçme ve bu alanda eğitim alma hakkı kısıtlanamaz. Özürlülerin yetenekleri göz önüne alınarak yapabilecekleri bir işte eğitilmesi, meslek kazandırılması, üretken olabilmeleri, ekonomik ve sosyal refahın sağlanması amacıyla mesleki rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmasının sağlanması esastır (71).

2.10.4. Sosyal Güvenlik Hakkı

Sosyal güvenlik; fertlerin hedeflerini gerçekleştirebilmeleri ve kendilerini geliştirebilmeleri için sahip oldukları fiziki ve insani kaynaklarını amaçlarına yönelik olarak sistematik ve birbirini tamamlayan şekilde yararlanmalarını sağlayan sistemleri kapsar. T.C. Anayasa'sı, bu sistemin önemini ve yararını vurgulamak için; sosyal güvenliği, herkes için hak ve devlet için görev olarak tanımlamıştır (72). T.C. Anayasa'sı, sosyal güvenliği güvence altına almıştır. Türkiye'de özürlülerin sosyal güvenliği sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası içerisinde yer almaktadır. İlgili kanun; sosyal sigorta kurumları kapsamında kamu ve özel sektörde çalışan işçiler, ücret karşılığı çalışan memurlar, hizmetliler, esnaf ve sanatkarlar, bağımsız çalışanlar, diğer personeller, ayrıca belirlenen usul ve şartlara uygun olarak iş kazaları, meslek hastalıkları, hastalık, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm hallerinde sigortalının veya iştirakçinin kendisine, eş, çocuk, ana ve babasına aylık bağlanması, gelir ödenmesi ve sağlık (muayene, teşhis, tedavi, ilaç vb.) yardımı yapılması gibi maddeleri içermektedir (73). Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemi, bu kanunlara göre uygulanmaktadır.

Özürlü bireylere aylık bağlanması 5378 sayılı Özürlüler Kanunu'nun Ek 1. maddesinde getirilen değişiklik ile 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun'unda düzenlenmiştir (19).

2.10.4.1. Bakıma Muhtaç Özürlü Aylığı

18 yaşını doldurmuş ve başkasının yardımı olmadan hayatını sürdüremeyecek şekilde özürlü olduğunu sağlık kurulu raporu ile kanıtlayan ancak kanunen bakmakla yükümlü kimsesi bulunmayan özürlü birey eğer her türlü gelirleri toplamının aylık ortalaması kanunla belirlenen miktardan daha az ise yani bu kanuna göre ekonomik sıkıntı içindeyse kendisine kanunla belirlenen aylık tutarın üç katı kadar aylık bağlanır.

2.10.4.2. Özürlü Aylığı

65 yaşından küçük, 18 yaşından büyük olup, tüm vücut fonksiyon kaybı oranı %40 ile %69 arasında olan, kanunen bakmakla mükellef kimsesi olmayan ve çalışmayan özürlü birey eğer her türlü gelir toplamının aylık ortalaması kanunla belirlenen miktardan az ise yani bu kanuna göre ekonomik sıkıntı içindeyse kendisine kanunla belirlenen aylık tutarın iki katı kadar aylık bağlanır.

2.10.4.3. Özürlü Yakını Aylığı

Her türlü gelirleri toplamının aylık ortalaması kanunla belirlenen miktardan az olduğu halde yani bu kanun açısından ekonomik sıkıntı içinde olduğu halde, kanunen bakmakla yükümlü olduğu 18 yaşını tamamlamamış özürlü yakını bulunanlara, bakımını bizzat yapmak şartıyla kanunla belirlenen aylık tutarın iki katı kadar aylık bağlanır.

2.10.5. Erişebilirlik/Ulaşılabilirlik

Erişebilirlik, her türlü hizmete, bilişim ve iletişim teknolojilerine kadar, özürlülerin her alanda erişim olanaklarına kavuşturulmasıdır (19).

Özürlü insanların kentsel yaşama katılmak için duyduğu ihtiyaçlar, özürlü olmayanlarla farklı olmakla beraber benzerdir. Özürlü olarak tanımlanan insanları, toplumun ayrı bir kesimi olarak değerlendirmek yerine bütünleşmiş bir parçası olarak kabul etmek ve yaşanılan mekânda da buna olanak sağlayabilmek amacıyla fiziksel çevreye ulaşılabilirliğini sağlamak gerekmektedir (1).

2.10.6. Bakım Hizmetleri

Ülkemizde özörlölere sunulan bakım hizmetleri 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu (SHÇEK) ve Bakıma Muhtaç Özürlölerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine İlişkin Yönetmelik kapsamında ele alınmıştır. Yasal düzenlemeye göre özörlölerin bakımı ailesinin yanında (evde bakım) ve kurumda bakım olmak üzere iki şekilde sağlanmaktadır.

2.10.6.1. Kurum Bakımı

SHÇEK ile özel bakım merkezleri tarafından gündüzlü ve yatılı olmak üzere iki şekilde hizmet vermektedir. Yatılı ya da gündüzlü bakım hizmeti sosyal yaşama uyum sağlama ve günlük ihtiyaçlarını karşılayamayan özörlölere verilmektedir. Gündüz hizmeti veren aile danışma ve rehabilitasyon merkezlerinde ise; bireysel ve grup çalışmasını da kapsayan rehabilitasyon hizmetleri ile bakım hizmeti birleştirilerek verilir. Ayrıca aile içi uyumu sağlamak amacıyla özörlölere ve ailelerine yönelik danışmanlık hizmetleri de sunulmaktadır. Kurumda bakım hizmeti almak için SHÇEK il ya da ilçe müdürlükleri ile özel bakım merkezi kurum müdürlüklerine dilekçe ile başvurmak gereklidir.

2.10.6.2. Evde Bakım

Kısaca bireylerin bakım ihtiyaçlarının ev ortamında karşılanmasıdır (74). Evde bakım hizmetleri; hekim, hemşire, psikolog, diyetisyen, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, ev ekonomisti ve bakım destek elemanı gibi çeşitli uzmanlık alanlarının işbirliği ve eşgüdümü ile sürekli, kapsamlı ve organize bir biçimde sunulan koruyucu ve tedavi edici hizmetler bütünüdür (75).

Ülkemizde özörlölerin evde bakımına öncelik verilmektedir. Bakımı ailesi ya da akrabaları tarafından sağlanan özörlöler için bakım ücreti (SHÇEK tarafından) ödenmektedir.

2.10.7. Sağlık Hizmetleri

Sağlık Bakanlığı Mevzuatı'nın nihai ve stratejik gibi çeşitli amaçları vardır. Sağlık Bakanlığı Mevzuatı, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ışığında geliştirilmiştir. Sağlık Bakanlığı Mevzuatı toplumun sağlık düzeyini korumak ve geliştirmek, sağlığa yönelik risklerden uzaklaştırmak, insan merkezli yaklaşımı ile ihtiyaçlara ve beklentilere eşit hizmet vermek, özel ihtiyacı olan kişilere öncelik vermek amacıyla düzenlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı, fiziksel, sosyal ve ekonomik koşulları sebebiyle engelli durumunda olan yaşlı, engelli, hasta, aile içi şiddete maruz kalmış kişiler, sokak çocukları ve savaş mağdurları gibi farklı sağlık ihtiyacı olan kişilere, uzman ekipler ve gerekli araç ve gereçlerle düzenli olarak sağlık hizmetleri vermektedir. Sağlık Bakanlığı maddi karşılığı olmayan, insanlar için mecburi olan sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek için gerekli idari ve fiziki birimler oluşturmuştur.

Engelli Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin 2010/79 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesi olarak yayınlanmıştır. Ayrıca;

- a.** Engellilik ölçütünün belirlenmesi sınıflandırılması,
- b.** Verilecek sağlık kurulu raporlarının düzenlenmesi,
- c.** Sağlık raporunun süresinin belirtilmesi,
- d.** Engellilerin belli zaman aralıklarında özürü durumlarının belirlenmesi
- e.** Engellilerin kullanacakları araç, gereç, ortez, protez temininin bu raporlarla düzenlemeleri
- g.** Sağlık kurumlarının iç ve dış mekânların mimari ve çevresel düzenlemeler gibi konular ise Sağlık Bakanlığı engelli mevzuatında yer almaktadır (76).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamıza İnönü Üniversitesi Etik kurulundan ve İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu'ndan 28.06.2016 tarihinde 2016/9-5 sayılı kararı ile izin alınarak başlandı (EK 1).

3.1. Araştırmanın tipi:

Retrospektif tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı.

3.2. Araştırmanın evreni:

Araştırmanın evrenini 01.01.2015-29.12.2015 tarihleri arasında Turgut Özal Tıp Merkezi Sağlık Kurulu'na kişisel olarak engelli raporu almak için başvuran olguların raporları oluşturmaktadır.

3.3. Çalışmaya alınan olguların seçimi ve dışlanma kriterleri:

Sağlık Kurulu'na özürlü rapor düzenlenmesi amacıyla başvuran hastalara ait arşiv kayıtlarından 01.01.2015-29.12.2015 tarihleri arasında düzenlenmiş 2241 rapor geriye dönük olarak tarandı ve kişisel başvuru yapanlar olgular alındı. Kurum başvurusu yapanlar çalışma dışı bırakıldı.

Olgulara ait yaş, cinsiyet, başvurdukları ay, tüm vücut fonksiyon kaybı oranları, ağır özürlü ve özürlülüklerinin sürekli olup olmadığı, engel grupları, kullanım amaçları ve başvuru yaptıkları bölüm kaydedildi. Çalışmamızda ağır özürlü tüm vücut fonksiyon kaybı oranı % 50'nin üzerinde olduğu tespit edilen özürlüler; beslenme, giyinme, yıkanma ve tuvalet ihtiyacını giderme gibi özbakım becerilerini yerine getirmede, kendi başına hareket etmede veya iletişim kurmada zorluk ya da yoksunluk yaşadığına ve bu becerileri başkalarının yardımı olmaksızın gerçekleştiremeyeceğine tıbbi olarak karar verilen kişi mevzuata uygun olarak tanımlanmıştır. Ayrıca sosyal yardıma başvuran hastalar telefonla aranarak sosyal yardım alıp almadıkları öğrenilerek kaydedildi.

3.4. İstatiksel Analiz:

Araştırmamızın istatiksel değerlendirilmesinde SPSS for Windows Version 17.0 yazılımı kullanıldı. Nicel değişkenlere ilişkin verilerin tanımlanması Aritmetik Ortalama (Mean) \pm Standart Sapma (SS) ile nitel değişkenlere ilişkin verilerin tanımlanması sayı ve yüzde (%) kullanıldı.

Nicel değişken verilerinin Kalmogrov-Smirnov normallik testine göre normal dağılım gösterdiği saptandı ($P>0,05$). İki grubun karşılaştırılmasında unpaired t testi kullanıldı. Nitel değişken verilerinin gruplara göre karşılaştırılması Ki-Kare analizi ile test edildi. $P<0,05$ istatıksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Sağlık kuruluna özür lülük raporu almak için başvuranların özür oran ortalaması 67.36 ± 22.53 bulundu. Araştırmamızda bayanların sayısı 863 (%38.5), erkeklerin sayısı ise 1378 (%61.5)'dir. Araştırmamızda bulunan olguların yaş ortalaması 33.18 ± 26.63 yıldır.

Araştırmamızda bayanların yaş ortalaması 35.50 ± 28 yıl, erkeklerin yaş ortalaması 31.69 ± 25.62 yıl olup istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p=0,001$). Ayrıca araştırmamızda her iki cinsiyet açısından özür oranına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p=0,000$). Sağlık kuruluna başvuranların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1 Sağlık Kuruluna Başvuru Yapan Olguların Sosyodemografik Özellikleri

| PARAMETRELER | ERKEK (Mean±SS) | BAYAN (Mean±SS) | P<0.05 |
|----------------|--------------------|--------------------|--------|
| YAŞ ORTALAMASI | 31.72±25.64 | 35.50±28 | 0.001 |
| ÖZÜR ORANI(%) | 65.92±22.97 | 69.66±21.62 | 0.000 |

Sağlık kuruluna engelli sağlık raporu almak için müracaat edenlerin aylara göre dağılımlarına bakıldığında en fazla ocak ayında 245 kişi müracaat ederken en az ise 146 kişi ile ekim ayında müracaat olmuştur. Başvuru yapılan aylar Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2 Olguların Başvuru Yaptıkları Aylara Göre Sınıflandırmaları

| BAŞVURULAN AY | KİŞİ SAYISI(N) | ORANI(%) |
|----------------------|-----------------------|-----------------|
| OCAK | 245 | 10.9 |
| ŞUBAT | 203 | 9.1 |
| MART | 228 | 10.2 |
| NİSAN | 180 | 8.0 |
| MAYIS | 189 | 8.4 |
| HAZİRAN | 199 | 8.9 |
| TEMMUZ | 197 | 8.8 |
| AĞUSTOS | 154 | 6.9 |
| EYLÜL | 149 | 6.6 |
| EKİM | 146 | 6.5 |
| KASIM | 172 | 7.7 |
| ARALIK | 179 | 8.0 |
| TOPLAM | 2241 | 100.0 |

Araştırmamızda 6z6r oranı veren b6l6mlere sırasıyla baktığımızda en fazla 6ocuk psikiyatri (%29.7), 6ocuk n6rolojisi (%12.9) ve yetişkin n6roloji (%11.2) tarafından 6z6r oranı verilmişken en az 6z6r oranları dahiliye hepatoloji, pediatrik gastro ve dermatoloji tarafından verilmiştir. Pediatrik romatoloji, g6g6s cerrahisi, enfeksiyon hastalıkları b6l6mleri tarafından ise 6z6r oranı verilmemiştir. Sağlık kuruluna başvurulan b6l6mler Tablo 4.3’de verilmiştir.



Tablo 4.3 Olguların Başvuru Yaptıkları ve Özür Oranı Aldıkları Bölümler

| BAŞVURULAN BÖLÜM | KİŞİ SAYISI(N) | ORANI(%) |
|---------------------------|----------------|----------|
| YETİŞKİN PSIKIYATRİSİ | 132 | 5.9 |
| ÇOCUK PSIKIYATRİSİ | 665 | 29.7 |
| GÖZ | 228 | 10.2 |
| KBB | 214 | 9.4 |
| YETİŞKİN NÖROLOJİ | 251 | 11.2 |
| ÇOCUK NÖROLOJİSİ | 289 | 12.9 |
| KARDİYOLOJİ | 233 | 10.4 |
| GÖĞÜS | 53 | 2.4 |
| BEYİN CERRAHİ | 108 | 4.8 |
| ORTOPEDİ | 181 | 8.1 |
| FİZİK TEDAVİ | 146 | 6.5 |
| DERMATOLOJİ | 9 | 0.4 |
| DAHİLİYE GASTROENTEROLOJİ | 14 | 0.6 |
| DAHİLİYE NEFROLOJİ | 106 | 4.7 |
| DAHİLİYE ENDOKRİN | 142 | 6.3 |
| DAHİLİYE HEMATOLOJİ | 79 | 3.5 |
| DAHİLİYE HEPATOLOJİ | 2 | 0.1 |
| DAHİLİYE ONKOLOJİ | 149 | 6.6 |
| GENEL DAHİLİYE | 31 | 1.4 |
| KALP DAMAR CERRAHİ | 36 | 1.6 |
| PLASTİK CERRAHİ | 23 | 1 |
| ÜROLOJİ | 35 | 1.6 |
| GÖĞÜS CERRAHİ | 0 | 0 |
| GENEL CERRAHİ | 188 | 8.4 |
| RADYASYON ONKOLOJİ | 23 | 1 |
| ENFEKSİYON HASTALIKLARI | 0 | 0 |
| GELİŞİMSEL PEDIATRİ | 26 | 1.2 |
| PEDIATRİK NEFROLOJİ | 13 | 0.6 |
| PEDIATRİK KARDİYOLOJİ | 29 | 1.3 |
| PEDIATRİK HEMATOLOJİ | 29 | 1.3 |
| PEDIATRİK GASTRO | 6 | 0.3 |
| PEDIATRİK ENDOKRİN | 22 | 1 |
| PEDIATRİK ROMATOLOJİ | 0 | 0 |
| ÇOCUK CERRAHİ | 13 | 0.6 |

Sağlık kurulu raporunun mevzuata göre değerlendirilmiş olan bölümünde ağır engelli olup olmadığı ve raporun geçerlilik süresi belirtilmektedir. Çalışmamızda başvuruların 1262 (%56.3) kişisi ağır engelli olup, 979 (%43.7) kişi ise ağır engelli değildir. Ayrıca 1290 (%57.6) kişi sürekli engelli olup, 951 (%42.4) kişi ise sürekli engelli değildir. Olguların ağır engellilik durumları ve engelliliklerinin süreklilik durumu Tablo 4.4’te verilmiştir.

Tablo 4.4 Sağlık Kuruluna Başvuran Olguların Ağır Engellilik Durumunun ve Rapor Sürekliliğinin Değerlendirilmesi

| PARAMETRELER | KİŞİ SAYISI(N) | ORANI(%) |
|---|----------------|----------|
| AĞIR ENGELLİ OLUP OLMAMA DURUMLARI | | |
| AĞIR ENGELLİ | 1262 | 56.3 |
| AĞIR ENGELLİ OLMAYAN | 979 | 43.7 |
| RAPOR SÜREKLİLİK DURUMLARI | | |
| SÜREKLİ ENGELLİ | 1290 | 57,6 |
| SÜREKLİ ENGELLİ OLMAYAN | 951 | 42.4 |

Ülkemizde uygulanan yönetmelikler gereği özür lülük haklarından faydalanmak için %40 ve üzerinde puan almayı gerektirir. Araştırmamızda özür oranı %40’ın altında olan 200 (%8.9) kişi, %40 ve üzerinde olanlar ise 2041 (%91.1) kişidir. %40’ın altında puan alanların cinsiyet dağılımı ile %40 ve üzerinde puan alanların cinsiyet

dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Özür oranı %40 altında olanlar ile %40 ve üzerinde olanların cinsiyet dağılımlarını Tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5 Özür oranı %40 Altında Olanlar ile %40 ve Üzerinde Olanların Cinsiyet Dağılımlarının Değerlendirilmesi

| PARAMETRELER | ÖZÜR ORANI %40'NİN ALTINDA OLANLAR | | ÖZÜR ORANI %40 VE ÜZERİ OLANLAR | | P |
|--------------|------------------------------------|-----|---------------------------------|------|-------|
| | N | % | N | % | |
| KİŞİ SAYISI | 200 | 8.9 | 2041 | 91.1 | - |
| ERKEK | 132 | 9.6 | 1246 | 90.4 | 0.170 |
| BAYAN | 68 | 7.9 | 795 | 92.1 | |

Çalışmaya aldığımız olguların %50 ve üzerinde olanların yüzde kaçının ağır engelli olduğuna bakıldı. %69.4'ü ağır engelli iken, %30.6'sı ağır engelli değildi. Özür oranı %50 ve üzerinde olup ağır engelli olan ve olmayanların cinsiyet açısından değerlendirildiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Özür oranı %50 ve üzerinde olanların ağır engelli olup olmama durumları, yaş ve cinsiyet dağılımı Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6 Özür Oranı %50 ve Üzerinde Olanların Ağır Engelli Olup Olmama Durumlarının Cinsiyetlerine Göre Değerlendirilmesi

| PARAMETRELER | | AĞIR ENGELLİ | | AĞIR ENGELLİ OLMAYAN | | P |
|------------------------------------|-------------|--------------|------|----------------------|------|-------|
| | | N | % | N | % | |
| ÖZÜR ORANI %50 VE ÜZERİNDE OLANLAR | KİŞİ SAYISI | 1262 | 69.4 | 557 | 30.6 | 0.317 |
| | ERKEK | 746 | 68.6 | 342 | 31.4 | |
| | BAYAN | 516 | 70.6 | 215 | 29.4 | |

Araştırmamıza başvuran kişilerin özür türlerine baktığımızda en fazla başvuru 1387 (%61.9) kişi ile süreğen (kronik) hastalığı olan grup iken, %32.7 ile zihinsel özürlü olanlar izlemiştir. En az başvuru ise 34 (%1,5) kişi ile dil ve konuşma özür grubu olanlar olmuştur. Sağlık kuruluna başvuru yapan özürlü olguların özürlülük türleri Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7 Sağlık Kuruluna Başvuru Yapan Özürlü Olguların Özürlülük Türleri

| KİŞİNİN ENGEL GRUBU | KİŞİ SAYISI(N) | ORANI(%) |
|---------------------|----------------|----------|
| SÜREĞEN(KRONİK) | 1387 | 61.9 |
| ZİHİNSEL | 733 | 32.7 |
| ORTOPEDİK | 288 | 12.9 |
| GÖRME | 228 | 10.2 |
| İŞİTME | 214 | 9.9 |
| SINIFLANAMAYAN | 106 | 4.7 |
| RUHSAL VE DUYGUSAL | 58 | 2.6 |
| DİL VE KONUŞMA | 34 | 1.5 |

Bir kişide birden fazla özürlülük türü olabildiği için özürlülük türü yüzdeleri toplamı %100’ü geçmektedir.

Çalışmamızda 0-17 yaş grubunda 967 (%43.2) kişi, 18-64 yaş grubunda 903 (%40.2) kişi, 65 yaş ve üstünde 371 (%16.6) kişi yer almaktadır. 0-17 yaş grubunda en fazla görülen özürlülük türü %65.1 ile zihinsel özürlü, 18-64 yaş grubunda %73.9 ile kronik hastalıklar, 65 yaş ve üzeri grupta ise %87.9 ile kronik hastalıklar en fazla olarak tespit edilmiştir. Olguların yaş gruplarına göre özürlülük türlerinin dağılımları Tablo 4.8’de verilmiştir.

Tablo 4.8 Olguların Yaş Gruplarına Göre Özürlülük Türlerinin Dağılımları

| YAŞ ARALIĞI | KİŞİ SAYISI | % | ORTOPEDİK | | GÖRME | | İŞİTME | | DİLVE KONUŞMA | | ZİHİNSEL | | RUHSAL VE DUYGUSAL | | SÜREĞEN (KRONİK) | | SINIFLANAMAYAN | |
|-------------|-------------|------|-----------|------|-------|------|--------|------|---------------|------|----------|------|--------------------|-----|------------------|------|----------------|-----|
| | | | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| 0-17 | 967 | 43.2 | 50 | 5.2 | 31 | 3.2 | 81 | 8.4 | 23 | 2.4 | 630 | 65.1 | 11 | 1.1 | 394 | 40.7 | 41 | 4.2 |
| 18-64 | 903 | 40.2 | 160 | 17,7 | 107 | 11.9 | 60 | 6.2 | 8 | 0.09 | 98 | 10.9 | 43 | 4.8 | 667 | 73.9 | 32 | 3.5 |
| 65 VE ÜSTÜ | 371 | 16.6 | 78 | 21 | 90 | 24.3 | 73 | 19.7 | 3 | 0.08 | 5 | 0.13 | 4 | 0.1 | 326 | 87.9 | 33 | 8.9 |

Bir kişide birden fazla özürlülük türü olabildiği için özürlülük türü yüzdeleri toplamı %100’ü geçmektedir.

Sağlık kuruluna müracaat eden olguların kullanım amacına baktığımızda en fazla 1995 (%89) kişi ile engelli kimlik kartı alabilmek için iken, 2.sırada ise 1356 (%60.6) kişi ile sosyal yardım alabilmek için başvurulmuştur. Olguların başvuru amaçları Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9 Sağlık Kuruluna Özürlü Raporu Almak için Müracat Edenlerin Başvuru Amaçları

| RAPORUN KULLANIM AMACI | KİŞİ SAYISI(N) | ORANI(%) |
|---|-----------------------|-----------------|
| EĞİTİM | 574 | 25,6 |
| İSTİHDAM | 99 | 4,4 |
| SOSYAL YARDIM | 1356 | 60,6 |
| ENGELLİ KİMLİK KARTI | 1995 | 89 |
| DİĞER (Maluliyet tespiti, Özel tertibatlı araç, Engelli araç ehliyeti, Ötv indirimi, Akülü tekerlekli sandalye) | 606 | 26,8 |

Bir kişi birden fazla amaç için müracaat edebildiğinden başvuru amaçları toplamı %100'ü geçmektedir.

Engel türlerine göre başvuru amaçları değerlendirildiğinde olgulardan zihinsel engelli olanların 434 (%59) kişi özel eğitim alabilmek için müracaat etmiş iken, kronik hastalığı olanların 68 (%5) kişi istihdam, 929 (%67) kişi sosyal yardım, 1289 (%93) kişi engelli kimlik kartı için müracaat etmiştir. Olguların engel türlerine göre başvuru amaçları ve oranları tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10 Engel Türlerine Göre Başvuru Amaçlarının Değerlendirilmesi

| ENGEL GRUBU | EĞİTİM(N) | | | | İSTİHDAM(N) | | | | SOSYAL YARDIM(N) | | | | ENGELLİ KİMLİK KARTI(N) | | | | DİĞER(N) | | | |
|--------------------|-----------|-----------|------|----|-------------|----|------|----|------------------|----|-----|----|-------------------------|-----------|-----|----|----------|----|-----|----|
| | VAR | % | YOK | % | VAR | % | YOK | % | VAR | % | YOK | % | VAR | % | YOK | % | VAR | % | YOK | % |
| ORTOPEDİK | 25 | 9 | 263 | 91 | 12 | 4 | 276 | 96 | 126 | 44 | 162 | 56 | 213 | 74 | 75 | 26 | 160 | 56 | 128 | 44 |
| GÖRME | 8 | 4 | 220 | 96 | 19 | 3 | 219 | 97 | 134 | 59 | 94 | 41 | 208 | 91 | 20 | 9 | 82 | 36 | 146 | 64 |
| İŞİTME | 61 | 29 | 153 | 71 | 14 | 7 | 200 | 93 | 123 | 57 | 91 | 43 | 190 | 89 | 24 | 11 | 63 | 29 | 151 | 71 |
| DİL VE KONUŞMA | 26 | 76 | 8 | 24 | 3 | 9 | 31 | 91 | 14 | 41 | 20 | 59 | 22 | 65 | 12 | 35 | 7 | 21 | 27 | 79 |
| ZİHİNSEL | 434 | 59 | 299 | 41 | 14 | 2 | 719 | 98 | 474 | 65 | 259 | 35 | 685 | 93 | 48 | 7 | 72 | 10 | 661 | 90 |
| RUHSAL VE DUYGUSAL | 9 | 16 | 49 | 84 | 8 | 14 | 50 | 86 | 24 | 41 | 34 | 59 | 50 | 86 | 8 | 14 | 22 | 38 | 36 | 62 |
| SÜREĞEN (KRONİK) | 160 | 12 | 1227 | 88 | 68 | 5 | 1319 | 85 | 929 | 67 | 458 | 33 | 1289 | 93 | 98 | 7 | 429 | 31 | 958 | 69 |
| SINIFLANA MAYAN | 27 | 25 | 79 | 75 | 2 | 2 | 104 | 98 | 72 | 68 | 34 | 32 | 97 | 92 | 9 | 8 | 33 | 31 | 73 | 69 |

Sosyal yardıma 1356 kişi başvurmuş. Başvuran kişilere telefonla ulaşım sosyal yardım alıp almadıkları öğrenildi. Alan 870 (%64.1) kişiydi. 142 (%10.6) kişiye ise ulaşılamadı. Sosyal yardım almak için başvuranların sosyal yardım alma durumları Tablo 4.11’de belirtilmiştir.

Tablo 4.11 Sağlık Kuruluna Sosyal Yardım Almak İçin Başvuru Yapanların Sosyal Yardımı Alıp Almama Durumları

| SOSYAL YARDIM | KİŞİ SAYISI(N) | ORANI(%) |
|---------------|----------------|----------|
| ALAN | 870 | 64.1 |
| ALMAYAN | 344 | 25.3 |
| ULAŞILAMAYAN | 142 | 10.6 |
| TOPLAM | 1356 | 100 |

İstihdam için başvuranların 68 kişisi erkek, 31 kişisi bayan olup yaş ortalaması 29.25 ± 9.51 yıldır. Özür oranına baktığımızda ise 50.35 ± 15.43 'tür. İstihdam için başvuran olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.12'de belirtilmiştir.

Tablo 4.12 İstihdam İçin Başvuru Yapan Olguların Cinsiyet Dağılımları, Yaş Ortalamaları ve Özür Oranları

| PARAMETRELER | İSTİHDAM İÇİN BAŞVURANLAR(N:99) (MEAN \pm SS) |
|----------------|--|
| YAŞ ORTALAMASI | 29,25 \pm 9,51 |
| ÖZÜR ORANI | 50,35 \pm 15,43 |
| ERKEK | 68 |
| BAYAN | 31 |

0-18 yaş arasındaki çocukların yaş gruplarına göre başvuru sayılarını incelediğimizde en fazla 408 (%42.2) kişi ile 5-9 yaş grubu iken en az başvuru 15-17 yaş arasında 95 (%9.8) kişi ile olmuştur. 0-17 yaş arasındaki olguların belirli yaş aralıklarına göre dağılımı Tablo 4.13'de verilmiştir.

Tablo 4.13 0-18 Yaş Arasında Olan Olguların Yaş Aralıklarına Göre Dağılımının Değerlendirilmesi

| PARAMETRELER | KİŞİ SAYISI(N) | YÜZDESİ(%) |
|-----------------|----------------|------------|
| 0-4 YAŞ GRUBU | 262 | 27,1 |
| 5-9 YAŞ GRUBU | 408 | 42,2 |
| 10-14 YAŞ GRUBU | 202 | 20,9 |
| 15-17 YAŞ GRUBU | 95 | 9,8 |

Çocuk psikiyatrisine başvuran 665 tane olgunun 438 (%65.9)'u eğitime başvurmuştur. Çocuk psikiyatrisinden özür oranı alanların 512 (%77)'sinin engeli sürekli olup, 153 kişinin ise engeli sürekli değildir. Çocuk psikiyatrisinden özür oranı alanların sürekli engellilik ve eğitime başvurma yüzdeleri Tablo 4.14'te belirtilmiştir.

Tablo 4.14 Çocuk Psikiyatrisinden Özür Oranı Alan Olguların Sürekli Engelli Olma Durumları ve Eğitime Başvuru Yüzdeleri

| ÇOCUK PSİKİYATRİSİ | KİŞİ SAYISI(N) | ORANI(%) |
|------------------------------------|----------------|----------|
| RAPOR SÜREKLİLİK DURUMLARI (n=665) | | |
| SÜREKLİ ENGELLİ | 512 | 77 |
| SÜREKLİ ENGELLİ OLMAYAN | 153 | 23 |
| EĞİTİME BAŞVURMA DURUMLARI (n=665) | | |
| EĞİTİME BASVURAN | 438 | 65.9 |
| EĞİTİME BASVURMAYAN | 227 | 34.1 |

5. TARTIŞMA

Dünyada engelli sayısı her geçen gün artmaktadır. DSÖ ve Dünya Bankası'nın 2011'de yayınladığı Dünya Engellilik Raporu'na göre, 2010 yılı dünya nüfusunun yaklaşık %15'inin ya da başka bir ifadeyle, bir milyardan fazla insanın bir çeşit engellilik ile yaşadığı tahmin edilmektedir (79). Gelişmiş ülkelerde nüfusun %10'unun, gelişmekte olan ülkelerde ise %12'sinin engelli bireylerden oluştuğu kabul edilmektedir (3).

Sağlık kuruluna başvuranları, yaş ortalaması açısından incelediğimizde ülkemizde yapılan bir çalışmada 1805 olgunun yaş ortalaması 36.97 ± 25.76 yıl bulunmuştur (80). 2006 yılında özürlülük prevelansının incelendiği bir çalışmada özürülülerin yaş ortalaması 29.5 ± 17.9 yıl bulunmuştur (81). Yine benzer şekilde yapılan bir çalışmada 19-77 yaş arası özürlü olguların yaş ortalaması ise 45.8 yıl bulunmuştur. (82). Özyurda ve Soyer'in yetişkinler üzerinde yaptığı çalışmada ise yaş ortalaması 40'ın üzerinde bulunmuştur (83). 2002 yılında yapılan Türkiye Özürülüler Araştırma'sında yaş ortalaması 33.86 yıl olarak bulunmuştur. (31). Araştırmamızda hem çocuk hem yetişkin yaş grupları alındığında olgularımızın yaş ortalaması, ülkemizde yapılan çalışmalara benzer şekilde 33.18 ± 26.63 yıl olarak bulunmuştur.

Cinsiyet açısından değerlendirme yaptığımızda ülkemizde yapılan bir çalışmada özürülülerin %56.4'ü bayan, %43.6'sı erkek olarak bulunmuştur. (84). 2006 yılında yapılan bir çalışmada %52.7'si bayan, %47.3'ü erkek olarak bulunmuştur. (81). Isparta'da yapılan bir çalışmada da benzer şekilde bayanların oranı daha fazla bulunmuştur (85). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda ise erkek oranı kadın oranından yüksek bulunmuştur. Örneğin Beşer ve arkadaşlarının çalışmasında başvuranların yaklaşık üçte ikisi (%59.7) erkekti (16). Yapılan bir diğer çalışmada ise olguların %54.6'sı erkek, %45.4'ü bayan bulunmuştur (80). 2010 yılında yayınlanan TÜİK verilerine göre özürülülerin %58.6'sı erkek, %41.4'ü ise bayan bulunmuştur (33). Yapılan araştırmalara baktığımızda bazı çalışmalarda erkek, bazı çalışmalarda bayan sayısının fazla olduğu görülmüştür. Araştırmamızda ise olguların %61.5'i erkek, %38.5'i bayan olarak tespit edilmiş olup verilerimiz TÜİK verileri ile uyumlu bulunmuştur.

2010 yılında yapılan TÜİK verilerine göre özürlü raporlarına müracaat nedeni en çok zihinsel hastalıklar olarak tespit edilmiştir (33). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada özürlü raporu almak için başvuruların, en fazla kas iskelet sistemi hastalıkları ve zihinsel hastalıklar sebebiyle başvuru yaptığı tespit edilmiştir. (80). Olgularımızın başvurdukları bölümleri incelediğimizde bu konuda yapılan çalışmalara benzer şekilde en fazla zihinsel hastalıklar, sonrasında ise nörolojik hastalıklar ve kas iskelet sistemi hastalıkları yer almış olup zihinsel hastalıkların bu kadar çok olmasındaki sebep olgularımızın %43.2'sinin çocuk yaş grubunun oluşturması ve çocuk yaş grubunda daha çok zihinsel özür nedeniyle müracaat edilmesine bağlanmıştır.

Amerika'da 2010 yılında yapılan bir çalışmada, toplam özürlü grubun % 62'si ağır özürlü olarak tanımlanmıştır (86). Ülkemizde çocuk yaş grubunun dahil edildiği bir çalışmada olguların %45.9'u ağır özürlü olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada düzenlenen raporların geçerlilik sürelerine bakıldığında, sürekli raporu olanların oranı %17.6 bulunmuştur (87). Uysal ve arkadaşlarının tüm yaş gruplarını kapsayan çalışmasında özürlü grubun %49.4' ü ağır özürlü, sürekli engeli olanların oranı da %48.4 olarak bulunmuştur (80). Yapılan başka bir çalışmada olguların %56.3'ü sağlık kurulunca ağır özürlü olarak değerlendirilmiş, %82.4'ünün özür lülüğü sürekli olarak raporlandırılmıştır (88). Bizim çalışmamızda diğer çalışmalarla benzer olarak başvuranların %56.7'si ağır engellidir. Süreklilik açısından değerlendirildiğinde %57.6 sürekli engelli olup, sadece çocuk yaş grubunu inceleyen çalışmalardan yüksek bulunmuştur. Çocuk olguların yaşla ve tedavi süreci ile birlikte, hastalık seyirlerinin de farklılık gösterebilmesi, genellikle sürekli yerine süreli raporların düzenlenebilmesi nedeniyle çalışmamızda diğer çalışmalardan daha fazla süreli rapor verildiği düşünülmektedir.

Sağlık kuruluna başvuru amaçlarına baktığımızda ülkemizde yapılan bir çalışmada en sık başvuru nedeninin % 81.8 oranıyla özel eğitim için başvuru olduğu tespit edilmiştir (89). Yapılan başka bir çalışmada özürlü sağlık kuruluna en sık başvuru nedeni %40 oranıyla sosyal yardım ve evde bakım hizmetlerinden yararlanma talebi olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada çeşitli nedenlerle özür derecesini bildirir rapor talebi ile başvuru 2. sırada, eğitim 3. sırada yer almaktadır (88). Kaya ve arkadaşlarının 18 yaş altı grupta başvuru nedenlerini inceledikleri çalışmalarında en çok müracaatın %81.6 oranıyla özel eğitim almak olduğu, bunu %45 oranıyla belediye hizmetlerinden yararlanmanın izlediği belirtilmiştir (87). Bizim çalışmamızda ise raporun kullanım

amacına baktığımızda başvuruların %89'unun engelli kimlik kartı için, %60.6'sının sosyal yardıma müracaat etmek için olduğu bulunmuştur. Çocuk yaş grubunda başvuru amacının araştırıldığı çalışmalarda en fazla müracaatın eğitim için olduğu bulunmuştur (87,88).

Ülkemizde uygulanan yönetmelikler gereği özrürlük haklarından faydalanmak için özürlü oranının %40 ve üzerinde olması gerekmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada Sağlık Kurulu'na başvuran olguların %90.8'inin özürlü haklarından faydalanmayı hak kazandığı görülmüştür (90). Uysal ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada özürlü oranı %40'ın üzerinde olanların oranı %74 bulunmuştur. (80). Çalışmamızda da benzer şekilde müracaat edenlerin %91'i %40 ve üzerinde özürlülük oranı almıştır. Bu kadar yüksek bir oranın bulunmasında engelli yönetmeliğine göre %40 ve altında olanların engellilik haklarından yararlanamayacağından dolayı, hafif özürlü olanların başvuramaları sebebiyle olduğu düşünülmektedir.

Başvuru amaçları arasında yer alan sosyal yardım konusunu incelediğimizde ülkemizde yapılan bir çalışmada özürlülerin %62.7'si sosyal bir yardım almaktadır (91). Yapılan başka bir çalışmada özürlülük yüzdesi alan olguların %90'ı sosyal yardım almaktadır (90). Bizim çalışmamızda ise sosyal yardıma müracaat edip de sosyal yardım alanların oranı % 64.1'dir.

Özürlü vatandaşlar için en önemli sorunların başında istihdam gelmektedir. Yapılan bir çalışmada istihdam oranı erkek özürlüler için %32.2 ve kadın özürlüler için ise %6.7 olarak bulunmuştur (92). Başka bir çalışmada işgücüne katılım oranı engelli erkeklerde %30'un üzerindeyken, engelli kadınlarda %7 rapor edilmiştir (31). 2010 yılında yapılan ulusal rapor taslağına göre, kadın çalışanların erkek çalışanlara göre daha düşük oranlarda istihdam edildiğı, kadın çalışanlar %4.6 oranında iken, erkek çalışanlar %21.4 oranında olduğu görülmektedir (33). Bizim çalışmamızda erkek olguların %5'i, bayanların %3.5'i istihdam için başvurmuştur. Kadın çalışan oranı ülkemizdeki çalışmalara benzer iken, erkek oranının düşük olması şehrimizde istihdam konusunda tam bir bilgilendirme olmamasına bağlanabilir.

Özürlülük türlerini araştırdığımızda Amerika'da yapılan bir çalışmada özürlülük tespit edilenlerin %13'ü kas iskelet sistemi, %10.6'sı zihinsel engelli olarak bulunmuştur (93). Barbotte ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise en fazla özürlülük nedeni kronik hastalıklar olarak bulunmuştur (94). American Community

Survey tarafından yapılan çalışmada özürlülük türleri arasında ilk sırada %6.9 ile ortopedik özürlüler, en düşük özürlülük oranı %2.2 ile görme özürlülerde saptanmıştır (95). Ülkemizde yapılan bir çalışmada kronik hastalıklar nedeniyle oluşan özürlülerin oranı %38.12 ile en yüksek iken bunu %32 oran ile ruhsal özürlüler ve %27.44 ile işitme özürlüler izlemiştir (91). TÜİK 2010 verilerine göre ülkemizde kayıtlı özürlülerin %29.2'si zihinsel özürlü, %25.6'sı kronik hastalığı olan özürlüler, %8.8'i ortopedik özürlüler, %8.4'ü görme özürlüler, %5.9'u işitme özürlüler, %3.9'u ruhsal ve duygusal özürlüler, %0.2'si dil ve konuşma özürlüler ve %18'i birden fazla özürlülüğe sahip olarak sınıflandırılmıştır (33). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada en sık tespit edilen özür türü % 63.7 ile kronik hastalıklar olmuştur. Bunu %11.5 ile ortopedik bozukluklar takip etmiştir (81). Yine ülkemizde yapılmış bir çalışmada %76'sı kronik hastalığa bağlı özür, %10'u ortopedik, %4'ü görme ve zihinsel, %3'ü işitme-dil ve konuşma özürlüler olarak rapor edilmiştir (92). 2008 yılında Kayseri'de yapılan bir çalışmada da %46.5 ile kronik hastalığa bağlı özür ilk sırada yer almıştır (78). Uskun tarafından yapılan bir çalışmada ise %56.8 oranıyla kronik hastalıklara bağlı özür ilk sırada yer almıştır (70). Olgularımızın özür türleri incelendiğinde yapılan çalışmalara benzer bir şekilde %61.9 ile kronik hastalıklara bağlı özür ilk sırada yer almıştır.

Kronik hastalıkların görülme sıklığı açısından değerlendirme yaptığımızda Bennet ve arkadaşlarının kronik hastalıklar ve özürlülük ile ilgili yapmış oldukları prevalans çalışmasında özürlülüğün hem erkek hem de bayanlarda 55 yaş ve üzerinde bireylerde daha fazla olduğunu vurgulamıştır (96). Yurt dışında yapılmış yaşlılık ve sakatlık konularını ele alan çalışmalarda benzer şekilde yaşlılarda sakatlığın ve kronik durumların daha sık görüldüğü ile ilgili sonuçlara varılmıştır (97, 98, 99, 100, 101, 102). Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmada kronik hastalıkların istatistiksel olarak 45 yaş ve üzeri grupta daha fazla görüldüğü saptanmıştır (84). 2002 Türkiye özürlülük araştırmasında da yaşla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığının arttığı belirtilmiştir (31). Aktener ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada kronik hastalık sıklığını ileri yaş (65 ve üstü) grubu kadınlarda % 76.8 olarak bulmuştur (96). Özkan ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada 65 yaş ve üzeri nüfusun bölge nüfusunun %14.5'ini oluşturduğunu, bunların % 78.3'ünün en az bir kronik hastalığının olduğunu bulmuştur (103) Yine bu konuda yapılmış başka bir çalışmada kırsal alanda yaşayan 60 yaş ve üzeri bireylerin % 65.4'ünün en az bir kronik hastalığı olduğu rapor edilmiştir. (104) Çalışmamızdaki sonuçlar diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir ve 65 yaş

üstü kişilerde %87.9 oranında kronik hastalığa bağlı özürlülük olduğu bulunmuştur. Bu durum yaşam süresinin uzaması, çevresel faktörlerin etkisi, sağlıksız beslenme alışkanlığı gibi birçok faktöre bağlı olarak kronik hastalık riskinin gün geçtikçe daha çok artmasına bağlanmıştır.

Amerika'da 2000 yılında yapılan nüfus sayımı verilerinde ortopedik özürlü sıklığı %16.6, Afrika'da ise 2001 yılı sayımlarına göre %29.6 olarak tespit edilmiştir (105, 106). Türkiye 2002 Özürülüler Araştırması'na göre ortopedik özür sıklığı %1.25 olarak bulunmuştur (33). Türkiye'de yaşlılarda özürlülüğün belirlenmesi için yapılan çok merkezli bir çalışmada ortopedik özürlülük sıklığı Aydın'da %4.0, Afyon'da %6.0, Ankara'da % 6.6, İzmir'de % 7.6, Edirne'de %8.3, Balıkesir'de %8.6, Diyarbakır'da %9.0, İstanbul'da %9.5, Kocaeli'nde %9.8, Isparta'da %10.2, Bolu'da %11.3, Tekirdağ'da %11.3, Ağrı'da %13.3, Adana'da %15, Eskişehir'de %15.3, Uşak'ta %17.4, Manisa'da %26 olarak bulunmuştur (107). Bizim çalışmamızda ise özürlü grubun içindeki ortopedik özürlülük oranı %12.9 olup, özürlü grupları arasında önemli bir yer tuttuğu düşünülmektedir.

Dünyada yapılan bazı çalışmalarda işitme bozuklukları görülme oranı Kanada'da %4, Oman'da %5.5, Brezilya'da %6.8 olarak tespit edilmiştir (108, 109, 110). DSÖ 2005 yılı tahminlerine göre dünyada 278 milyon kişide işitme ile ilgili bir patoloji olduğu ve bunların %80'nin az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğunu bildirmiştir (111). Türkiye Özürülüler Araştırması'na göre ülkemizde işitme engelli görülme sıklığı %0.37 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada tüm özürülüler içerisinde işitme özürülüler oranı %9.2 bulunmuştur (77) Kayseri il merkezinde yapılan bir çalışmada tüm özürülüler içerisindeki işitme özürlü prevalansı %7.5 olarak saptanmıştır (78). Diyarbakır ilinde yapılmış olan bir çalışmada 55 yaş üstü bireylerde işitme özürünün oranını %22.2 bulmuştur (112). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada işitme özür oranı %18.4 bulunmuştur (84). Bizim çalışmamızda ise işitme engelli %9.9 oranında tespit edilmiştir. Bazı çalışmalar sadece yetişkin yaş grubu ya da yaşlı bireyleri almakta olup yaşla birlikte işitme problemlerinin daha çok ortaya çıkması nedeniyle işitme özürlülük oranı daha yüksek çıkmaktadır. Literatürdeki farklı sonuçları netleştirmek için daha geniş katılımlı çalışmalar yapılması kanaatindeyiz.

İngiltere'de 2000-2001 yılında yapılan bir sağlık araştırmasına göre dil ve konuşma bozukluğunun prevalansı %3.0 olarak rapor edilmiştir (113). Afrika'da 2005

yılında yapılan nüfus sayımı verisinde ise bu rakam %6.5 olarak belirtilmiştir (106). Ülkemizde yapılan bir çalışmada olguların % 3'ünde konuşma patolojisi saptanmıştır (114). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada tüm özür türleri içinde konuşma özür sıklığını %3.8 olarak bulunmuştur (81). Bizim çalışmamızda ise dil ve konuşma özrü olanların oranı %1.5 olarak tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda bu oranın biraz daha düşük çıkmasındaki sebep toplumumuzda hafif konuşma ve dil özrü olanların bu durumu sağlık kuruluna başvuracak kadar önemli bir mevzu olarak görmemeleri nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Görme özürlüler açısından değerlendirme yaptığımızda DSÖ verilerine göre Amerika'da %7, Avrupa'da %7, Doğu Akdeniz ülkelerinde %11, Afrika'da %18, Güneydoğu Asya'da %32 oranında görme özürlü bulunmaktadır (115). Ülkemizde yapılan bir çalışmada toplam özürlü grubun % 17'sini görme özürlüler tarafından oluşturduğu belirtilmektedir (91). Uysal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada özürlü grup içindeki görme engelliler oranı %12 olarak bulunmuştur (80). Bizim çalışmamızda diğer çalışmalara benzer şekilde özürlü sağlık kuruluna başvuranların %10.2'si görme özürlü olarak bulunmuştur. Çalışmamız DSÖ verilerine göre Doğu Akdeniz ülke sonuçlarına benzer sonuçlar ortaya koymuştur.

Çalışmamızda 0-17 yaş grubunda 967 kişi bulunmaktadır. Bu çalışmamızın %43.2'sini çocuk yaş grubunun oluşturduğunu göstermektedir.

Kaya ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada olguların büyük çoğunluğunu sırasıyla 0-4 yaş (%36.0) grubundaki ve 5-9 yaş (%34.4) grubundaki çocukların oluşturduğu, yaş arttıkça olgu sayılarının azaldığı görülmüştür (87) Konya il merkezinde ikamet eden 0-18 yaş arasındaki engelli çocukların değerlendirildiği bir anket çalışmasında %44.6 oran ile büyük çoğunluğu 10-14 yaş grubunun oluşturduğu görülmüştür (116). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada çoğunluğu 11-14 yaş grubu (%34.8) oluşturmakta, bunu 1-5 yaş grubu (%33) engelli çocuklar takip etmektedir (117). Yine bu konuda yapılan tüm yaş gruplarını kapsayan bir çalışmada en büyük grubu 5-9 yaş grubu (%10.9) engelli çocuklar oluşturmaktadır (87). İstanbul'da yapılmış bir çalışmada özürlülerin % 31'i 6 yaş ve altında bulunmuştur (118). Bizim çalışmamızda 0-18 yaş arasındaki çocukların yaş gruplarına göre başvuru sayılarına baktığımızda en fazla 408 (%42.2) kişi ile 5-9 yaş grubu olmuştur. En az başvuru ise 15-17 (%9.8) yaş grubundadır. Çalışmalarda genel olarak yaş gruplarının ayrımı ile

oranlarının değişiklik gösterdiği görülmektedir. Bizim çalışmamızda, yaş arttıkça olgu sayısının azalmasında; küçük yaş gruplarında zamanla mevcut hastalığının tedavi ile gerileyebileceği nedeniyle genellikle raporların süreli olarak verildiği, yaş ilerledikçe sürekli raporu olan olguların yeniden başvurmaması nedeniyle sayılarının azaldığı şeklinde yorumlanmıştır.

Kaya ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada olguların en sık başvuru nedeninin %81.6 oranıyla özel eğitim hakkından yararlanabilmek olduğu tespit edilmiştir (87) Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, özel eğitim alma isteğinin müracaat nedenlerinin başında geldiği ve oranın %81.8 olduğu görülmüştür (89). Bizim çalışmamızda ise çocuk psikiyatrisine başvuran 665 tane olgunun 438 tanesi yani %65.9'u eğitime başvurmuştur.

6. SONUÇ

Özürli sağlık kuruluna müracaat eden olgularda çocuk yaş grubunda zihinsel problemlerin, yaş ilerledikçe kronik hastalıkların görülme oranlarında bir artış görölmektedir.

Çalışmamızda çocuk yaş grubunda bu kadar çok zihinsel problemlerin görülmesi biz aile hekimleri olarak muayeneye gelen çocukları sadece biyolojik açıdan değil, zihinsel açıdan da değerlendirmemiz gerekliliğini ortaya koymuştur. Çocukluk dönemi özürllülük sebepleri erken yaşta tespit edilebilir ve özürllülüğe neden olan hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile özürllülük durumu azaltılabilir. Böylece geleceğimiz olan çocukların topluma ve sosyal hayata uyumu erken dönemde arttırılabilir. Muayene olmak için başvuran engelli çocukların özellikle eğitim ve rehabilitasyon hizmeti alabilmeleri için ilgili bölümlerin olduğu sağlık merkezlerine yönlendirmeliyiz. Ayrıca özürli bireylere uygun sosyal destek ve yardım hizmetlerinin devlet tarafından verildiği konusunda bilgilendirmelerde bulunmalıyız.

Çalışmamızda yaş ilerledikçe kronik hastalık nedeniyle özürli sağlık kuruluna başvuru sıklığında bir artış saptanmıştır. Kronik hastalıkların tanı ve tedavisinde bulunan gelişmeler neticesinde uzayan yaşam süresi bize gelecekte kronik hastalık oranının daha da artacağını göstermektedir. Yine aile hekimleri olarak bize düşen görev kronik hastalıklar oluşmadan önce koruyucu hekimlik görevimizi yerine getirip, hastalık varlığında ise tanı, tedavi ve hastalığın kontrolünü düzenli bir şekilde yapmaktır. Özürli bireylerin taleplerini değerlendirerek, engelliliğin önlenmesi, engellilerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, maddi ve manevi yardımlara ilişkin sorunlarının çözümü ve sosyal hayata katılımlarının sağlanması amacıyla yapılan hizmetlerden faydalanabilmesi için hastalarımızı bu konuda bilgilendirmemiz ve sağlık kurulu olan bir merkeze yönlendirmemiz gerekmekte olup, özürli bireylere uygun sosyal destek ve yardım hizmetlerinin devlet tarafından verildiği konusunda bilgilendirmelerde bulunmalıyız.

7. KAYNAKLAR

- 1) Öztürk M. Türkiye’de Engelli Gerçeği Müsiad Cep Kitabı, İstanbul, 2011.
- 2) Sallis, J.F, Zakarian, J.M., Hovell, M.F., Hofstetter, L.R. Ethnic, Socio- Economic and Sex Differences in Physical Activity Among Adolescent. Journal of Clinical Epidemiology, 1996; 49:125-134.
- 3) WHO; (1981), “Disability, Prevention and Rehabilitation”, Technical Report Series, 668, WHO, Geneve.
- 4) Karataş K, Oran B, 2007. Engelliler: Siyasetin Periferinde Kalanlar. Ufkun Ötesi Bilim Dergisi, 7(2), 4-19.
- 5) Güllüpnar F, 2013. Toplumsal ilişkiler kısıncında zihin engelli olan bireyler ve aile yapıları: Eskişehir’de engelli ailesi hakkında sosyolojik bir alan çalışması. Toplum ve Sosyal Hizmet, 24(1), 41-64.
- 6) Erdem S, Çağlıyangil M. Kent içi toplu taşımada engelli bireylerin ulaşım modu seçimleri yüksek lisans tezi s 7-8.
- 7) Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmenin onaylanması Hakkında kanun, Yayımlandığı Resmi Gazete 18.08.2008/27084
- 8) Karaca, A, Turnagöl, H. Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi, 2007; 18(2), ss 68-84.
- 9) U. S Department of Health and Human Services, Healty People, 2010.
- 10) Kaya F, 2010. Engelli çocuklarda depresyon ve kaygı düzeyi. 1. Basım, Adana, Nobel Kitabevi.

11) Akça Ü, Dalbay S. Özürlü yakınlarının özürlülere yönelik sosyal politikalara ilişkin bilgi, beklenti ve sosyal memnuniyet becerileri(Isparta örneği) Yüksek lisans tezi, 2009.

12) Abramson L Y, Metalsky G I, Alloy L B. Hopelessness depression: A theory – based subtype of depression, Psychological Review, 1989; 96(2): 358 - 372.

13) Akyiğit E, (2008). İctihatlı ve açıklamalı 4857 sayılı iş kanunu şerhi. 1. cilt. Ankara: Seçkin Yayıncılık, ss. 1403-1424.

14) Çakmak N. M, (2006). Türk Kamu Hukuku Açısından Engellilerin Hukuki Statüsü, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü(Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara.

15) Çakmak, N. M, (2008). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Engelli Tanımı Hakkında Bir İnceleme Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi C.57, S.2, s 51-62.

16) Enç M, Doğan Ç, Özsoy Y. Özel Eğitime Giriş, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayınları, 1987; 5: 67-69.

17) Mackelprang R W, Richard O.S. Disability a diversity model approach in human service practice, Canada, Brooks/Cole Publishing Company, 1999; 235-246.

18) Burcu E. Özürlülük Kimliği ve Etiketlemenin Kişisel ve Sosyal Söylemleri, Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi, 2006; 23: 61-83.

19) 5378 sayılı ve 1 Temmuz 2005 tarihli Engelliler Hakkında Kanun (değişikliklerle birlikte). T.C. Resmi Gazete. 7 Temmuz 2005, Sayı: 25868.

20) 5825 sayılı ve 3 Aralık 2008 tarihli Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun. T.C. Resmi Gazete. Tarih: 18 Aralık 2008, Sayı: 27084.

21) T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İnsan Hakları ve Engellilik Seminerleri Projesi.

<http://www.eyh.gov.tr/haberler/engellihaklari-bilgilendirme-seminerinin-ikincisi> afyonda yapıldı [Erişim tarihi: 1 Temmuz 2016].

22) T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmesi'nin Türkiye'de Uygulanma ve İzlenmesine Destek Projesi.

http://engelli.eyh.gov.tr/sozlesme/izleme_calismalari.aspx [Erişim tarihi: 1 Temmuz 2016].

23) 33.6574 sayılı ve 3 Aralık 2014 tarihli 'Engellilerin haklarına ilişkin sözleşmeye ek ihtiyari protokolün onaylanmasının uygun bulunduğuna dair kanun'. T.C. Resmi Gazete. Tarih: 12 Aralık 2014, Sayı: 29203.

24) WHO, Disability, including prevention, management and rehabilitation. Erişim: (http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_17-en.pdf 04.04.2008) Erişim Tarihi: 02.07.2016.

25) Erişim: (<http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp-474.html>) 06.09.2006. Erişim Tarihi: 02.07.2016.

26) Al-Hazmy MB, Al-Sweilan B, Al-Moussa NB. Handicap among children in Saudi Arabia: prevalence, distribution, type, determinants and related factors. Eastern Mediterranean Health Journal, 2004; 10: 503-520.

27) Statistical Data on Disability Profile

Erişim:(http://www.apcdproject.org/countryprofile/pakistan/pakistan_stat.html)

06.09.2006. Erişim Tarihi: 02.07.2016.

28) Statistical Data on Disability Profile

Erişim:(<http://www.apcdproject.org/countryprofile/china/statistical.html#concent>)

06.09.2006. Erişim Tarihi: 02.07.2016.

- 29) Sindel D. Sakatlığın Epidemiyolojisi. Beyazova M, Gökçe Kutsal Y, (ed). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, I.Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 2000: 37-48.
- 30) The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008.
- 31) ÖZİDA, (2003). Türkiye Özürlüler Araştırması 2002, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Ankara.
- 32) Çalık S, (2004). Özürlülüğün ölçülmesinde metodolojik yaklaşımlar ve 2002 Türkiye özürlüler araştırması. ÖZ-VERİ, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Hakemli-Sürelî Yayın. Aralık, C.1, S.2, Ankara.
- 33) TÜİK; (2010). “Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması”, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- 34) Özgökçeler S, Alper Y. “Özürlüler Kanununun Sosyal Model Açısından Değerlendirilmesi “İşletme ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi Cilt 1. Sayı 1.2010 s.49 ISSN: 1309-2448.
- 35) Artar Y, Karabacakoğlu Ç, (2003). Ortez ve tekerlekli sandalyenin üretimi, standartları ve pazar potansiyeli. Özürlülerin Toplumsal Gelişimine Yönelik Proje
- 36) Yaşar V. Azim Varsa Engel Yoktur, İstanbul, 2010.
- 37) WHO. Investing in mental health. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2003.
- 38) ÖZİDA. (2008). ICF Sınıflandırma Sisteminin Uyarlanması Eğitimcilerin Eğitimi, Ankara.
- 39) Çağlar D, 1982. Ortopedik özürlü çocuklar ve eğitimleri, 2. Basım, Ankara, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayınları, s. 12-15.

- 40) Cillo D, 2009. AB giriş sürecinde engellilerin eğitimi ve istihdamı. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Halk Eğitimi Bilim Dalı, Ankara.
- 41) Özgür İ, 2013. Engelli çocuklar ve eğitimi özel eğitim. Adana, Karahan Kitabevi.
- 42) Gündüz B, Karahan TF, Sardoğan ME, Yılmaz MT, Durmuş E, Deniz ME, Hamarta E, Üre, Akbağ M, Erözkan A, Aksüt M, Eroğlu. EÜ. (2006): Psikolojik Danışma ve Rehberlik. Nobel Yayın Dağıtım. Ekim, Ankara.
- 43) Mutluer S. Y. Tekerlekli Sandalye Kullanan Bedensel Özürlüler İçin Uygun Konut Tasarımı ve Çevre Düzenlemesi, Konya, Selçuk Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü Mimarlık Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 1997.
- 44) Eripek, S, (Ed). 2004, Özel eğitim. 3. baskı. Eskişehir: Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 756.
- 45) Atala E. Çevre tasarımı ve normların bedensel engelliler açısından değerlendirilmesi üzerine teorik bir yaklaşım. Hacettepe Üniversitesi Sanatta Yeterlilik Raporu: 5-18, 1996, Ankara.
- 46) Eripek S, Özsoy Y, Özyürek M, 2002. Özel eğitime muhtaç çocuklar. Özel eğitime giriş. 11. baskı. Ankara: Karatepe Yayınları, ss. 11-81.
- 47) MEB, Özel Eğitim Ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Mesleki Eğitimde Bütünleştirme Uygulamaları Öğretmen Kılavuz Kitabı, 2013, Ankara, ss. 75.
- 48) Sezen M. “Fiziksel engellilerin rehabilitasyonuna yönelik mobilya tasarım araştırmaları”, Gazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, s.4,16; 2007.
- 49) Aköz E. Özürlü Kişilere Uyarlanmış Yapı, 1.Basım, İstanbul, OFD Omurilik Felçliler Derneği Yayınları, 2001; 23-26.

- 50) Yavuz H, Baran G, Yıldız Bıçakçı M, 2010. İşitme engelli ve işitme engeli olmayan 9-17 yaş grubundaki çocukların sosyal uyumlarının karşılaştırılması. Toplum ve Sosyal Hizmet, 21(1), 7-23.
- 51) Avcıoğlu H, 2008. İşitme yetersizliği olan öğrenciler. İçinde: Özel eğitime gereksinimi olan öğrenciler ve özel eğitim, Ed: Diken İH, 1. Basım, Ankara, Pegem Akademi, s. 167-215.
- 52) Çifci Tekinarslan İ, 2008. Zihinsel yetersizliği olan öğrenciler. İçinde: Özel eğitime gereksinimi olan öğrenciler ve özel eğitim, Ed: Diken İH, Ankara, Pegem Akademi, s. 135-66.
- 53) Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı, 14. Baskı, Ankara, Türkiye İş Bankası Yayınları, 1983; 77-85.
- 54) Seyyar A. Özürlülere Adanmış Sosyal Politika Yazıları, 1. Basım, Adapazarı, Büyükşehir Belediyesi Yayınları, 2006; 3-25.
- 55) Giresunlu Akıncı G, V. Engellinin El Kitabı, 2011.
- 56) Başgül Ş, Saltık S. Özürlü Çocuk Heyeti'nin 2010 Verileri, Göztepe Tıp Dergisi 27(2):45-49, 2012.
- 57) Camkurt M. 2022 Sayılı Kanuna Göre Engelliliğin Tespiti Ve Engelliliğe Dayalı Aylıkların Bağlanması İşlemleri, Mali Çözüm Dergisi ss. 91.
- 58) 16 aralık 2010 tarihli ve 27787 sayılı resmî gazete özürlülük ölçütü, sınıflandırması ve özürlülere verilecek sağlık kurulu raporları hakkında yönetmelik.
- 59) T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Türkiye Özürlüler Araştırması 2002. Ankara 2004; 5-30.

60) Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu, Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Grubu. Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi. Ankara 2006; 61-70.

61) <http://www.ozida.gov.tr/?menu=guncel&sayfa=sss> (Erişim tarihi 03.07.2016).

62) Oglak S, Ozkara E. Care allowance for people in need of care in Turkey: An ethical and social evaluation. Indian Journal of Forensic Medicine Toxicology. July-December, 2010;4:100-104.

63) T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Özürlülüğe Dayalı Ayrımcılıkla Mücadele Sempozyumu. Ankara, 2010: 22-35.

64) Altan Ö, Zühtü, (2004). Sosyal Politika Dersleri, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No. 1592, Eskişehir.

65) Aydın U, (2002). “İşverenlerin Özürlü İşçi Çalıştırma Sorumluluğu”, <http://www.eso-es.net/kurumsal/yazi.asp?15> adresinden 01.07.2016 tarihide elde edilen nüsha.

66) 3797 sayılı Milli Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun, Resmi Gazete Sayı:21240, <http://mevzuat.meb.gov.tr/html/73.html> [Erişim Tarihi: 03.07.2016].

67) 573 sayılı Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanun Hükmünde Kararnamesi, Resmi Gazete Sayı: 23011 <http://mevzuat.meb.gov.tr/html/104.html> [Erişim Tarihi: 03.07.2016].

68) Özürlüler Kanunu (Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun); Tanımlar; m.3.

69) Basar P, Yorulmaz F. Özürlülük epidemiyolojisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1995;12(1, 2, 3): 319-326.

70) Uskun E. Isparta ilinde özürlülük epidemiyolojisi. Uzmanlık Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2002

71) Yılmaz, Y. Ş. Özürlülük Yok, Engelim Var, Sivas, 2010.

72) Karataş. Görme Özürlülerin Sosyal Güvenlik Sorunları Ve İstihdamı Sempozyumu, Ankara, 1999.

73) T.C. Aile Ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli Ve Yaşlı Hizmetler Genel Müdürlüğü, Bilgilendirme Rehberi, Ankara, 2011, s.20.

74) Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım, Geriatri Dergisi, 2002; 5/ 4: 155-159.

75) Aksayan S, Cimete G. Evde bakım kavramı. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı: 49, 1998, İstanbul.

76) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu 2010 yılı verileri. www.shcek.gov.tr [ErişimTarihi: 03.07.2016].

77) Beşer E, Atasoylu G, Akgör Ş, Ergin F, Çullu E. Aydın İl Merkezinde Özürlülük Prevalansı, Etiyolojisi ve Sosyal boyutu TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006: 5 (4).

78) Naçar M, Çetinkaya F, Baykan Z. Kayseri il merkezinde özürlülük, sakatlık ve engellilik prevalansı. Araştırma/Research Article. TAF Preventive Medicine Bulletin 2012;11(1):71-80.

79) Dünya Engelliler Raporu Yönetici Özeti.

([http://site.resources.worldbank.org/TURKEY IN TURKISH EXTN/Resources/455687-1328710754698 / Yonetici Ozeti.pdf](http://site.resources.worldbank.org/TURKEY%20IN%20TURKISH%20EXTN/Resources/455687-1328710754698/Yonetici%20Ozeti.pdf)). [ErişimTarihi: 04.07.2016].

80) Uysal C, Bulut M, Kaya C, Güneş M, Bez Y, Zeren C, Taş C, Uyar B, Karaaslan B, Gören S. Dicle Üniversitesi Hastaneleri Özürlü Kuruluna Başvuran Olguların İncelenmesi Adli Tıp Dergisi / Journal of Forensic Medicine, Cilt / Vol.:27, Sayı / No:1.

81) Karademir Ş, Evcı D. Özürlülük Sınıflaması İçin Bir Model Oluşturma Uzmanlık Tezi, 2008.

82) Ketan A. Sağlık Kuruluna İtiraz Nedeni İle Başvuran Olguların İncelenmesi Adli Tıp Dergisi Cilt / Vol.:26, Sayı / No:1.

83) Özyurda F, Soyer A. Sakatlık sorunu ve demografik özellikleri. Sağlık Derg 1982;156:59-67.

84) Akbaba M, Kis SU, Nazlıcan E, Gündüz E. Adana Havutlu Beldesinde Özürlülük Sıklığı ve Özürlülerde Akraba Evliliği Sıklığının Araştırılması. Araştırma/Research. TAF Preventive Medicine Bulletin 2012;11(6):725-30.

85) Yılmaz H, Kesiktaş N, Eren B, Köse R. İstanbul İlinde Özürlülük Oranı ve Özürlülerin Durumu. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 1998;1 (2):51-53.

86) Cocchiaella L, 2010. Disability assessment and determination in the United States. <http://www.uptodate.com/contents/disability-assessment-and-determination-in-the-united-states> 04.07.2016.

87) Kaya A, Güler H, Meral O, Aktaş Özgür E, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Engelli Sağlık Kurulu'nca Düzenlenen Çocuklara Ait Raporların Retrospektif İncelenmesi J Curr Pediatr 2014;12:151-9.

88) Terzi R, Altın F. Özürlü Sağlık Kurulunda Değerlendirilen Hastaların Lokomotor Sistem Özürlülüklerinin İncelenmesi Türk Osteoporoz Dergisi 2014;20: 60-4.

89) Şahin N, Altun H, Kara B. Özürlü çocuk sağlık kurulu raporlarının değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi 2014;15:48-53.

- 90) Evlice A, Demir T, Aslan K, Bozdemir H, Demirkıran M, Ünal İ, Bıçakçı Ş. Nörolojik Hastalıklarda Özürlülük Cukurova Medical Journal 2014; 39 (3):566-571.
- 91) K.Maraş Özürlü Envanteri Araştırması, 2011.
- 92) T.C Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı 2007, Durum analizi. Stratejk Plan (2008-2012). Ankara: Kalemdar Matbaacılık, ss. 26-37.
- 93) Courtney-Long EA, Carroll DD, Zhang QC, et al. Prevalence of Disability and Disability Type Among Adults--United States, 2013. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2015; 64:777.
- 94) Barbotte E, Guillemin F, Chau N; Lorhandicap Group. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. Bull World Health Organ. 2001; 79(11): 1047-1055.
- 95) Erickson W, Lee C, Von Schrader S, 2012. Disability Status Report: United States. Ithaca: Cornell University Employment and Disability Institute(EDI); 2014. p.2-23.
- 96) Bennett AE, Garrad J, Halil T. Chronic disease and disability in the community: a prevalence study, Legislation on Medicines-Dunlop, 1970; 26: 762-764.
- 97) Kempen G. I. J. M, Sonderen E. Psychological attributes and changes in disability among lowfunctioning older persons. Journal of Clinical Epidemiology, 2002; 55(3): 224-229.
- 98) Schroll Bjornsbo K, Ferry M, de Groot CP, Schlienger JL. Changes in physical performance in elderly Europeans. SENECA 1993 - 1999. J Nutr Health Aging, 2002; 6(1):9-14.
- 99) Cott CA, Gignac MA, Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. J Epidemiol Community Health, 1999; 53(11): 731-6.

100) Fried LP, Ettinger WH, Lind B, Newman AB, Gardin J. Physical disability in older adults: a physiological approach. Cardiovascular Health Study Research Group. J Clin Epidemiol, 1994;47(7): 747-60.

101) Hsieh RL, Lein IN, Lee WC, Lee TK. Disability among the elderly of Taiwan. Am J Phys Med Rehabil, 1995; 74(5): 370-4.

102) Moore EG, Rosenberg MW, Fitzgibbon SH. Activity limitation and chronic conditions in Canada's elderly, 1986-2011. Disabil Rehabil, 1999; 21(5-6):196-210.

103) Özkan H, Yalvarmış F, Güler M, Çalışkan T, Türker S, Sunay B, F. Yaşlı Nüfusun Sosyodemografik Özellikleri: Pamukçu Kasabası, Balıkesir, STED, 2006; 15: 199-201.

104) İlhan M.N, Maral I, Pehlivanoglu A, Bumin M.A. Ankara'da Huzurevinde ve kırsal alanda yaşayan 60 yaş ve üzeri yaşlıların bazı tanımlayıcı özellikleri. Yaşlılık ve Kronik Dejeneratif Hastalıklar 7. Halk Sağlığı Günleri Kitabı, Eskisehir 11-13 Eylül 2001.

105) Disability and American Families: 2000,
<http://www.census.gov/prod/2005pubs/censr23.pdf> 04.07.20016.

106) Prevalence of disability in South Africa. Census 2001. www.statssa.gov.za 10.04.2008.

107) Arslan Ş, Kutsal YG. Yaşlılarda Özür lülüğün Değerlendirimine Yönelik Çok Merkezli Epidemiyolojik Çalışma, Geriatri 1999;2:103-114.

108) Beria JU, Raymann BCW, Gigante L P, Figueiredo AC L. et al. Hearing impairment and socioeconomic factors: a population-based survey of an urban locality in southern Brazil, Pan American Journal of Public Health, 21: 381-387.

109) Al Khabori M, Khandekar R. The prevalence and causes of hearing impairment in Oman: a community-based cross-sectional study. İnt. J. Auidol 2004;43:486-92.

110) Kathryn W, Jason DP. Health profile of deaf Canadians, Canadian Family Physician, 2007; 53: 2140-2141.

111) Deafness and hearing impairment,
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/index.html> 04.07.2016.

112) Turhanoglu AD, Saka G, Karabulut Z, Kılınç Ş, Ertem M. Diyarbakır il merkezinde yaşayan 55 yaş ve üzeri bireylerde özürlülük ve kronik hastalık sıklığı. Araştırma. Turkish Journal of Geriatrics 2000;3(4):146-50.

113) Disability,
<http://www.archive2.officialdocuments.co.uk/document/deps/doh/survey01/skf/skf04.htm> 04.07.2011.

114) Sayın İ, Erdur Ö, Topçu İ, Kayhan F. Sağlık Kuruluna Özürlülük Tespiti ve Diğer Nedenlerle Başvuran Olgularda Kulak Burun Boğaz Patolojileri ve Sıklıkları KBB-Forum 2011;10(4).

115) Magnitude and causes of visual impairment,
Erişim: (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html>). Erişim Tarihi: 04. 07. 20106.

116) Durduran Y, Bodur S. Engellilerin engellilikleri dışındaki sağlık sorunları: Karşılaştırmalı bir çalışma. Selçuk Tıp Derg 2009;25:69-77.

117) Özşenol F, Işıksan V, Ünay B, Aydın Hİ, Akın R, Gökçay E. Engelli çocuğa sahip ailelerin aile işlevlerinin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2003;45:156-64.

118) Yılmaz H, Kesiktaş N, Eren B, Köse R. İstanbul ilinde özürlülük oranı ve özürülülerin durumu. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 1998;1(2):51-3.

EK 1. Etik Kurul Onayı

| T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu) | | | |
|---|---------------|---|---------|
| Oturum Tarihi | Oturum Sayısı | Karar Sayısı | |
| 28.06.2016 | 9 | 2016/9-5 | |
| <p>Karar No:2016/9-5: Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurulu 28.06.2016 tarihinde Rektör Yardımcıları Toplantı odasında toplandı. İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliğinde Yrd. Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK'İN sorumlu araştırmacı olduğu; İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliğinde Arş. Gör. Hilal BALTACI'NIN "İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi Sağlık Kurulunca 2015 Yılında Verilen Özürlülük Raporlarının Değerlendirilmesi" başlıklı çalışması, Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde çalışmada <u>herhangi bir etik kusur olmadığına;</u> oy birliği ile karar verildi.</p> | | | |
| Prof.Dr. Nusret AKPOLAT Etik Kurul Başkanı | | | |
| Prof.Dr.Metin Fikret GENÇ Etik Kurul Başkan Yardımcısı | KATILDI | Prof.Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Üyesi | KATILDI |
| Prof.Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Üyesi | KATILDI | Prof.Dr. N. Tülin POLAT Etik Kurul Üyesi | KATILDI |
| Prof.Dr. Behice ERCİ Etik Kurul Üyesi | KATILDI | Prof.Dr.İbrahim ŞAHİN Etik Kurul Üyesi | KATILDI |



