

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ANTALYA İL MERKEZİ'NDE
SAKATLIK PREVALANSI
VE
BAZI DEĞİŞKENLERLE İLİŞKİSİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Mehmet R. Aktekin

T441/1-1

Danışman Öğretim Üyesi
Prof.Dr. Sabahat Tezcan

ANTALYA - 1990

az:441

TEŞEKKÜR

Araştırmam sırasında değerli katkı ve önerilerini aldığım tez danışmanım Prof.Dr. Sabahat Tezcan'a, Prof.Dr. Yılmaz Baykal'a, Prof.Dr. Necati Dedeoğlu'na, Doç.Dr. Şanda Çalı'ya ve Doç.Dr. Osman Saka'ya teşekkür ederim.

Verilerin analizindeki katkılarından ötürü Yrd.Doç.Dr. Mehmet Yardımsever'e ve ayrıca işten yardımlarını aldığım Selma Ateş, Yaşar Ateş ve Üner Beköz'e teşekkürü borç bilirim.

Mehmet R. Aktekin

Sakatlar, 2000 yılına kadar en azından sosyal ve ekonomik yönden yaratıcı bir yaşam sürebilmeleri için gereken fiziksel, toplumsal ve ekonomik koşullara kavuşturulmalıdırlar.

Alma-Ata 1978 (1)

"28 yaşımdayım. Geriye dönüşü mümkün olmayan bir sakatlığım var. Meningomiyelosele ile dünyaya geldim. Zaman zaman şiddetli ve uzayıp giden ağrılar çekmekteyim. Yirminin üzerinde operasyon geçirdim. Ne idrarımı tutabiliyorum ne de gaitamı. Tekarlekli sandalyeye bağlıyım. Bu halimle hiç de iyi bir yaşantım olmasa gerek.

Neyse ki oldukça hoşgörölü bir zamanda dünyaya geldim. Güçlölklere, olumsuzluklara karşı gelme ve yaşama şansı verildi bana. Hastanede yattığım zamanlar ailem beni hastaneden ayrılıp, eve dönmem için cesaretlendiriyordu ve ben yaşamımı bu tutuma bağlı sayıyorum.

Sakatlığıma rağmen özelliğı olmayan bir okula, sonra da üniversiteye devam ettim. Sosyoloji dalında derece kazandım. Şimdi tüm gün engelli kişilerin yaşamlarını koruyabilmek için uğraş veriyorum. Sakatlığı olmayan birisiyle sekiz yıldır evliyim. Yıllardır Avrupa, Sovyetler Birliğı ve Amerika'ya dolaşıyoruz. Bu yıl Uzak Doğı'ya gitmeyi planladık.

Kötü bir yaşamım olduğunu kim söyleyebilir? Eminim ki, ben 28 günlükiken hiçbir doktor bu fiziksel problemlerime rağmen dolu dolu ve mutlu bir yaşam süreceğimi tahmin edemezdi." (2)

Alison Davis

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
1. GİRİŞ, GENEL BİLGİLER, AMAÇ	1
1.1. GİRİŞ	1
1.2. SAKATLIK KAVRAMI	2
1.3. SAKATLIK PREVALANSI	4
1.4. SAKATLIĞA YOL AÇAN FAKTÖRLER	7
1.4.1. Doğumsal Nedenler	8
1.4.2. Kazalar	8
1.4.3. Mental Bozukluklar	11
1.4.4. Beslenme Bozuklukları	13
1.4.5. Yaşlılık - Kronik Hastalıklar	14
1.5. SAKATLARIN SOSYAL SORUNLARI	15
1.6. SAKATLIKLARDAN KORUNMA	17
1.6.1. Gelişmekte Olan Ülkelerde Sakatlıktan Korunma	18
1.6.2. Gelişmiş Ülkelerde Sakatlıklardan Korunma	20
1.7. SAKATLIK VE REHABİLİTASYON	21
1.8. SAKATLIKLARIN LİSTELENMESİ	23
1.9. AMAÇLAR	26
1.9.1. Kısa Vadeli Amaçlar	26
1.9.2. Uzun Vadeli Amaçlar	27
2. MATERYAL - METOD	28
2.1. ARAŞTIRMA BÖLGESİ VE ÖZELLİKLERİ	28
2.2. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ	28
2.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ	29
2.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEME	29

2.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN BAĞIMLI DEĞİŞKENLER	32
2.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER	32
2.7. VERİ TOPLAMA VE ANKET	32
2.8. ARAŞTIRMA TAKVİMİ	35
3. BULGULAR	37
4. TARTIŞMA	61
4.1. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ	61
4.2. ARAŞTIRMAYA KATILANLARIN SOSYODERMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ	63
4.3. ARAŞTIRMADA SAPTANAN SAKATLIK VE ENGELLİLİK SIKLIĞI	65
4.3.1. Sakatlık Sıklığı	65
4.3.2. Sakatlık Türleri	66
4.3.3. Engellilik Sıklığı	69
4.4. SAKATLIK SEBEPLERİ	70
4.4.1. Doğuştan Sakatlıklar	70
4.4.2. Kazalar	73
4.5. BAZI SOSYAL VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN SAKATLIKLARLA İLİŞKİSİ	75
4.5.1. Sakatlıkların Bazı Demografik Özellikleri	75
4.5.2. Sakatlarda Eğitim Durumu	76
4.5.3. Sakatların Çalışma Durumu ve İstihdamı	77
4.5.4. Sakatlarda Sosyal Güvence	78
4.5.5. Sakatlıkların Önlenmesi, Tedavi ve Rehabilitasyonu	79
4.5.6. Sakatların Yaşama ve Toplumsal Aktivitelere Katılma Hakkı	81
5. SONUÇLAR	83
6. ÖNERİLER VE ÖZET	86
7. KAYNAKLAR	90
8. EKLER	95

TABLO DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1	: Türkiye Nüfus Sayımı'nda saptanan tüm sakatlıkların türlerine göre dağılımı (D.İ.E., 1985)	5
Tablo 2	: Bazı dünya ülkelerinde sakatlık sıklıkları (WHO, 1989)	6
Tablo 3	: Dünya'da tahmin edilen sakatlık sebepleri ve miktarları (WHO, 1981)	7
Tablo 4	: Bazı ülke ve kentlerde yaşayan yaşlıların sıklığı . . .	16
Tablo 5	: Bazı ülke ve kentlerde 60 yaş ve üzerindeki yaşlıların çalışma durumu (WHO, 1978-79)	17
Tablo 6	: Araştırma evreni ve örneklemle ilgili bilgiler (Antalya, Aralık 1989)	31
Tablo 7	: Araştırmaya katılanların oturdukları mahalle ve konutla ilgili bazı özelliklerine göre dağılımları (Antalya, Aralık 1989)	38
Tablo 8	: Araştırmaya katılanların yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	39
Tablo 9	: Araştırmaya katılanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989) . .	40
Tablo 10	: Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine ve yaptıkları işe göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	41
Tablo 11	: Araştırmaya katılanlardan 0-14 yaş grubunda olanların doğumları ve annelerinin gebeliğine ait bazı özelliklere göre dağılımı (Antalya, 1989)	42
Tablo 12	: Araştırmaya katılanların sakat olup olmadıklarına ve sakatlık sayılarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	43

Tablo 13 : Araştırmada saptanan sakatlıkların türlerine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	43
Tablo 14 : Araştırmada saptanan sakatların, sakatlıklarının sebeplerine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989) . . .	44
Tablo 15 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların sakatlık süresi, tedavi, engellilik ve rehabilitasyon durumlarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989) . . .	45
Tablo 16 : Araştırmaya katılanların yaşadıkları mahallenin niteliğine ve sakatlıkları olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	46
Tablo 17 : Araştırmaya katılanların oturdukları konutun tipine ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	46
Tablo 18 : Araştırmaya katılanların yaş gruplarına ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989) . .	47
Tablo 19 : Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989) . .	47
Tablo 20 : Araştırmaya katılanlardan 15 yaş ve üzerinde olanların medeni durumlarına ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	48
Tablo 21 : Araştırmaya katılanlardan 7 yaş ve üzerinde olanların eğitim düzeyine ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	49
Tablo 22 : Araştırmaya katılanlardan 12 yaş ve üzerindekiilerin yaptıkları işe ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	50
Tablo 23 : Araştırmaya katılanların bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumuna ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	50
Tablo 24 : Araştırmaya katılanların anne ve babaları arasındaki akrabalık durumuna ve doğuştan sakatlıkları olup olmamasına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989) . . .	51

Tablo 25 : Araştırmaya katılanların oturdukları mahallenin niteliğine ve ana ve babalarının akraba olup olmamalarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989) . . .	52
Tablo 26 : Araştırmaya katılan 0-14 yaş grubu çocukların doğum sırasına ve doğuştan sakatlık olup olmamasına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	53
Tablo 27 : Araştırmada saptanan sakatlıkların, mahallelerin niteliğine ve sakatlık sebeplerine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	53
Tablo 28 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların sakatlık sebeplerine ve oturduğu mahallenin niteliğine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	54
Tablo 29 : Araştırmada saptanan sakatlıkların cinsiyete ve sakatlık sebeplerine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	54
Tablo 30 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların yaş gruplarına ve engelli olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	55
Tablo 31 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların oturdukları mahallenin niteliğine ve engelli olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989) . . .	55
Tablo 32 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların cinsiyete ve engelli olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	56
Tablo 33 : Araştırmaya katılan 7 yaş ve üzerindikilerden sakat olduğu saptananların, yaptıkları işe ve engelli olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989) . .	57
Tablo 34 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumuna ve engelli olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)	58
Tablo 35 : Araştırmaya katılan 7 yaş ve üzerindikilerden sakat olduğu saptananların eğitim düzeyi ve engelli olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989) . .	59

- Tablo 36 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların oturdukları mahallenin niteliğine ve tedavi edilip edilmediklerine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989). . 59
- Tablo 37 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların cinsiyetlerine ve tedavi olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989) 60
- Tablo 38 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların sosyal güvencelerinin olup olmamasına ve tedavi edilip edilmediklerine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989). . 60

GİRİŞ, GENEL BİLGİLER, AMAÇLAR

1.1. GİRİŞ:

Sakatlık her zaman insanoğlunun karşısına bir sorun olarak çıkmış, sakatlar bu sorunun odağını oluşturmuşlardır. Tarih boyunca insanların soruna bakış açısı; sakatları yok etme, yaşamalarına izin verme ancak toplum dışına itme, ya da onları topluma kazandırma gibi değişimler göstermiştir. Sakatlar toplumun kendi haklarındaki hükümlerinde genellikle pasif kalmışlar, kendileri için verilen kararlara uymak zorunda olmuşlardır.

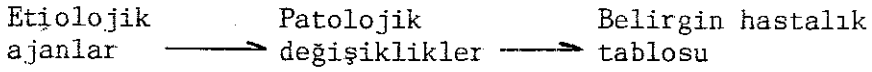
Teknolojinin gelişimi, sağlık ve insan tanımlamalarındaki genişleme ve insan haklarının gündeme gelmesi sakatın toplumdaki yerini etkileyen en önemli gelişmeler olmuş ve sakat üretim çarkında yerini almaya başlamıştır. Bugün bazı ülke ve bölgelerde sakatlar, sakatlığı olmayan insanlarla yaşam biçimi ve standardı yönünden farklılıklarını en aza indirirken, bazı ülkelerde hala toplum dışına itilmişlikten kurtulamamışlardır. Sakatın insan kimliğine kavuştuğu yerlerde rehabilitasyon kavramı ortaya çıkmış ve toplum bazında rehabilitasyon hizmetleri tartışılmaya başlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü "Sakatlıkları Önleme ve Rehabilitasyon" Uzmanlar Komitesi 17-23 Şubat 1981'de bu tartışmaları geliştirmek amacıyla toplanmıştır. Toplantının amacı, sakatlıkla ilgili terimlerin standartlaştırılması, rehabilitasyon hizmetlerinin toplum bazında ve ilk basamak sağlık hizmetleriyle ilişkili olarak nasıl verilebileceğinin ve rehabi-

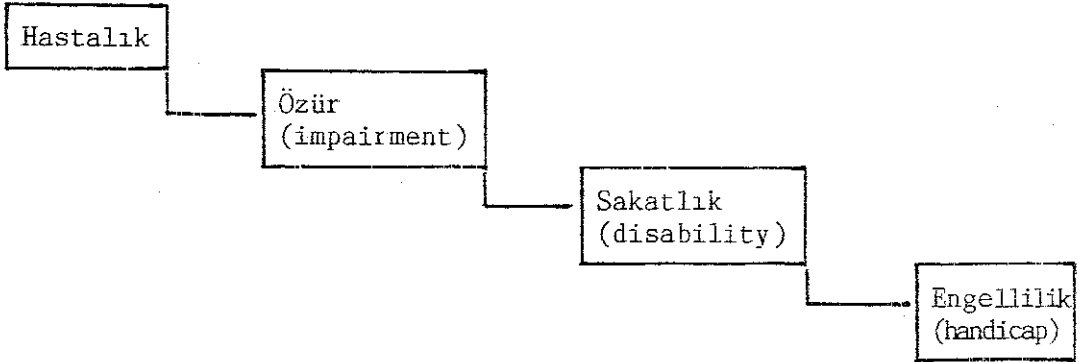
litasyon hizmetlerinin ulusal sağlık hizmetleri ile ilgili sektörlere nasıl entegre edilebileceğinin tartışılması olmuştur (3). Sakat kişilerin topluma entegrasyonu halen birçok ülkede tatmin edici düzeyden uzaktır (4).

1.2. SAKATLIK KAVRAMI

Hastalıkların oluşumu geleneksel olarak şöyle modelize edilebilir (5):



Ancak bu model hastalıkla ilgili sorunları, aşamaları ve olayın boyutlarını anlatmada yetersiz kalır. Sadece hastalık terimi, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal fonksiyonlarının devam edip etmediğı konusunda bir fikir vermez. Gerçekten hasta bir insan alışlagelmiş sosyal rolünü sürdüremez (3). Bu sebeple hastalığın oluşumuyla ilgili bu sıralama aşağıdaki şekilde gelişmeye gereksinim duyar (5):



1. Özür: Kişinin fizyolojik, psikolojik veya anatomik yapı ve fonksiyonlarındaki herhangi bir eksiklik ya da anormalliktir. Şöyle sınıflandırılır (6):

a. İskelet sistemi bozuklukları..

- b. Entellektüel (zeka, hafıza ve düşünce ile ilgili) bozukluklar.
- c. Göz ve görme ile ilgili bozukluklar.
- d. Lisan ve konuşma bozuklukları.
- e. İşitme bozuklukları.
- f. Diğer psikolojik bozukluklar.
- g. Şekil, görünüm bozuklukları.
- h. Jeneralize, duyusal ve diğer bozukluklar.
- ı. Visseral (iç organ) bozukluklar.

2. Sakatlık: Özürlü sonucu oluşan ve normal bir insanın başarıyla sonuçlandırabileceği herhangi bir aktiviteyi gerçekleştirmede ortaya çıkan bir eksiklik veya sınırlanmadır (6). Şöyle sınıflanır:

- a. Davranış sakatlıkları.
- b. İletişim sakatlıkları.
- c. Kişisel bakımla ilgili sakatlıklar.
- d. Hareket ile ilgili sakatlıklar.
- e. Vücuttaki pozisyon bozuklukları sonucu oluşan sakatlıklar.
- f. Beceri ve hünerle ilgili sakatlıklar.
- g. Tolerans azlığı, mekanik gereçlere bağımlılık gibi, kişinin içinde bulunduğu durumla ilgili sakatlıklar.
- h. Özel becerilerle ilgili sakatlıklar.
- ı. Diğer sakatlıklar.

3. Engellilik: Yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak, özürlü veya sakatlık sonucu oluşan, o birey için normal olan bir rolün yerine getirilememesi, tamamlanamaması veya eksik kalmasıdır (6). Eksik kalan bir fonksiyon, bir aktiviteyle sınırlı olmayıp, yaşamı oluşturan rollerden biridir. Şöyle sınıflandırılır:

- a. Orientasyonla ilgili engellilikler.

- b. Fizik bağımlılık yaratan engellilikler.
- c. Hareketle ilgili engellilikler.
- d. Sosyal durum ve integrasyonla ilgili engellilikler.
- e. Ekonomik yeterliliği önleyen engellilikler.

Birçok ülkede özür başlığı altında toplanan kavramlar sakatlık olarak bilinir. Bunun nedeni bu özürlerin hemen tümünün bir fonksiyon bozukluğuna yol açıp, sakatlık boyutunun içine girmeleridir. Örneğin ülkemizde Devlet İstatistik Enstitüsü nüfus sayımlarında sakatlıkları; iki gözü kör, bir gözü kör, iki kulağı sağır, bir kulağı sağır, çolak, topal, kambur, kötürüm, zihinsel ve ruhsal özürlü ve diğer diye sınıflandırmıştır. Ancak bu özürlerin hepsi de kişide bir fonksiyonun bozulmasına yol açtığından, sınıflandırma, terminolojisi dışında bir sorun yaratmamaktadır. Nitekim DİE'nün rakamları DSÖ'nün dünya ülkelerinde sakatların sıklığı listesinde yer almıştır.

1.3. SAKATLIK PREVALANSI

1976 yılında Dünya Sağlık Örgütü'ne sunulan bir dökümanda gelişmiş ülkelerde sakatlıklarla ilgili önemli bazı çalışmaların sonuçları ve yine bazı gelişmekte olan ülkelerde sakatlık sıklığı konusundaki tahminler yer almıştır. Bu bilgiler ve kesin olmayan diğer bilgilerin biraraya gelmesiyle sakatlık sıklığı konusunda bir tahmin yapılabilmiştir. Dünya nüfusunun %10.0'unun sakatlardan oluştuğu sanılmaktadır. Bu tahmin bazı uzmanlarca benimsenirken, bazılarınca düşük, bazılarınca yüksek bulunmuştur (3).

Yine toplumun ne kadarının rehabilitasyona ihtiyacı olduğunu bulmanın önemi ortadadır. Gelişmekte olan çeşitli ülkelere gelen ön tahminler, tüm sakatların ancak % 1.5'inin herhangi bir zamanda rehabili-

tasyon hizmetinden yararlandığını vurgulamakta, oysa bu ülkelerde 40 milyon kadar sakatın rehabilitasyona ihtiyacı olduğu düşünülmektedir (3).

1985 Nüfus sayımı'na göre Türkiye'de 695.071 sakat olduğu saptanmıştır (7). Bu sakatların türlerine göre dağılımı şöyledir (Tablo 1).

Tablo 1 : Türkiye Nüfus Sayımı'nda saptanan tüm sakatlıkların türlerine göre dağılımı (D.İ.E., 1985)

S A K A T L I K	T Ü R Ü	Kişi Sayısı	%	Toplam %
Görsel Sakatlıklar	İki gözü kör	43.709	6.3	19.2
	Bir gözü kör	89.832	12.9	
İşitsel Sakatlıklar	İki kulağı sağır	65.923	9.5	11.4
	Bir kulağı sağır	13.311	1.9	
Ortopedik ve Nörovasküler Sakatlıklar	Çolak	34.747	5.0	43.1
	Topal	199.602	28.7	
	Kambur	2.681	0.4	
	Kötürüm	62.374	9.0	
Mental Sakatlıklar	Zihinsel ve ruhsal özürlü	101.648	14.6	14.6
Diğer ve Bilinmeyen	Diğer	75.193	10.8	11.7
	Bilinmeyen	6.051	0.9	
T o p l a m		695.071	100.0	100.0

Bu sonuçlara göre sakat kişiler toplam nüfusun % 1.4'ünü oluşturmaktadır (7).

1971 yılında Kanbak, Etimesgut Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Yenikent Sağlık Ocağı Bölgesi'nde, kırsal alanda % 6.7 oranında ortopedik sakatlık bulmuştur. Bunların % 2.7'si doğuştan, % 1.9'u travmatik, % 0.8'i enfeksiyozdur (8).

Bazı ülkelerde yapılan sakatlık sıklığı araştırmalarının ve nüfus sayımlarının sonuçları Dünya Sağlık Örgütü'nce derlenmiş olup Tablo 2'de sunulmuştur (9):

Tablo 2 : Bazı dünya ülkelerinde sakatlık sıklıkları (WHO, 1989)

A. NÜFUS SAYIMLARI	Yıl	Yaş Grubu	Sakatlık Sıklığı (%)	E/K
1. A.B.D.	1980	16-64	8.5	1.10
2. Polonya	1978	Tüm yaşlar	7.1	-
3. Mali	1976	Tüm yaşlar	3.0	1.04
4. Türkiye	1975	Tüm yaşlar	1.5	1.44
5. Türkiye	1985	Tüm yaşlar	1.4	1.61
6. St. Helena	1976	Tüm yaşlar	1.4	0.84
7. Endonezya	1980	Tüm yaşlar	1.1	-
8. Bahreyn	1981	Tüm yaşlar	1.0	1.23
9. Tunus	1984	Tüm yaşlar	0.9	1.61
10. Tunus	1975	Tüm yaşlar	0.8	1.54
11. Honk Kong	1981	Tüm yaşlar	0.8	-
12. Panama	1980	0-39	0.7	1.27
13. Pakistan	1981	Tüm yaşlar	0.5	0.73
14. Sri Lanka ^x	1981	Tüm yaşlar	0.4	1.44
15. Küveyt	1980	Tüm yaşlar	0.4	1.43
16. Mısır	1976	Tüm yaşlar	0.3	2.81
17. Peru	1981	Tüm yaşlar	0.2	-
B. SAHA ARAŞTIRMALARI	Yıl	Yaş Grubu	Sakatlık Sıklığı (%)	E/K
1. Avusturya	1976	Tüm yaşlar	20.9	0.91
2. Norveç ^{xx}	1983	Tüm yaşlar	20.0 kadın 15.0 erkek	0.75
3. İspanya	1986	Tüm yaşlar	15.0	0.94
4. İngiltere	1985-80	16 ve üzeri	13.5	0.75
5. Avustralya	1981	Tüm yaşlar	13.2	-
6. Kanada	1986	Tüm yaşlar	13.2	0.92
7. F. Almanya	1983	Tüm yaşlar	11.8 erkek 9.8 kadın	1.20
8. Kanada ^{xxx}	1983	Tüm yaşlar	11.2 ^{xxxxx}	0.90
9. Etiyopya	1979-81	Tüm yaşlar	5.5	-
10. Çin	1987	Tüm yaşlar	4.9	-
11. Filipinler	1980	Tüm yaşlar	4.4	1.36
12. Nepal	1980	Tüm yaşlar	3.0	-
13. Mısır	1979-81	Tüm yaşlar	1.5	1.57
14. Çin ^{xxxx}	1983	0-14	1.4	1.13
15. Tayland ^{xx}	1981	Tüm yaşlar	0.8	1.34

^xSakat kişiler değil, tüm sakatlıklar sayılmıştır.

^{xx}Yaşam tarzı ve standardı araştırmaları.

^{xxx}Tıbbi araştırmalar.

^{xxxx}Demografik araştırmalar.

^{xxxxx}Kırsal nüfus üzerinde yapılmıştır.

1.4. SAKATLIĞA YOL AÇAN FAKTÖRLER

Dünyada sakatların sayısı ve sakatlık nedenleri Dünya Sağlık Örgütü'nce şöyle tahmin edilmektedir (10):

Tablo 3 : Dünyada tahmin edilen sakatlık sebepleri ve miktarları
(WHO, 1981)

SAKATLIK NEDENİ	Tahmin Edilen Sakat Sayısı	
	Milyon Kişi	%
Konjenital Bozukluklar		
Mental retardasyon ^x	40	7.8
Somatik kalıtsal nedenler	40	7.8
Kalıtsal olmayan bozukluklar	20	3.9
Bulaşıcı Hastalıklar		
Poliomyelit	1.5	0.3
Trahom	10	1.9
Lepra	3.5	0.7
Onkoserkozis	1	0.2
Diğer bulaşıcı hastalıklar	40	7.8
Bulaşıcı Olmayan Somatik Hastalıklar	100	19.3
Fonksiyonel Psikiyatrik Bozukluklar	40	7.8
Kronik Alkolizm ve İlaç Bağımlılığı	40	7.8
Travma veya Yaralanmalar		
Trafik kazaları	30	5.8
İş kazaları	15	2.9
Ev kazaları	30	5.8
Diğer kaza ve yaralanmalar	3	0.6
Beslenme Bozuklukları	100	19.3
Diğer Sebepler	2	0.4
T o p l a m	516	100.0
Birden Çok Sakatlığı olanlar (Duplikasyonlar)	129	
G e n e l T o p l a m	387	

^x Tümü konjenital değil.

^{xx} Dünya nüfusu 4 milyar olarak alınmıştır.

1.4.1. Doğumsal Nedenler

Sakatlıkların sebepleri araştırıldığında önemli bir kısmının doğumsal olduğu gözlenir. D.S.Ö.'nün yayınlanmamış dökümanlarına göre, canlı doğan bebeklerin % 4.0 ile % 7.0'si çeşitli şiddette bir veya daha fazla defekte sahiptir (11). Tüm yeni doğanların % 0.5'inde kromozomal defekt, % 0.3-0.5'inde genetik kökenli metabolik bir hastalık varken, tüm canlı doğumların % 3.0 kadarında santral sinir sistemi defekti (epilepsi, serebral palsi, hidrosefali, mental retardasyon v.b.) olduğu bilinmektedir. Bunların %25.0'i ile %50.0'si doğum travmalarına bağlıdır. Doğum hizmetlerinin yetersiz olduğu ülkelerde bu oranın artması beklenmektedir (11).

29. Dünya Sağlık Birliği Toplantısı'nda doğum defektlerinin perinatal periyottaki mortalite ve morbiditenin, yaşamın geri kalan kısmında sakat kalmanın önemli bir sebebi olduğu, 1000 doğumdan 25'inde major malformasyonlar görüldüğü vurgulanmıştır (12).

1.4.2. Kazalar

Bir diğer önemli sakatlık sebebi de kazalar, özellikle de yol kazalarıdır. Araç sayısının hızla arttığı ülkelerde yol travmaları giderek daha ciddi bir sorun olmaya başlamıştır. Her türlü travma, kafaya maruz yaralanmalar, parapleji ve quadroleji ile sonuçlanan omurilik yaralanmaları gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır (13). Bu vakalarda şiddetli engellilik mevcut olup tıbbi hizmet birimlerini doldururlar, üretime katılmadan uzun süre bakım gerektiren hastalar sosyoekonomik kaynakların ziyan olmasına yol açarlar. Pek çok ülkede kazalar hastanelere acil başvuruların ilk veya ikinci sebebini oluştururlar.

Sakatlık ve engellilik konusundaki bilgiler sınırlı sayıda ülkeden

elde edilmektedir. Bunlardan biri Hollanda'dır. Hollanda'da nüfusun % 8.7'sinin bir sakatlığı vardır. Bunun %42.0'si alt ekstremitelerin fonksiyon bozukluğundan kaynaklanmaktadır. Erkeklerin %15.1'i, kadınlarınsa %11.4'ü herhangi bir kaza sonucu bu duruma gelmişlerdir. Bu kazaların da %37.2'si trafik kazası, %22.9'u ev kazasıdır (10). Hollanda'da çeşitli rehabilitasyon ünitelerinde tedavi edilen 1205 tane kaza kurbanının 599'u trafik kazası geçirmiş olup, bunların 134 tanesi sürekli tekerlekli sandalyeye mahkum olmuşlardır.

Fransa'nın Rhone bölgesinde kaza sonucu omurilik yaralanması bir milyon nüfusta 18.5 bulunmuştur. Bunların %42.8'i trafik kazası sonucu oluşup, %30.7'si dört tekerlekli, %12.1'i iki tekerlekli araçlarla oluşmuştur. Trafik kazalarında özellikle tetrapleji riski yüksektir. Dört tekerlekli araç kazaları sonucu oluşan omurilik yaralanmalarının %33.2'si, iki tekerlekli araç kazalarında oluşan yaralanmalarına %20.3'ü tetrapleji ile sonuçlanmıştır (11).

Trafik kazaları çocukluk çağında da motor engelliliklerin en önemli nedenlerindendir. Bu görünüm özellikle poliomyelitin eradike olduğu ve perinatal bakım kalitesinin yüksek olduğu ülkelerde rölatif olarak daha da dikkat çekicidir (14).

A.B.D.'de her yıl 5 milyon kişi motorlu araç kazalarından yaralanmakta, bu yaralanmaların 1.7 milyonunda bir fonksiyon kaybı oluşmakta, bunların da 150.000 kadarı kalıcı sakatlığa dönüşmektedir. En önemli trafik kazası nedenleri; alkol kullanımı, yüksek hız ve gece yolculuktur. Aynı ülkede her yıl 25 milyon kişi ev kazası geçirmekte, bunların 80.000'inde kalıcı sakatlık meydana gelmektedir. Yine bu ülkede halka açık yerlerde her yıl 29 milyon kişi hasar görmekte, bunların arasından 60.000'inde kalıcı sakatlık oluşmaktadır (15).

İş kazaları, hatta ölümle sonuçlanan iş kazaları hakkında dahi kesin sayılar yoktur. Fakat dünyada, her yıl iş kazalarından dolayı 180.000 işçinin öldüğü, 110 milyon işçinin de yaralandığı tahmin edilmektedir (16). ILO (International Labour Organisation)'un tahminine göre 1980 yılında Çin dışında kalan gelişmekte olan ülkelerde 8 milyon yaralanma ve 33.000 ölüm olayı meydana gelmiştir (16). Avrupa'da her yıl 10 milyon iş kazası meydana gelmekte, bunun 20.000'i ölümle sonuçlanmaktadır. A.B.D.'de her yıl 11 milyon kişi iş kazasından yaralanmakta, 70.000 kişide kalıcı sakatlık oluşmaktadır (15).

Bu rakamlar iş kazalarının insan yaşamı için ne derece önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Bu kazalar genellikle gençlerde ortaya çıkmakta ve uzun süreli sakatlıklara, birçok çalışma yılının kaybına yol açmaktadır. İş kazaları sonucu sakat kalan insanlar toplumun en üretici kesimini oluşturmaktadır. Tüm kazalarla meydana gelen ulusal ekonomi kaybı tüm ulusal üretimin % 1-4'ünü kapsayabilmektedir.

Ülkemizde yaklaşık olarak yılda 20.000 kişinin tüm kazalar sonucu öldüğü sanılmaktadır. Ölümle sonuçlanan her bir kazaya karşılık 1.5-2 devamlı sakatlık, 100-200 geçici sakatlık oluşmaktadır (17). SSK kayıtlarına göre 1987 yılında ülkemizde SSK'lı işçiler 158.836 iş kazası geçirmişler, bunlar arasında 838 kişi ölmüş, 2.732 kişi de iş göremez hale gelmiştir. Bu işçiler 108.483 gün hastanede yatmışlar, toplam olarak 2.512.478 gün iş göremezlik meydana gelmiştir. Aynı yıl kurum tarafından harcanan ödenek 4.921.496.000 II'dir (18).

Önemli bir diğer nokta kaza sonucu tutum ve ilk yardımdır. Birçok kişi travmadan değil travma sonrası taşınma sırasında sakat kalmaktadır (örneğin omurilik yaralanmaları). Paraplejik ve tetraplejik hastaların yaklaşık %10'unun sakatlığı kaza sonrası yanlış tutuma bağlıdır (17).

Araştırmaların sonuçları, sakatlık ve ölümle sonuçlanan ciddi trafik kazalarının %30.0-50.0'sinde alkolün doğrudan sebep olduğunu göstermektedir (13). 1974 yılında Meksika'da tüm kazaların %20.0'sinin sebebinin alkollü araç kullanma olduğu tespit edilmiştir. 1976 yılında İskoçya'da yapılan bir çalışmada kafa travmalarının %42.0'sinde kan alkol düzeyi 100 mg / 100 ml'tnin üzerinde bulunmuştur (19). Kazalar, dolayısıyla sakatlıklarla, kan alkol düzeyi arasındaki ilişkiye dair pek çok güvenilir bilgi vardır. Alkolün gerek kazalar, gerekse iç organ bozukluklarındaki rolü oldukça büyük bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Alkolik tanısı konan kişiler özellikle psikiyatrik hastane yataklarının önemli bir kısmını işgal etmektedirler (20).

İlaç alışkanlıklarının kazalar ve sakatlıklar üzerine etkisi, gerek kendi başlarına, gerekse alkol ile kombine alındığında ortaya çıkmaktadır. İlaç kullanımı özellikle uzun yol kamyon sürücüleri ve bazı ülkelerde gençler arasında oldukça yaygın bir uygulamadır (13).

1.4.3. Mental Bozukluklar

Dünya'da en az 40 milyon insan şizofreni ve demans gibi ciddi mental hastalıklara maruzdur. Ayrıca 20 milyon kadar epilepsi, 200 milyon kadar da nöroz, mental retardasyon, nöropati gibi daha az şiddette mental ve nörolojik bozukluk insanların kapasitesine engel olmaktadır. Bu tabloya alkol ve ilaç bağımlılığı problemlerinin eklenmesi sorunun boyutunu daha da büyütür. Shanghai'da yapılan bir çalışmada mental hastalıkların sıklığı toplumda binde 7.28 bulunmuştur (21). 1964-67 yıllarında Baykan, psikoz, zeka geriliği, epileptik sendrom, psikonevrozlar ve kronik beyin sendromlarının sıklığını Yenikent Sağlık Ocağı'na bağlı iki kırsal ve bir kentsel bölgede binde 13.6 bulmuştur (22).

Belirgin sakatlığa yol açan fobik hastalıkların insidansı gelişmiş

lkelerde binde 1.0 ve 2.0 arasındadır. Bunlar psikiyatrik hastaların % 2.0-3.0'unu oluştururlar (23).

Toplumda depressif hastalıklara daha sık rastlanmaktadır. Bu hastalığın sıklığı çeşitli çalışmalarda erkeklerde binde 9.0 ile 18.0, kadınlarda binde 22.0 ile 28.0 arasında bulunmuştur (23).

Tüm psikiyatrik hastalıklar arasında en korkulanı şizofrenidir. şizofreni birçok engelliliğe yol açabilir. şizofreni insidansı A.B.D.'de 50-250/100.000 olarak tahmin edilmektedir (15). 1960 yılında A.B.D.'ndeki tüm resmi ve özel mental hastanelere başvuran şizofren sayısı 100.000 kişide 24.7 bulunmuş olup İngiltere ve Galler'de bu oran 17.4 tür (24). 1965 yılında A.B.D.'de tüm mental hastanelerde yatan şizofrenlerin sayısı 100.000 kişide 160 bulunmuştur (15). Bu kişilerde hastalığa yakalanmadan önce yoksulluk, eğitim eksikliği, beceri azlığı ve sosyal izolasyon gibi handikaplar, bunların yanısıra hastalıktan kaynaklanan engellilikler vardır (23).

Epilepsiye bağlı sakatlıklar arada sırada çıkmakla birlikte bu hastalarda her zaman sosyal engellilik vardır. Bu kişiler araba kullanamazlar, yzemezler ve kendilerini risk altına sokamazlar (ağır aletlerle çalışma gibi). Epilepsi genel populasyonda binde 6.0 oranında görülürken, psikiyatrik hastalarda oldukça yüksek oranlardadır (%3.0-10.0) (23). Gelecekte olan ülkelerde epilepsiyle ilgili bilgilerin çoğu hastane kaynaqlıdır. Bunlar genellikle buzdağının görünen kısmını oluştururlar. Gelecekte olan birkaç ülkede yapılan çalışmalarda epilepsi sıklığının gelemiş ülkelere göre oldukça yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Örneğin Bogota'da (Kolombiya) bu oran %19.5, Melipilla'da (şili) %21.1'dir. Gelecekte olan ülkelerdeki bu yükseklik düşük kalitede antenatal bakıma, doğum travmalarına, prematriteliğe, çocukluk ağı ve yenidoğan dönemi

hastalıklarıyla malnütrüsyon ve enfeksiyonların sıklığına bağlanmaktadır (25). Baykan'ın çalışmasında bu oran binde 4.4'tür (22).

Bir diğer önemli sakatlık nedeni demanstır. Demansın 65 yaşın üzerinde % 5.0-8.0, 80 yaşın üzerinde ise % 15.0-20.0 oranında görüldüğü tahmin edilmektedir (26). Mannheim'da 65 yaş üzerindeki nüfustan rastgele örneklemeyle seçilen bir grupta yapılan çalışmada psikiyatrik skorlarla inceleme sonucu, tıbbi bakım veya yardıma ihtiyaç duyacak derecede psikiyatrik vaka oranı %23.3 bulunmuştur (27).

Mental retardasyon şiddetli sakatlık haliyle süregelen bir başka bozukluktur. Genellikle çocukluk çağında tanınır. Özel okullarda eğitim görmeye, özel mekanlara ve özel rehberlik hizmetlerine gereksinim doğurur. A.B.D.'nde mental retardasyon toplumun % 3.0'ünde görülmektedir. Bu ülkede 7 milyon mental retarde olduğu sanılmaktadır. Vakaların %90.0'ı doğumda veya doğumdan sonra ilk iki yıl içinde ortaya çıkmaktadır (15). Baykan araştırmasında bu oranı binde 4.0 bulmuştur (22).

1.4.4. Beslenme Bozuklukları

Sakatlık nedenlerinin en önemlilerinden biri çocukluk çağındaki malnütrüsyondur. Özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülen bu problem, mental retardasyondan gelişme geriliğine, kronik hastalıklardan körlüğe kadar birçok sakatlığın ve o denli de ölümün nedenidir. Malnütrüsyon $\longleftrightarrow$ enfeksiyon zincirinin varlığı, malnütrüsyonun çeşitli enfeksiyonlara bağlı sakatlıklarda da pay sahibi olmasına yol açmaktadır.

Üzerinde önemle durulan, oldukça büyük boyutlu ve az gelişmiş ülkelerde sebepleri arasında malnütrüsyonun yer aldığı bir sorun körlüktür. Şu anda dünyada 30-40 milyon dolaylarında kör kişi olduğu, aktif önlem-

ler alınmaz ise bu sayının süratle artacağı sanılmaktadır (28). 1970'li yıllarda dünyada kısmi olanlar bir yana bırakılırsa 10-15 milyon kör olduğu tahmin ediliyordu. Önemli olan bunların yarısından çoğunun zamanında tanınıp, tedavi edilebilseydi önlenebileceği idi (29). Körlük, Amerika ve Avrupa'da binde 2.0'nin altında iken, az gelişmiş ülkelerde, özellikle Afrika ve Asya'da % 1.0'in üzerine çıkmaktadır (29). Gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde önemli körlük nedenleri; trahom, A vitamini yetmezliği v.b. gibi hastalıklar iken (30), gelişmiş ülkelerde kronik hastalıklar ve travmalar daha ön plana çıkmaktadır. Bunlardan diyabet özellikle orta yaşlarda körlüğün önde gelen sebeplerindendir (31).

1.4.5. Yaşlılık - Kronik Hastalıklar

Yaşla birlikte kronik hastalıklarda görülen artışlara paralel olarak sakatlık sayısı da artmaktadır. Bunlar arasında nörolojik, iskelet-kas sistemi, görsel, işitsel ve psikolojik sakatlıklar ön sırayı almaktadır (32). Sakatın kendi kendine yetebilirliği çok önemli bir parametredir. D.S.Ö. Çalışma Grubu'nun 60-90 yaşlarındaki toplumu temsil eden bir örnekte yaptığı çalışmada herhangi bir konuda iş görememezlik (inability) sıklığı 60 yaşındakilerde %50.0, en yaşlı grupta ise %91.0-97.0 dolaylarında bulunmuştur. Kendi başına ev dışına çıkamama kadınlarda %12.0, erkeklerde % 1.2'dir. Yine ev içinde mobilite kısıtlılığı erkeklerde binde 6.0, kadınlarda ise % 6.0'dır. Herhangi birinin yardımı olmadan erkeklerin % 6.0'ı, kadınların % 1.0-2.0'si tuvalet ihtiyacını giderebilmektedir. Kendi kendine banyo yapamama 60-64 yaş grubunda % 1.0-2.0 iken, 85-89 yaş grubunda % 9.3'tür. Yakın yerlere gidememe ve toplu taşıma araçlarından yararlanamama kadınlarda erkeklerden iki kat fazla bulunmuştur (27).

Mannheim'da 65 yaşın üzerinde yapılan çalışmada ciddi veya orta

derecede görme bozukluğu % 17.2, işitme bozukluğu % 13.1, hareket (mobilité) bozukluğu da %25.6 bulunmuştur. Yaşlıların % 9.6'sı şiddetli, %25.4'ü de orta derecede fizik engelli olarak saptanmıştır (27).

1.5. SAKATLARIN SOSYAL SORUNLARI

Sakat çocuklar arasında ölümlerin, sakat olmayanlardan çok daha sık görüldüğü bilinmektedir. Sakat çocuklarda başlıca ölüm sebepleri malnütrüsyon, gastrointestinal ve bronkopulmoner enfeksiyonlardır. Benzer olarak bu çocuklarda çeşitli hastalıklara yakalanma da sağlam çocuklara göre daha sıktır (3).

Genellikle yetişkin sakatlar, sakatlığı olmayan insanlara göre düşük gelirlidir. Göze çarpan sakatlığı olan kadınların eşleri tarafından daha çok terkedilmektedirler. Bu nedenle bu kadınlar daha fazla çocuklarından ayrılmak durumundadırlar (3).

Sakat çocuklar sakatlığı olmayanlara göre daha az okula gitme fırsatı bulurlar. Ailede sakat bir çocuğun varlığı sadece kendisinin değil, kardeşlerinin evliliğini bile olumsuz etkilemektedir (3).

Sakat kişilerde sosyal izolasyon oldukça sık görülen bir durumdur. Bu olay sadece lepra, tüberküloz gibi bulaşıcı hastalığı olan kişileri değil, aynı zamanda kifoskolyoz gibi gözle görülür bozukluğu olan kişileri, yine mental retarde, psikotik ve epileptikleri de etkilemektedir. Birçok toplumda sakatlar, eskiden kalan korkular, inanışlar ve gelenekler nedeniyle toplum dışına itilmektedirler (3).

Sakatlar genellikle toplumlarda lider konumlardan uzak tutulmakta, politik mevkilere getirilmemekte, planlayıcı ve karar verici olarak istenmemektedirler. Gelişmiş ülkelerde sakat kişilerin yaşam standardını inceleyen pek çok çalışma vardır. Bunlara göre sakat kişiler daha az

egitim alirlar, daha azı meslek sahibi olur, genellikle işsizdirler. Sakatlık sigortası gibi bazı kazanımları olmasına rağmen sakat olmayanlara göre ekonomik olanakları daha kötü, yaşam standartları düşüktür. Oldukça az bir kısmı evlenebilir ve bir aile sahibi olur (3).

Yaşlılar yaşam standardı yönünden incelendiğinde karşımıza farklı sorunlar çıkmaktadır. Batı Avrupa'nın büyük şehirlerinde kuşakları birbirinden ayırmaya yönelmiş bir eğilim vardır (27). Kuzey ve Doğu Avrupa Ülkeleri'nde bu yaklaşım daha az iken, İslam Ülkeleri'nde oldukça nadirdir.(Tablo 4).

Tablo 4 : Bazı ülke ve kentlerde yalnız yaşayan yaşlıların sıklığı

Ü l k e, K e n t	Erkek (%)	Kadın (%)
Batı Berlin	23.7	62.0
Tampera (Finlandiya)	21.7	50.0
Floransa (İtalya)	6.8	21.1
Polonya	5.4	19.7
Kuveyt	1.6	0.42

Yalnız yaşam yeni sakatlıkların oluşmasında en önemli öncül faktörlerden biridir. Bazı ülkelerde emekliler hala önemli oranlarda profesyonel yaşamlarını devam ettirmektedirler. Bu sakatlıkların önlenmesine yardımcı bir faktördür. Ancak yaşlının kendi fizik kapasitesinin üzerinde bir güçle çalışması, sakatlık sürecini hızlandırabilir. D.S.Ö. rakamlarına göre bazı bölgelerde 60 yaşın üzerindeki yaşlıların aktif çalışma yaşamlarında yer alma oranları Tablo 5'te gösterilmiştir (27).

Tablo 5 : Bazı ülke ve kentlerde 60 yaş ve üzerindeki yaşlıların çalışma durumu (WHO, 1978-79)

Ü l k e, K e n t	Erkek (%)	Kadın (%)
Batı Berlin	21.7	5.5
Tampera (Finlandiya)	19.0	14.8
İtalya	25.3	4.5
Polonya	36.7	18.2
Kuveyt	61.4	5.4

Yaşlılarda sakatlık üzerine etkili bir diğer etmen yaşanan evin ve çevrenin standartlarıdır. Evin odalarının büyüklüğü, oda sayısı, kira durumu, yattığı yatağın konumu, devamlı kullandığı alış veriş yerlerinin giriş ve çıkışları, eğlence olanakları, sıcak su, banyo, radyo, televizyon ve telefon bulunmasına kadar birçok etken bu gruba girer. Bu sayıların yokluğu veya uygunsuzluğu ruh sağlığını olduğu kadar fiziksel iyiliği de etkiler.

1975-2000 yılları arasındaki dönemde dünyadaki sakatların sayısında 200 milyon civarında bir artış olması beklenmektedir. Bir diğer tahmine göre 1970'te gelişmekte olan ülkelerde bulunan 60-70 milyon sakat çocuk sayısının, eğer koruyucu önlemler geliştirilmez ve uygulanmaz ise, 2000'de 135-150 milyona ulaşacağı beklenmektedir (3). Önümüzdeki yıllarda dünya nüfusunun yapısındaki değişiklikler, sağlık hizmetlerinin kapsam ve niteliğindeki değişiklikler, şehirleşme ve endüstrileşmede artış sakatlık sıklığını en çok etkileyecek faktörler olacaklardır.

1.6. SAKATLIKLARDAN KORUNMA

1977'de Dünya Sağlık Örgütü'nün kararına göre 2000 yılında tüm

dünya milletlerinin sosyal ve ekonomik düzeylerinin sağlık problemlerini çözümleyebilecek bir seviyeye ulaşması hedeflenmiştir (3). 1978'de Alma Ata'da bu hedefe ulaşmak için gereken anahtarın birincil (primer) sağlık hizmetleri olduğu açıklanmıştır (1). Bu yaklaşımın ışığı altında sakatlıklardan korunmada genel korunma ilkelerinin geçerli olduğu saptanmıştır. Buna göre koruma ilkeleri şöyle sınıflandırılır (3).

a. Birinci (Primer) Düzey Koruma: Özürlü (impairment) oluşumunu engellemek veya azaltmak.

b. İkinci (Sekonder) Düzey Koruma: Özürlü sonucunda oluşan sakatlıkları (disability) engelleme veya azaltma.

c. Üçüncü (Tersiyer) Düzey Koruma: Özürlü veya sakatlıkların engelliğe (handicap) dönüşmesini önlemek veya azaltmak.

Sakatlığın önlenmesine bakış açısı etyolojide rol alan faktörlerin değişik olması nedeniyle, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklıdır.

1.6.1. Gelişmekte Olan Ülkelerde Sakatlıklardan Korunma

a. Birinci Düzey Korunma: Gelişmekte olan ülkelerde sakatlığa yol açan özürlülerin en önemli nedenleri düşük kalitede perinatal bakım, malnütrüsyon, bulaşıcı hastalıklar ve şiddet olaylarını da içeren kazalardır. Bunlar tüm gelişmekte olan ülkelerde sakatlık nedenlerinin %70.0'ini oluştururlar (3). Sayılan nedenlerin hemen tümü öncelikle bebekleri ve çocukları etkilemektedir. O halde sakatlıkları önleme amacı güden önlemlerin ağırlığı bebeklere ve çocuklara yönelik olmalıdır. Sakat çocuklarda ölüm hızı, normal çocuklara göre yüksek olduğundan, alınan önlemlerin başarısı ölüm hızlarından izlenebilir. Son zamanlarda bazı ülkelerde yapılan çalışmalarla malnütrüsyon azalırken, özellikle Afrika Ülkeleri'nde

artmıştır. Bulaşıcı hastalıklar kontrol altına alınmış, çiçek eradike edilmiş, bazı ülkelerde poliomiyelit, tüberküloz, boğmaca, difteri, tetanoza karşı yüksek bağışıklık sağlanmıştır. Ancak bazı ülkelerde bulaşıcı hastalıklar iç açıcı tablolar çizmemektedir. Örneğin sıtma son yıllarda artmaktadır. Perinatal bakımın niteliği bazı gelişmekte olan ülkelerde gerçekten çok düşüktür. Hızlı kentleşme, nüfus artışı, sosyal sorunlar sonucu şiddet ve kazalar artmıştır. Yanısıra alkol ve ilaç alışkanlıkları ile psikososyal olumsuzluklar bu ülkelerde önemli sakatlık sebepleri arasına girmeye başlamışlardır.

Bu görünüm altında özür oluşumunu önlemek için ilk akla gelen önlemler; sağlık eğitimi, bağışıklama, beslenmenin düzenlenmesi, toplumun nüfus yapısının düzenlenmesi, perinatal bakım hizmetlerinin niteliğinin artırılması, uygun ve sağlıklı bir çevre yaratılması, ilaç-alkol-tütün alışkanlıklarının giderilmesi, prenatal tanı tekniklerinin geliştirilmesi ve uygulamaya sokulması, işyerlerinde sağlıklı çalışma ortamları yaratılarak iş kazalarının azaltılması, çocukların hırpalanmasının, dövülmesinin önlenmesi, olumlu trafik koşullarının sağlanması ve toplumun genel eğitim düzeyinin yükseltilmesi gibi sıralanabilir (3).

b. İkinci Düzey Korunma: Eğer özür oluşmuş ise o zaman uzun dönemde oluşacak bir sakatlıktan korunma söz konusudur. Bu da erken teşhis, erken müdahale ve etkili tedavi ile mümkün olur. İkincil düzey korunmada önemli bir diğer nokta, var olan özüre ilave olarak yeni bir özür oluşmasını önlemektir. Örneğin somatik bir yakınmanın psikolojik bir bozukluk yaratması gibi.

c. Üçüncü Düzey Korunma: Özür veya sakatlığın engelliliğe dönüşmesini önlemeye yönelik tüm çabaları içerir. Bu çabalar kabaca rehabilitasyon başlığı altında toplanabilir. Rehabilitasyon; sakatlık ve engellili-

ğın etkilerini azaltma, sakat ve engellinin sosyal integrasyonunu sağlama çalışmalarıdır. Rehabilitasyonun amacı sadece sakat ve engelli kişilerin çevrelerine adaptasyonu değil, aynı zamanda kişinin devamlı bulunup kullandığı çevresinin de sakatın sosyal uyumu doğrultusunda düzenlenmesidir (3). Olay toplum bazında incelendiğinde, rehabilitasyon ile özür - sakat ve engellilerin toplumun olanaklarını kullanmaları ve mevcut olmayan olanakların yaratılabilmesi için toplum düzeyinde yapılan çalışmalar akla gelir. Sakat ve engellilerin toplum yaşamına aktif olarak katılımı sosyal entegrasyon terimi ile tanımlanır. Bu tanımın kapsamlarının gerçekleştirilebilmesi için tüm sakat ve engellilere rehabilitasyon olanağı sağlanmalıdır.

1.6.2. Gelişmiş Ülkelerde Sakatlıklardan Korunma

Gelişmiş ülkelerde malnütrüsyon, bulaşıcı hastalıklar ve düşük nitelikli perinatal bakıma bağlı oluşan sakatlıklara oldukça nadir rastlanmaktadır. Bu ülkelerde kazalar en önemli sakatlık sebebi olup, genç yaştaki kişilerde daha çok gözlenmektedir. Bu ülkelerde koruyucu önlemlerde kaza probleminin öncelikle ele alınması gerekir. Birçok ülkede iş kazaları, ev kazaları, trafik kazaları ve çocukluk çağı kazalarını önlemek için güvenlik önlemleri alınmış, eğitim çalışmaları yapılmış ve halen sürdürülmektedir. Bu ülkelerde kazaları takiben kronik hastalıklar ve genetik hastalıklar diğer önemli sakatlık sebepleridir. Fonksiyonel psikiyatrik bozukluklar ile kronik alkol ve ilaç bağımlılıkları giderek artmaktadır. Ayrıca yaşamı uzatmak amacı ile yapılan bazı tedaviler sakatlık oluşturmaktadır. Örneğin diyabet sonucu gangrenli bir ekstremitenin amputasyonu gibi. Beklenen yaşam süresinin uzun olması ve yaşlı nüfusun fazlalığı, gelişmiş ülkelerde bu tür olayların sıkça görülmesine yol açmaktadır.

1.7. SAKATLIK VE REHABİLİTASYON

Çoğu toplumda sakat insan tekerlekli sandalyede oturan ya da gözleri görmeyen birisi gibi algılanır. Bunun sebebi öteden beri gelen geleneksellik ve rehabilitasyon hizmetlerinin çok dar kapsamlı olmasıdır. Rehabilitasyon görüşü ve kapsamının genişletilmesi; motor ve duyuşal sakatlıklar yanında, mental bozukluklar, kronik hastalıklar, kronik alkol ve ilaç bağımlılığını da içeren rehabilitasyon hizmetlerinin sağlanmasını anlatır. Ayrıca bir rehabilitasyon servisinin tek bir sakatlığa özgül olmayıp, birden çok sakatlığı olan kişilerin gereksinimlerini de karşılayabilmesi gerekir.

Rehabilitasyon ve sakatlığı önleme programlarının çeşitli amaçları vardır. Bunlar ekonomik nedenlerden, insancıl nedenlere kadar geniş bir yelpaze altında toplanır. Sakatlıkların pek çok sosyal ve ekonomik yükleri ve maliyetleri vardır. Bu maliyetler ancak etkili rehabilitasyon programları ile düşürülebilir. Bazı ülkelerde sakatlar üretici duruma getirilerek sorunun ekonomik ve dolaylı olarak da sosyal handikapı azaltılmaktadır. Bu ülkelerde rehabilitasyon hizmetleri iş ile entegre olarak yürütülmektedir (3).

İkinci Dünya Savaşı'ndan bu yana, özellikle gelişmiş ülkelerde olagelen değişmeler, halka götürülen hizmetlerde artış, ekonomik refah, taşıma ve kullanım araçlarındaki modernizasyon, fiziksel engellerin azaltılması ve teknolojik gelişme birçok sakatın günlük yaşamda daha bağımsız hareket etmesini sağlamıştır. Aynı süreç içinde yayım organları, sosyal girişimciler, bilimsel gruplar, sakatlar ve sakat olmayan kişiler arasındaki hissi iletişim ve komşuluk ilişkilerinde gelişim sağlamaya çalışmışlardır. Sakatların bilinçli bir şekilde organizasyonu, onların karar verici veya planlayıcı olarak daha etkili ve güçlü olmalarını,

aynı zamanda insan haklarından daha fazla yararlanmalarını sağlamıştır.

Ancak, öte yandan bu ülkelerde sakatlar zararına bazı gelişmeler de olmaktadır. Birçok gelişmiş ülkede geniş aile tipi ortadan kalkmıştır. Bunun sonucu evde kalan sakat kişi ile yaşamı paylaşacak, ona yardımcı olacak birey sayısı da azalmaktadır. Çoğu ülkede sakatların evde bakımı konusunda halkın tutumu "isteksiz"dir. Yine yakın akrabaları sakatların bakımından kendilerini sorumlu hissetmeyip, bunu bir devlet görevi olarak görmektedirler. Bu ülkelerde halktaki genel görüş; sakatın evde bakılamayacağı, bakılsa bile bakım verecek kişinin çok iyi eğitilmiş bir profesyonel olması gerektiği, sakatın çevresinin eğitiminin yararlı olmayacağı yönündedir. Bu yönelim çok yüklü bir maliyeti de beraberinde getirmektedir. D.S.Ö. ise topluma dayalı bir rehabilitasyon servisi oluşturarak sakat kişilerin ailelerince sahiplenmesi sağlanabilirse sonucun daha başarılı, maliyetin de daha düşük olacağını savunmaktadır (3).

Gelişmekte olan ülkelerde sakatlık sorununun boyutları birbirinden farklıdır. Bu boyut ülkelerin ekonomik ve sosyal gelişimi, iklimi, nüfus yapısı, besin olanakları ve kültürlerinin etkisi altındadır. Birçok gelişmekte olan ülkede sakatlıkların sıklığı nedenleri ve toplumun sosyoekonomik yapısına etkileri konusunda bir bilgi eksikliği mevcuttur.

Hemen her gelişmekte olan ülkede rehabilitasyon hizmetleri vardır, ancak hem sayı olarak hem de kapsam olarak sınırlıdır. Bu hizmetler rehabilitasyon gereksinimi olan sakatların ancak % 1.0-2.0'sine hizmet vermektedir (3). 1975 yılında yapılan ve dünya nüfusunun yaklaşık yarısını temsil eden bir çalışmada 2 milyar insandan 14 milyonunda fiziksel sakatlık olduğu, bunlardan 2.3 milyonunun herhangi bir destekleyici araç gereksinim duyduğu, ancak gereksinimi olanların sadece % 1.0'inin yardımcı araçlardan yararlanabildiği vurgulanmıştır (33). Yardımcı araç-

lardan yararlanamayan kişilerin önemli bir kısmının az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı açıktır. Bu ülkelerde rehabilitasyon kurumları genellikle büyük kentlerde kurulmuş olup, taşrada sakatlara yönelik aktif uygulamalar yoktur. Rehabilitasyon uygulamalarının çoğu hükümete bağlı olmayan kurumlarca yürütülmekte ve genellikle körlük gibi klasik birkaç sakatlık üzerinde yoğunlaşmaktadırlar. Bu tür ülkelerde sakatlar için gerekli eğitilmiş insan gücü en önemli sorundur. Bu sorun iki nedenden kaynaklanmaktadır.:

1. Eğitim programlarının eksikliği.
2. Eğitim programlarının gelişmiş ülkelere alınmasından ötürü gelişmekte olan ülkelere uyum sağlamaması.

Gelişmiş ülkelerde profesyonel organizasyonlarca oluşturulmuş ve başarılı olmuş standartlar, gelişmekte olan ülkelere yararlı olamamaktadır. Bu nedenle bir ülkede rehabilitasyon programları başlatılacaksa hükümet politikasından insan gücüne, finansmandan teknolojiye kadar birçok faktör uyum içinde olmalı, sakatlık sorunu tek başına sağlık ve sosyal yardım örgütlerinin üzerine yıkılmayıp etkili bir sektörlerarası işbirliği sağlanmalıdır.

1.8. SAKATLIKLARIN LİSTELENMESİ

Nüfus sayımları ve hane halkı araştırmaları genellikle sakatlıklarla ilgili soruları da içermektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalardan beklenen yarar tam anlamıyla elde edilememektedir. Bunun sebebi araştırmalarda uygun sınıflandırılmaların kullanılmaması, özür, sakatlık ya da engel kavramlarının birbirinin içine girmesi ve sınırlarının kesin olarak çizilememesidir. Yine bu çalışmalarda ülkeler arasında sabit standartlar uzun yıllardır sağlanamamıştır.

Bir ülkede sakatlıklar ile ilgili bir program başlatılacağı zaman en önemli nokta; yetkililerce toplumun ne kadarının sakat olduğunun bilinmesidir. Ulusal nüfus sayımlarına, ev halkı araştırmalarına ve kayıtlara dayanılarak sakatlık sıklığının % 0.2 ile %20.9 arasında değiştiği gözlenmektedir (9). Böylesine geniş bir yelpazenin ortaya çıkması, ortaya bir yöntem ve sınıflandırma sorunu olduğunu koymaktadır.

Konunun tüm insan vücudunu, fonksiyonlarını ve davranışlarını kapsıyor olması doğal olarak sınıflandırma güçlüklerine yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü özürleri (impairment) 11, sakatlıkları (disability) 9, engellilikleri (handicap) 7 ana grupta toplamış, bu ana grupları kendi içlerinde 9'ar alt gruba ayırmış, her bir alt grubu da yine kendi içinde 4 ile 9 arasında değişen daha küçük gruplara bölmüştür (6). Tümü bir kitabı dolduran bu sınıflandırmanın (ICIDH) saha çalışmalarında uygulanması olanaksızdır. Durum böyle olunca çeşitli ülkeler sakatlıklarla ilgili çalışmalarında kendi modellerini geliştirmişler, böylece her ülkeden, hatta o ülkelerde yapılan her araştırmadan farklı veriler gelmeye başlamıştır. Örneğin D.S.Ö.'nün sınıflandırmasında görme ile ilgili sakatlıklar körlükten, gece körlüğü, renk körlüğü, yazı okuyamama ve okuma güçlüğüne kadar geniş bir liste oluşturmaktadır. Oysa 1985 Nüfus Sayımı'nda Türkiye'de sadece bir ya da iki gözü kör olanlar saptanmış ve bu rakamlarla diğer sakatlıkların toplamından oluşan rakam Türkiye prevalansı olarak D.S.Ö.'nün Dünya Ülkelerinde Sakatlık Sıklığı başlıklı listesinde yer almıştır (9).

Bazı çalışmalarda kişilere "Herhangi bir sakatlığınız var mı?" şeklinde sorulmaktadır. Bazı çalışmalarda ise listelerde yer alan sakatlık türleri kişilere tek tek sorulmuşlardır. D.S.Ö. son zamanlarda saha çalışmalarında kullanılmak üzere özürleri (impairment) içeren kısa liste-

ler önermektedir. Önerilen liste 25 maddelik olup aşağıdaki gibidir (9):

1. Zeka gerilikleri
2. Diğer psikolojik bozukluklar (mental, davranışsal)
3. Şiddetli konuşma ve iletişim bozuklukları
4. Diğer konuşma bozuklukları
5. Total veya şiddetli iki taraflı işitme kaybı
6. Orta derecede iki taraflı işitme bozukluğu
7. İşitme ile ilgili diğer bozukluklar
8. Her iki gözde total görme kaybı
9. Bir gözde şiddetli görme bozukluğu
10. Diğer görme bozuklukları
11. Kardiorespiratuar bozukluklar
12. Gastrointestinal bozukluklar
13. Diğer iç organ bozuklukları
14. İskelet sisteminin özüllüleri
15. Postür bozuklukları
16. Ekstremitelerin mekanik bozuklukları
17. Hemiplejiler
18. Paraplejiler
19. Tetraplejiler
20. Diğer paraliziler
21. Ekstremitelerin diğer motor bozuklukları
22. Ekstremitelerin proksimal kısımlarından amputasyon
23. Ekstremitelerin distal kısımlarından amputasyon
24. Şekil bozuklukları ve konjenital defektler
25. Diğer özürler

Ülkemizde nüfus sayımları ile belirlenen sakatlık sıklığı D.S.Ö.

nün tahminlerinin çok altındadır. Bu görüş Sağlık Bakanlığı tarafından da kabul edilmiş ve yapılan açıklamalarda sakatlık sıklığı konusunda bilinen rakamlar olmadığı açıklanmıştır. Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar oldukça yetersizdir. Buna paralel olarak Antalya İli'nde de konunun boyutu bilinmemektedir. Antalya Yöresi'nde akraba evlilikleri oldukça sıktır. Çok hızlı gelişen ve yaygınlaşan inşaat sektörü nedeniyle inşaat işçisi sayısı ve iş kazası riski giderek artmaktadır. Özellikle yaz aylarında turizm nedeniyle İl'e bir motorlu taşıt hücumu olmaktadır. Bu hızlı değişimle beraber kente büyük göç olayı oluşmuş, bu göç yaygın bir gecekondulaşmayı, yine güç, yetersiz yaşam ve konut koşullarını beraberinde getirmiştir. Yani Antalya sakatlığın gelişmesinde rol alabilecek birçok etmeni birarada bulunduran, buna karşılık sakatlık sıklığı ve türleri konusunda bilgi sahibi olamadığımız bir kenttir. Tüm bu nedenler konunun araştırılıp irdelenmesini ve daha sonra yapılacak araştırmalar için bir kaynak oluşturulmasını gerektirmektedir.

1.9. AMAÇLAR

Bu araştırma kısa vadede ve uzun vadede şu amaçları gerçekleştirmek üzere planlanmış ve uygulanmıştır:

1.9.1. Kısa Vadeli Amaçlar

1. Antalya İl Merkezi'ni temsil eden bir örnekte tüm yaş gruplarında sakatlık prevalansını (sıklığını) saptamak.

2. Mevcut sakatlık türlerini ve her bir türün tüm sakatlıklar içindeki yerini bulmak.

3. Sakatlıkların bazı sosyoekonomik, kültürel ve demografik değişkenlerle ilişkilerini incelemek.

4. Sakatların ne kadarına tedavi ve rehabilitasyon uygulandığını belirlemek.

5. Elde edilecek sonuçlar doğrultusunda sakatlık sorununun primer, sekonder ve tersiyer düzeyde çözümlenmesine yönelik öneriler oluşturabilmek.

1.9.2. Uzun Vadeli Amaçlar

1. Gündeme gelen sorun ile ilgili il düzeyindeki mekanizmaları harekete geçirmek, çözüm yollarının aranmasını ve uygulanmasını sağlamak.

2. Benzer araştırmalara kaynak ve öncü olarak, sorunun varlığını canlı tutup kamuoyunun konuya ilgisini toplamak.

3. Sakatlık türleri ve sıklığını ortaya koyarak, uygulanacak rehabilitasyon hizmetlerinde öncelikli olanların seçimine yardımcı olmak.

MATERYAL - METOD

2.1. ARAŞTIRMA BÖLGESİ VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma Antalya Kent Merkezi'nde yapılmıştır. Kent Merkezi'nde 7 Sağlık Ocağı bölgeye hizmet vermektedir. Bunlar Merkez 1,2,3,4,5 no'lu Sağlık Ocakları ile Ahatlı ve Güzeloba Sağlık Ocakları'dır. Bu ocakların sorumlu olduğu bölgenin yıl ortası nüfusu 339.639'dur. Bu nüfusun 329.457 kişisi belediye sınırları içinde kalan mahallelerde, 10.182'si çevre köylerde yaşamaktadır. Özellikle kentin çevre yolları dışında kalan bölgelerinde altyapıdan kısmen veya tamamen yoksun gecekondü mahalleleri ile halkı tarım ve hayvancılıkla geçimini sürdüren eski bahçelikler mevcuttur. Gecekondü bölgelerinde, özellikle Antalya'ya dışarıdan gelmiş, yaşamını işçi ya da geçici işçi olarak kazanan insanlar oturmaktadır. Bu kesim diğer bölgelere göre ekonomik olarak daha düşük gelirli olup, daha kötü ev, çevre ve yaşam koşullarına sahiptir. Bahçelik alanlarda yaşayan halk ekonomik olarak daha iyi olanaklara sahip olmakla birlikte, eskiden kalan gelenekleri doğrultusunda köy yaşamından etkilenmekte ve bir geçiş yaşantısı sürdürmektedir.

2.2. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

1. Antalya İl Merkezi'nde sakatlık sıklığı D.S.Ö.'nün tahminlerine uymaktadır.

2. Sakat kişilerin çoğunda sakatlıklar önlenabilir olaylar veya hastalıklar sonucu oluşmuştur. Örneğin kazalar önemli bir sakatlık sebebidir.

3. Sakat kişilerin eğitim düzeyleri sakat olmayanlara göre daha düşüktür.
4. Sakat kişilerde işsizlik oranları sakat olmayanlara göre daha yüksektir.
5. Sakat kişiler daha çok kentin yoksul kesimlerinde yaşamaktadır.
6. Evlilik kurumu sakat kişiler arasında daha az gözlenmekte, boşanmalar daha çok olmaktadır.
7. Sakatlıkların sıklığı erkek ve kadınlarda farklıdır.
8. Sakatlar sosyal güvenlik hizmetlerinden daha az yararlanmaktadır.
9. Sakatların büyük bir kısmı herhangi bir engelle sahiptir.
10. Sakatlar, sakatlıkları nedeniyle tanı ve tedavi olanaklarından yeterince yararlanamamaktadır.
11. Sakatlık oluşumuyla kişinin ve ailesinin bazı sosyodemografik özellikleri arasında ilişki vardır.

2.3. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma Antalya Merkez İlçe, belediye sınırları içinde sakatlıkların sıklığını, türlerini ve epidemiyolojik özelliklerini belirlemeyi amaçlayan kesitsel bir araştırmadır.

2.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEME

Araştırmanın evreni Antalya Merkez, belediye sınırları içinde kalıp belediyece mahalle kabul edilen yerleşimlerde yaşayan kişilerdir. Sağlık Ocakları, ev halkı tespitlerine göre bu yerleşimlerin nüfusu 329.457'dir. Örneklem tekniği olarak küme örnekleme seçilmiştir.

Evren içinde yer alan mahalleler ve nüfusları sağlık ocaklarının kayıt-
larından saptanmıştır. Her bir mahalle yerinde ziyaret edilerek, zaman
zaman da yerel halkla görüşülerek mahallenin tipik bir kent mahallesi mi,
gecekondu mahallesi mi, yoksa kent içinde kalmış kırsal özellik gösteren
kırsal bir mahalle mi olduğu anlaşılmış ve sınıflandırılmıştır. Buna gö-
re genellikle kentin çevre yolları dışında kümelenmiş, tapusu olmayan
veya sadece tapu tahsis belgesi olan, ciddi alt yapı sorunları bulunan,
halkı genellikle çalışmak için dışarıdan gelip yerleşmiş mahalleler ge-
cekondu, kentin kenar mahallelerinde olmasına karşın uzun yıllardır ta-
rım, hayvancılık ve seracılıkla geçinen, ev ve çevre koşulları ile gele-
nekler yönünden köyü andıran, tapulu evlerden oluşan mahalleler kır ola-
rak sınıflandırılmıştır. Örnek seçilirken D.S.Ö. ve UNICEF'in Genişle-
tilmiş Bağışıklama Programı çerçevesinde aşıyla önlenebilir bazı hasta-
lıkların sıklığını saptamak ve bağışıklama oranını belirlemek için kul-
landığı küme örnekleme yönteminde yararlanılmıştır (34,35).

Kent, gecekondu ve kır olarak saptanan mahallelerin nüfusları be-
lirlenerek üç tabaka oluşturulmuştur. Bulacağımız sakatlık sıklığının
%95 olasılıkla, $\pm$ % 1 standart sapma sınırlarında gerçeği yansıtabilmesi
için en az 3430 kişiye anket uygulanması gerektiği aşağıdaki formülden
bulunmuştur (36):

$$n = \frac{Nt^2_{pq}}{d^2(N-1) + t^2_{pq}}$$

Bu formülde;

N = Evrendeki birey sayısı (329.475)

n = Örnekleme alınacak birey sayısı

p = İncelenen olayın görülme olasılığı (D.S.Ö.'ne göre %10)

q = İncelenen olayın görülmeme olasılığı (1-P)

t = Belirli serbestlik derecesi ve yanılma düzeyinde t tablosundan
bulunan teorik değer ($\alpha=0.05$, sonsuz serbestlik derecesinde; 1.96)

d = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma ($\pm$ % 1)

Sonuçta herbiri 20 hane kapsayan 60 kümede çalışılmasına karar verilmiş, kent merkezinde ortalama hane büyüklüğü 4 dolaylarında kabul edilerek 4800 kişiye anket uygulanması hedeflenmiştir. Daha sonra kümeler nüfusa orantılı olarak tabakalara paylaştırılmıştır Buna göre kent merkezi 38, gecekondu bölgeleri 16, kırsal bölgeler de 6 küme ile temsil edilmiştir. Daha sonra herbir tabakada yer alan mahalleler randomize olarak sıralanmışlar, yığılımlı toplam nüfusları alınmış ve nüfusa orantılı olarak her mahalleden örneğe hangi kümelerin gireceği saptanmıştır. Buna göre tabakaların nüfusları, mahalle sayıları ve örneğe çıkan kümeler şöyle tablolastırılır (Tablo 6):

Tablo 6 : Araştırma evreni ve örnekleme ilgili bilgiler
(Antalya, Aralık 1989)

Mahallenin Niteliği	Nüfus	%	Mahalle Sayısı	Örneğe Çıkan Mahalle	Örneğe Çıkan Küme	%	Örnekteki Hane Sayısı	%
KENT	208.131	63.2	43	29	38	63.3	760	63.3
GECEKONDU	87.878	26.7	24	15	16	26.7	360	26.7
KIR	33.448	10.1	25	6	6	10.0	120	10.0
TOPLAM	329.457	100.0	92	50	60	100.0	1.200	100.0

Bundan sonra örneğe giren mahallelerin bağlı oldukları sağlık ocağına gidilerek ev halkı tespit fişlerinden tesadüfi olarak mahalleden seçilecek küme sayısı kadar kart seçilmiştir. Kartlar seçilirken, kağıt paraların son üç rakamlarından yararlanılmıştır. Çekilen kart o küme için gidilecek ilk, yani başlangıç hanesinin adresini vermektedir. İlk adrese anket uygulandıktan sonra ön kapısı o evin ön kapısına en yakın eve geçilmek suretiyle 20 haneye anket uygulanarak o kümenin işlemi tamamlanmıştır. Apartmanlarda ilk haneden sonra üst veya alt kata ya da apartmandan çıkınca sağdaki veya soldaki apartmana devam etmeye kura

çekilerek karar verilmiştir.

2.5. ARAŞTIRMADA KULLANILAN BAĞIMLI DEĞİŞKENLER

- Herhangi bir sakatlığın olup olmaması.
- Saptanan sakatlıkların türleri.
- Saptanan sakatlıkların nedenleri.
- Sakatlıkların engelliliğe neden olup, olmamaları.
- Kişilere sakatlıklarından ötürü herhangi bir tedavi yapılıp, yapılmaması.
- Sakatların rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanıp, yararlanmamaları.

2.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

- Kişinin yaşı.
- Kişinin cinsiyeti.
- Kişinin çalışma durumu ve yaptığı iş.
- Kişinin anne ve babasının eğitim durumu.
- Kişinin anne ve babasının yaptıkları işler.
- Kişinin sosyal güvencesinin olup, olmaması.
- Kişinin oturduğu konutun tipi, bu konutun kime ait olduğu.
- Kişinin oturduğu mahallenin niteliği.
- Kişinin doğumuna ve annesinin gebeliğine ait bilgiler.
- Anne ve baba arasındaki akrabalık durumu.

2.7. VERİ TOPLAMA VE ANKET

Araştırmada elde edilen veriler anket uygulanarak toplanmıştır. Anketör olarak Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi intern hekimleri görev almış, anketörler araştırma öncesi anket formu ve uygulama konularında

egitilmişlerdir. Araştırmaya başlanmadan, araştırma bölgesi dışında kalan Çakırlar Köyü'nde 30 haneye ön deneme uygulanmış, burada doğum ve annenin gebeliğine ilişkin soruların hatırlamama nedeniyle işlemediği görülmüş, bu nedenle söz konusu soruların sadece 0-14 yaş grubu çocuklar için sorulması kararlaştırılmıştır.

Uygulama sırasında herhangi bir zorlukla karşılaşılmamış, ilk adreslerin bulunmasında sağlık ocağının bölgeden sorumlu ebesinden bilgi alınmıştır. Anket ev halkı hakkında yeterli bilgiyi verebilecek kişilere uygulanmış ve hanede devamlı yaşayan kişiler hakkında bilgi toplanmıştır. Hane halkı hakkında yeterli bilgi veremeyen kişilere ve çocuklara anket uygulanmamış, bu haneler yeniden ziyaret edilerek anket uygulanmıştır. Her bir anket yaklaşık 20 dakika, tüm veri toplama işlemi de 30 anketör ile bir hafta kadar sürmüştür.

Anket üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişiye ve içinde bulunduğu çevreye ait bilgiler sorulmaktadır (tanımlayıcı bilgiler, özellikleri). Bunu D.S.Ö.'nün önerileri doğrultusunda hazırlanmış sakatlıklar listesi ve uluslararası engellilik sınıflandırmasından oluşmuş engellilik listesi izlemektedir. 3. bölümde sakatlığı olan kişiler için, sakatlığın sebebi, süresi ve tedavi edilip edilmediği gibi sorular yer almaktadır.

Uyguladığımız ankette D.S.Ö.'nün önerdiği, genel bilgilerde yer alan, kısa listeye olabildiğince uymaya çalıştık. Ancak bazı maddeleri objektif olarak ayırmanın güç olması ve bazı maddelerde de bizim daha ayrıntılı bilgi istememiz nedeniyle listemizde bazı farklılıklar oluştu. Bu farklılıklar şöyle özetlenebilir:

1. Sakatlık, özür ve engelliliklerin uluslararası sınıflandırması (ICIDH)'na göre entellektüel (zeka) özürleri içinde yer alan zeka geri-

likleri ve demans ayrı ayrı sorularak sınıflandırılmıştır.

2. Orjinal sınıflandırmada "Diğer Psikolojik Bozukluklar" başlığı altında toplanan ruh hastalıkları, alkolizm, ilaç ve madde alışkanlıkları, epilepsi ve diğer bozukluklar ayrı ayrı sorularak ayrıntılandırılmıştır.

3. Şekil bozuklukları ve konjenital defektler adı altında toplanan yarık damak, tavşan dudak, tortikollis, mikrosefali, kunduracı göğsü, devlik, parmak yapışıklıkları v.b. ayrı ayrı hatırlatılarak sorulmuştur.

4. Görme bozuklukları değerlendirilirken, gözlüğünü çıkardığı zaman görme fonksiyonunu, işlerini ve günlük aktivitelerini yapamayacak derecede kaybeden, yani şiddetli görme bozukluğu olan kişiler özürlü olarak kabul edilmişler, ancak hafif ve orta derecede görme bozukluğu olanlar sorulmakla birlikte klinik muayene olanağı olmadığından istatistiksel değerlendirilmelere alınmamışlardır.

5. Hafif ve orta derecede işitme bozukluğu olan kişiler objektif bir değerlendirme imkanı olmadığından, sorulmakla birlikte istatistiksel değerlendirmelere alınmamıştır. Bu grupta işitme bozukluğu olarak tamamen işitme kaybı veya konuşulanı anlayamayacak şiddette işitme bozukluğu olanlar incelenmiştir.

6. Visseral özürlü (iç organ) sorulmakla birlikte istatistiksel değerlendirmeye alınmamıştır. Çok çeşitli visseral özürlü vardır. Araştırma sahada anket tekniğine dayandığından klinik muayene ve laboratuvar olanağı yoktur. Visseral bozukluklar gözle görülemeyebildiği gibi, periyodik muayene alışkanlığı olmayan toplumlarda insanlar sahip oldukları visseral bozuklukların da farkında olmayabilirler. Ayrıca sorduğumuz diğer tüm özürlü herhangi bir yapamamazlığa yol açtığından doğal olarak sakatlıkların kapsamına girmektedir, visseral bozuklukların yapamamazlığa

sebeplere olup olmadığına objektif olarak karar vermek çok güçtür. Örneğin diyare, konstipasyon, burun tıkanıklığı, baş ağrısı veya karın ağrısı D.S.Ö.'nün visseral özürlere sınıflandırmasında yer almaktadır. Bunların tam olarak saptanması, herhangi bir fonksiyonu engelleyip engellemediğinin belirlenmesi ve sonuçta sağlıklı rakamlar verilmesi çok güçtür.

Sonuç olarak, biraz ayrıntılandırılarak ve herhangi bir yapamamazlığa yol açması, yani sakatlık tanımına uyması kuşku yaratan bazı maddeleri istatistiksel değerlendirmelere almamak koşuluyla D.S.Ö.'nün önerdiği kısa özürlere listesine uyularak bilgi toplanmıştır.

Söz konusu özürü olanlara D.S.Ö.'nün 7 ana başlıkta topladığı engellilik durumları tek tek sorulmuştur. Bir özürlü veya sakatlık birden çok engelliliğe yol açabildiğinden istatistiksel değerlendirilmelerde sınıflamaya gidilmemiş, engellilik var - engellilik yok şeklinde incelenmiştir.

2.8. ARAŞTIRMA TAKVİMİ

Araştırmanın yapılmasına Ekim 1989'da karar verilmiş, aynı ay içinde araştırma önerisi hazırlanmıştır. Aralık içinde gerçekleşen veri toplamadan sonra, verilerin analizi ve raporun yazılması Mayıs 1990'a kadar süren bir çalışmayı gerektirmiştir. Araştırmanın aşamaları ve bu aşamalar için harcanan süreler aşağıda sunulmuştur.

Y ı l	1989	1990
Aylar	10. 11. 12.	1. 2. 3. 4. 5. 6.
Araştırma önerisinin hazırlanması	— (15 gün)	
Anket formlarının hazırlanması	— (20 gün)	
Ön denemelerin yapılması ve değerlendirme	- (2 gün)	
Örnek seçimi, anketörlerin seçimi, eğitimi, izinlerin alınması	- (7 gün)	
Veri toplama	- (4 gün)	
Verilerin analizi (kodlama, veri kod kağıdına geçme, tutarlılık kontrolleri, bilgisayara girme ve tabulasyon)	— (3.5 ay)	
Raporun yazılması ve basılması		<u>(2.5 ay)</u>

BULGULAR

Araştırmada saptanan bulgular sunulurken, öncelikle araştırmaya katılanları tanımlayan marjinal tablolar verilmiş, bunu sakatlık, engellilik sıklığını ve tedavi, rehabilitasyon durumlarını gösteren diğer marjinal tablolar izlemiş, en son olarak da bazı bağımsız değişkenlerle sakatlık ve engellilik durumları arasındaki ilişkileri inceleyen çapraz tablolar verilmiştir.

Araştırmaya katılanların %61.8'inin kentsel özellik gösteren mahallelerde oturduğu saptanırken, gecekondü mahallelerinde oturanlar katılanların %27.2'sini, belediye sınırları içinde olup kırsal özellik gösteren mahallelerde oturanlar %11.0'ini oluşturmuşlardır. Katılanların %45.6'sı apartman dairesinde oturmakta, bunu %27.6 ile tapusuz gecekondü oturanlar izlemektedir. Bireylerin %64.6'sı kendi konutlarında otururken, %30.8'i kiracıdır (Tablo 7).

Araştırmaya katılanların yaşa ve cinsiyete göre dağılımları incelenmiş ve genç bir nüfusta çalışıldığı görülmüştür. Dağılım 1985 Türkiye Nüfus Sayımı bulguları ile karşılaştırılmıştır (Tablo 8).

Araştırmaya katılanların %50.6'sının kadın, %49.4'ünün erkek olduğu saptanırken, %57.3'ünün ilköğretim mezunu veya okur-yazar oldukları, %33.0'ünün herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı görülmüştür. Katılanların %72.3'ü evli, %22.6'sı bekar olup, %16.5'inin ana ve babası akrabasıdır. Sonuçlar bazı Türkiye verileriyle karşılaştırılmıştır (Tablo 9).

Tablo 7 : Araştırmaya katılanların oturdukları mahalle ve konutla ilgili bazı özelliklerine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

MAHALLELİN NİTELİĞİ	Sayı	%
Kentsel	2.935	61.8
Gecekondu	1.293	27.2
Kırsal özellikte	523	11.0
T o p l a m	4.751	100.0
KONUTUN TİPİ	Sayı	%
Apartman dairesi	2.169	45.6
Tapusuz gecekondu	1.310	27.6
Tapulu gecekondu	512	10.8
Müstakil ev (Şehir tipi)	362	7.6
Müstakil ev (Köy tipi)	355	7.5
Kapıcı dairesi v.b.	43	0.9
T o p l a m	4.751	100.0
KONUT KİME AİT	Sayı	%
Kendilerinin	3.066	64.6
Kira	1.464	30.8
Yakınının, kira vermiyor	215	4.5
Lojman	6	0.1
T o p l a m	4.751	100.0

Tablo 8 : Araştırmaya katılanların yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

Yaş Grubu	Erkek	%	Kadın	%	Toplam	%	Türkiye ^x %
0-4	241	5.1	202	4.3	433	9.4	12.0
5-9	257	5.4	277	5.8	534	11.2	13.3
10-14	274	5.8	282	5.9	556	11.7	12.2
15-19	238	5.0	262	5.5	500	10.5	10.7
20-24	149	3.1	216	4.5	365	7.6	9.5
25-29	231	4.9	245	5.1	476	10.0	8.0
30-34	224	4.7	240	5.1	464	9.8	6.7
35-39	189	4.0	169	3.6	358	7.6	5.5
40-44	150	3.2	146	3.1	296	6.3	4.4
45-49	138	2.9	107	2.3	245	5.2	4.0
50-54	76	1.6	71	1.5	147	3.1	4.0
55-59	77	1.6	69	1.5	146	3.1	3.3
60-64	49	1.0	50	1.1	99	2.1	2.2
65-69	25	0.5	26	0.5	51	1.0	1.3
70-74	11	0.2	10	0.2	21	0.4	1.3
75-79	11	0.2	16	0.3	27	0.5	0.8
80 ve ↑	5	0.1	18	0.4	23	0.5	0.8
Toplam	2.345	49.3	2.406	50.7	4.751	100.0	100.0

^x1985 Türkiye Nüfus Sayımı Bulguları.

Tablo 8 : Araştırmaya katılanların yaş gruplarına ve cinsiyete göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

Yaş Grubu	Erkek	%	Kadın	%	Toplam	%	Türkiye ^x %
0-4	241	5.1	202	4.3	433	9.4	12.0
5-9	257	5.4	277	5.8	534	11.2	13.3
10-14	274	5.8	282	5.9	556	11.7	12.2
15-19	238	5.0	262	5.5	500	10.5	10.7
20-24	149	3.1	216	4.5	365	7.6	9.5
25-29	231	4.9	245	5.1	476	10.0	8.0
30-34	224	4.7	240	5.1	464	9.8	6.7
35-39	189	4.0	169	3.6	358	7.6	5.5
40-44	150	3.2	146	3.1	296	6.3	4.4
45-49	138	2.9	107	2.3	245	5.2	4.0
50-54	76	1.6	71	1.5	147	3.1	4.0
55-59	77	1.6	69	1.5	146	3.1	3.3
60-64	49	1.0	50	1.1	99	2.1	2.2
65-69	25	0.5	26	0.5	51	1.0	1.3
70-74	11	0.2	10	0.2	21	0.4	1.3
75-79	11	0.2	16	0.3	27	0.5	0.8
80 ve ↑	5	0.1	18	0.4	23	0.5	0.8
Toplam	2.345	49.3	2.406	50.7	4.751	100.0	100.0

^x1985 Türkiye Nüfus Sayımı Bulguları.

Tablo 9 : Araştırmaya katılanların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

CİNSİYET	Sayı	%	Türkiye ^x %
Erkek	2.345	49.5	50.7
Kadın	2.406	50.6	49.3
T o p l a m	4.751	100.0	100.0
EĞİTİM DURUMU	Sayı	%	Türkiye ^x %
Okur-yazar değil	416	10.0	22.5
İlkokul mezunu ve okur-yazar	2.385	57.3	62.0
Orta ve lise	1.908	26.4	13.3
Üniversite	262	6.3	2.2
T o p l a m ^{xx}	4.161	100.0	100.0
SOSYAL GÜVENCE	Sayı	%	Türkiye ^x %
Yok	1.568	33.0	51.7
SSK	1.986	41.8	27.6
Emekli Sandığı	625	13.2	11.4
Bağkur	519	10.9	7.0
Diğer	53	1.1	2.3
T o p l a m	4.751	100.0	100.0
MEDENİ DURUM	Sayı	%	Türkiye ^x %
Evli	2.327	72.3	60.3
Bekar	726	22.6	34.5
Eşi ölmüş	133	4.1	4.6
Boşanmış	32	1.0	0.6
T o p l a m ^{xxx}	3.218	100.0	100.0
ANA - BABA AKRABALIĞI	Sayı	%	Türkiye ^x %
Akrabalık yok	3.838	83.5	78.9
Akrabalık var	756	16.5	21.1
T o p l a m ^{xxxx}	4.594	100.0	100.0

^xCinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum ile ilgili veriler 1985 Nüfus Sayımı (7), sosyal güvence ve akraba evliliği ile ilgili veriler 1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'ndan (37) alınmıştır.

^{xx}590 kişi 0-6 yaş grubundadır.

^{xxx}1.533 kişi 0-14 yaş grubundadır. Türkiye verisi 12 ve üzeri yaşları kapsamaktadır.

^{xxxx}157 kişi anne ve babasının akraba olup olmadığını bilmemektedir. Türkiye verisi 1988 Nüfus ve Sağlık Araştırması'ndan alınıp, bu çalışmada ana-baba akrabalığı değil, doğurgan kadınların akraba evliliği yapıp yapmadığı sorulmuştur.

Araştırmaya katılanların yaptıkları işler incelendiğinde, kadınların büyük bir kısmının ev hanımı ve öğrenci, erkeklerin ise işçi ve serbest meslek sahibi oldukları görülmüştür. Kadınların %11.6'sı, erkeklerin ise %10.6'sı işsizdir (Tablo 10).

Tablo 10: Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine ve yaptıkları işe göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

YAPTIĞI İŞ	Erkek	%	Kadın	%	Toplam	%
İşsiz	182	10.6	208	11.6	390	11.1
Ev hanımı	-	0.0	1.105	61.7	1.105	31.5
İşçi	488	28.5	68	3.8	556	15.9
Emekli	148	8.7	33	1.8	181	5.2
Memur	187	10.9	81	4.5	268	7.6
Serbest	467	27.3	41	2.3	508	14.5
Çiftçi, Bahçıvan	67	3.9	79	4.4	146	4.2
Öğrenci	172	10.1	178	9.9	350	10.0
T o p l a m ^x	1.711	100.0	1.793	100.0	3.504	100.0

^x1247 kişi 0-12 yaş grubundadır.

Araştırmaya katılanlardan 0-14 yaş grubunda olanlardan doğumları ve annelerinin gebeliği hakkında bilgi toplanmıştır (Tablo 11).

Araştırmaya katılanların sakat olup olmadıkları incelendiğinde % 4.1'inin bir sakatlığı, % 0.3'ünün aynı anda iki sakatlığı, % 0.1'inin ise aynı anda üç sakatlığı olduğu saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 11 : Araştırmaya katılanlardan 0-14 yaş grubunda olanların doğumları ve annelerinin gebeliğine ait bazı özelliklere göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

DOĞUMDA ANNE YAŞI	Sayı	%
15-19	252	16.5
20-24	624	40.9
25-29	405	26.6
30-34	175	11.5
35 ve ↑	69	4.5
T o p l a m ^x	1.525	100.0
DOĞUMUN SIRASI	Sayı	%
Birinci	562	37.0
İkinci	453	29.8
Üçüncü	238	15.7
Dört ve ↑	266	17.5
T o p l a m ^{xx}	1.519	100.0
GEBE İKEN SAĞLIK KONTROLÜ	Sayı	%
Yapılmış	1.068	70.3
Yapılmamış	451	29.7
T o p l a m ^{xxx}	1.519	100.0
DOĞUMUN OLDUĞU YER	Sayı	%
Sağlık kuruluşu	960	63.2
Evde sağlık personeliyle	379	25.0
Evde kendi kendine	179	11.8
T o p l a m ^{xxxx}	1.518	100.0

^x8 kişinin doğumda annesinin yaşı bilinmemektedir.

^{xx}14 kişinin annesinin kaçınıcı doğumundan olduğu ve gebe iken anneye sağlık kontrolü yapıp yapılmadığı bilinmemektedir.

^{xxx}15 kişinin doğumunun olduğu yer bilinmemektedir.

^{xxxx}3.218 kişi 14 yaşından büyüktür.

Tablo 12 : Araştırmaya katılanların sakat olup olmadıklarına ve sakatlık sayılarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

SAKATLIK DURUMU	Sayı	%
Sakatlığı yok	4.537	95.5
Bir sakatlığı var	194	4.1
İki sakatlığı var	17	0.3
Üç sakatlığı var	3	0.1
T o p l a m	4.751	100.0

Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptanan kişilerin sakatlık türleri incelenmiş, en sık iskelet sistemi ile ilgili sakatlık saptanmıştır. 214 kişide 237 sakatlık bulunmuş olup, sakat kişi başına 1.1 sakatlık düşmektedir (Tablo 13). Saptanan sakatlıkların ayrıntılı listesi Ek-1'de sunulmuştur.

Tablo 13 : Araştırmada saptanan sakatlıkların türlerine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

S A K A T L I Ğ I N T Ü R Ü	Sayı	%	Prevalans ^x
İskelet sistemi bozuklukları	91	38.4	19.2
Göz ve görme bozuklukları	46	19.4	9.7
Entellektüel bozukluklar ^{xx}	23	9.7	4.8
Şekil bozuklukları	19	8.0	4.0
Diğer psikolojik bozukluklar	19	8.0	4.0
Lisan ve konuşma bozuklukları	19	8.0	4.0
İşitme bozuklukları	18	7.6	3.8
Jeneralize ve duysal bozukluklar	2	0.9	0.4
T o p l a m	237	100.0	49.4

^xPrevalanslar sakat kişi değil sakatlık sayısına göre hesaplanmış olup, 1000 kişide görülen sakatlık sıklığı hesaplanmıştır.

^{xx}Zeka, hafıza ve düşünce bozuklukları.

Sakatlık sebepleri araştırıldığında en sık doğumsal sakatlıklara rastlanmıştır (%34.6). Diğer sebepler birbirine yakın oranlarda bulunmuştur (Tablo 14).

Tablo 14 : Araştırmada saptanan sakatların, sakatlıklarının sebeplerine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

SAKATLIĞIN SEBEBİ	Sayı	%	Prevalans ^x
Doğumsal	82	34.6	15.6
Bulaşıcı ve ateşli hastalık	23	9.7	3.8
Kronik hastalık	23	9.7	3.8
Ev kazası	15	6.3	3.2
İş kazası	13	5.5	2.7
Trafik kazası	12	5.1	2.5
Ateşli silah yaralanması	4	1.7	0.8
Diğer ^{xx}	25	10.5	5.1
Bilinmiyor	40	16.9	8.2
T o p l a m	237	100.0	45.7

^x1000 kişiye düşen sakat kişi sayısı.

^{xx}Bu grupta beslenme bozuklukları, spor yaralanmaları, bazı somatik hastalıklar, üzüntü, psikolojik sorunlar, gelişme bozuklukları v.b. yanıtlar yer almaktadır.

Araştırmada saptanan sakatlar incelendiğinde %32.2'sinin bu sakatlığı sebebiyle hiçbir tedavi görmediği saptanmıştır. Sakat kişilere rehabilitasyon yapıp yapılmadığı sorulduğunda %61.7'sinin rehabilitasyondan yararlanmadıkları öğrenilmiştir. Sakatlara D.S.Ö.'nün engellilik listesi açıklanarak %63.6'sının engelli olduğu saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların sakatlık süresi, tedavi, engellilik ve rehabilitasyon durumlarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

SAKATLIK SÜRESİ	Sayı	%
1 yıldan az	10	4.7
1-5 yıl	52	24.3
6-10 yıl	44	20.6
11-20 yıl	54	25.2
21 yıl ve 7	54	25.2
T o p l a m	214	100.0
TEDAVİ EDİLME DURUMU ^x	Sayı	%
Edilmiş	145	67.8
Edilmemiş	69	32.2
T o p l a m	214	100.0
REHABİLİTE EDİLME DURUMU	Sayı	%
Edilmiş	82	38.3
Edilmemiş	131	61.7
T o p l a m	214	100.0
ENGELLİLİK DURUMU ^x	Sayı	%
Engelli	136	63.6
Engelli değil	78	36.4
T o p l a m	214	100.0

^xSakatlığı sebebiyle herhangi bir tedavi görüp görmediği sorulmuştur.

^{xx}D.S.Ö.'nün 7 maddelik engellilik listesi açıklanarak sorulmuştur.

Araştırmaya katılanların sakat olup olmadığına ve yaşadıkları mahallenin niteliğine göre dağılımı incelendiğinde, üç değişik nitelikteki mahalle arasında sakatlık sıklığı yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 16).

Tablo 16 : Araştırmaya katılanların yaşadıkları mahallenin niteliğine ve sakatlıkları olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

MAHALLENİN NİTELİĞİ	S A K A T L I K				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
Kentsel	135	4.6	2.800	95.4	2.935	100.0
Gecekondu	54	4.2	1.239	95.8	1.293	100.0
Kırsal nitelikli	25	4.8	498	95.2	523	100.0
T o p l a m	214	4.5	4.537	95.5	4.751	100.0

$$X^2=0.40 \quad SD=2 \quad p > 0.05$$

Araştırmaya katılanların oturdukları konutun tipi ve sakatlık durumu incelendiğinde; sakatlık sıklığı en az apartman dairesinde oturanlarda saptanmıştır. Apartman dairesinde oturanlar ve diğerleri karşılaştırıldığında aradaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 17). Apartman dairesi dışında kalan gruplar arasında fark bulunamamıştır.

Tablo 17 : Araştırmaya katılanların oturdukları konutun tipine ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

K O N U T U N T İ P İ	S A K A T L I K				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
Apartman dairesi	81	3.7	2.088	96.3	2.169	100.0
Müstakil ev (köy tipi)	15	4.2	340	95.8	355	100.0
Tapusuz gecekondu	60	4.6	1.250	95.4	1.310	100.0
Müstakil ev (şehir tipi)	21	5.8	341	94.2	362	100.0
Tapulu gecekondu	33	6.4	479	93.6	512	100.0
Kapıcı dairesi v.b.	4	9.3	39	90.7	43	100.0
T o p l a m	214	4.5	4.537	95.5	4.751	100.0

$$X^2=5.69 \quad SD=1 \quad p < 0.05^{xxx}$$

^{xxx} Apartman dairesinde oturanlar ve diğerleri şeklinde gruplar birleştirilerek oluşturulan tablonun analiz sonucudur.

Araştırmaya katılanların yaş gruplarına ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı incelendiğinde, yaş ilerledikçe sakatlık sıklığında bir artma olduğu gözlenmiştir. 65 yaş ve üzerindeki kişilerde sakatlık sıklığı en fazla olup %15.6'dır (Tablo 18). Aradaki fark anlamlıdır. 65 yaş ve üzerindekiilerin oluşturduğu grup çıkarılarak analize devam edildiğinde yine gruplar arasında fark bulunmuştur ($X^2=15.3$). Bu farkı oluşturan 45-64 yaş grubu da analiz dışı bırakıldığında diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 18 : Araştırmaya katılanların yaş gruplarına ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

YAŞ GRUPLARI	S A K A T L I K				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
0-4	15	3.4	428	96.6	443	100.0
5-14	45	4.1	1.045	95.9	1.090	100.0
15-44	90	3.7	2.369	96.3	2.459	100.0
45-64	45	7.1	592	92.9	637	100.0
65 ve ↑	19	15.6	103	84.4	122	100.0
Toplam	214	4.5	4.537	95.5	4.751	100.0

$$X^2=44.60 \quad SD=4 \quad p < 0.001$$

Araştırmaya katılanlar arasında erkeklerde sakatlık sıklığı daha fazla gibi görülmekle beraber, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (Tablo 19).

Tablo 19 : Araştırmaya katılanların cinsiyetlerine ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

CİNSİYET	S A K A T L I K				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
Erkek	113	4.8	2.232	95.2	2.345	100.0
Kadın	101	4.2	2.305	95.8	2.406	100.0
Toplam	214	4.5	4.537	95.5	4.751	100.0

$$X^2=1.04 \quad SD=1 \quad p > 0.05$$

Araştırmaya katılanlardan 15 yaş ve üzerindekiilerin medeni durumlarına ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı incelendiğinde boşanmış kişilerde sakatlık sıklığının diğer gruplardan yüksek olduğu görülmüştür (%18.8). Eşi ölmüş olanlarda bu oran %10.5 iken, genel popülasyonda % 4.5'tir. Sonuçlar Kolmogorov Smirnov İki Örnek Testi ile analiz edilmiş ve 0.1 yanılma olasılığında fark bulunabilmiştir. Diğer gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 20).

Tablo 20 : Araştırmaya katılanlardan 15 yaş ve üzerinde olanların medeni durumlarına ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

MEDENİ DURUM	S A K A T L I K				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
Boşanmış	6	18.8	26	81.2	32	100.0
Eşi ölmüş	14	10.5	119	89.5	133	100.0
Bekar	39	5.4	687	94.6	726	100.0
Evli	95	4.1	2.232	95.9	2.327	100.0
Çocuk (0-14 yaş)	60	3.9	1.473	96.1	1.533	100.0
T o p l a m	214	4.5	4.537	95.5	4.751	100.0

Kolmogorov Smirnov Testi : Gözlenen D = 0.093

Beklenen D = 0.085 p < 0.1

Araştırmaya katılanların eğitim düzeyleri ve sakat olup olmadıkları karşılaştırılmıştır. Okur yazar olmayanlarda sakatlık sıklığı diğer gruplara göre belirgin şekilde yüksektir ($X^2=31.50$). Diğer gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. 0-6 yaş grubunda bulunan çocuklar değerlendirme dışı bırakıldığında, sakatların %23.0'ünün okur yazar olmadığı görülmüştür. Bu oran sakat olmayan kişiler arasında % 9.4'tür (Tablo 21).

Tablo 21 : Araştırmaya katılanlardan 7 yaş ve üzerinde olanların eğitim düzeylerine ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

EĞİTİM DÜZEYİ	S A K A T L I K				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
Okur yazar değil	43	10.3	373	89.7	416	100.0
İlkokul ve okur yazar	100	4.2	2.285	95.8	2.385	100.0
Ortaokul ve lise	36	3.3	1.062	96.7	1.098	100.0
Üniversite	8	3.1	254	96.9	262	100.0
T o p l a m ^x	187	4.5	3.974	95.5	4.161	100.0

$$X^2=36.98 \quad SD=3 \quad p<0.001$$

^x590 kişi 0-6 yaş grubunda olup bunlardan 27 tanesi sakattır.

Araştırmaya katılanlardan 13 yaş ve üzerindekiilerin yaptıkları işe ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.001$). X^2 değeri en büyük olan "işsiz" grubu analiz dışı bırakılarak işlem tekrarlandığında bu kez gruplar arasında daha küçük bir fark saptanmıştır ($p < 0.01$). Tekrar en büyük X^2 değerine sahip "emekli" grubu analiz dışına alındığında geride kalan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 22). Öte yandan 0-12 yaş çocuklar dikkate alınmadığında sakatların %23.3'ünün işsiz olduğu görülmüştür. İşsizlik oranı sakat olmayanlar arasında %10.5'tir.

Araştırmaya katılanların sosyal güvencelerinin bulunması ve sakatlıkları arasında ilişki aranmıştır. Herhangi bir sosyal güvencesi olmayanlar arasında sakatlık görülmesi en siktir (% 5.5). Bireyler sosyal güvencesi olanlar ve olmayanlar şeklinde gruplandırılıp sakatlık sıklığı yönünden istatistiksel analiz yapıldığında arada anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 23).

Tablo 22 : Araştırmaya katılanlardan 12 yaş ve üzerindekiilerin yaptıkları işe ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

YAPTIĞI İŞ	S A K A T L I K				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
İşsiz	38	9.7	352	90.3	390	100.0
Emekli	15	8.3	166	91.7	181	100.0
Ev kadını	52	4.7	1.053	95.3	1.105	100.0
İşçi	25	4.5	531	95.5	556	100.0
Memur	10	3.8	258	96.2	268	100.0
Öğrenci	9	2.6	341	97.4	350	100.0
Serbest	11	2.2	497	97.8	508	100.0
Çiftçi, Bahçıvan	3	2.1	143	97.9	146	100.0
T o p l a m ^x	163	4.7	3.341	95.3	3.504	100.0

$$\chi^2=41.6 \quad SD=7 \quad p<0.001$$

^x1247 kişi 0-12 yaş grubundadır.

Tablo 23 : Araştırmaya katılanların bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumuna ve sakat olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989).

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU	S A K A T L I K				Toplam	%	% ^x
	Var	%	Yok	%			
Yok	86	5.5	1.482	94.5	1.568	100.0	5.5
S.S.K.	88	4.4	1.898	95.6	1.986	100.0	
Bağkur	22	4.2	497	95.8	519	100.0	
Emekli Sandığı	17	2.7	608	97.3	625	100.0	4.0
Diğer	1	1.9	52	98.1	53	100.0	
T o p l a m	214	4.5	4.537	95.5	4.751	100.0	4.5

$$\chi^2=5.25 \quad SD=1 \quad p<0.05^{xx}$$

^xSosyal güvencesi olan/olmayan her 100 kişiye düşen sakat sayısı.

^{xx}Analiz sosyal güvencesi olan ve olmayanlar şeklinde yapılmıştır.

Araştırmaya katılanlarda doğuştan sakatlık görülme sıklığı ve ana-baba arasındaki akrabalık durumu incelendiğinde; ana ve babası akraba olanlarda doğuştan sakatlık sıklığı, akraba olmayanlara göre belirgin şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 24). Anne ve babası kardeş çocuğu olanlar ile daha uzak akraba olanlar arasında sakatlık sıklığı yönünden anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 24 : Araştırmaya katılanların anne ve babaları arasındaki akrabalık durumuna ve doğuştan sakatlıkları olup, olmamasına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

ANNE-BABA AKRABALIĞI	DOĞUŞTAN SAKATLIK ^x				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
Kardeş çocukları	13	3.7	341	96.3	354	100.0
Uzak akraba	13	3.2	389	96.8	402	100.0
Akrabalık yok	46	1.2	3.792	98.8	3.838	100.0
T o p l a m ^{xx}	72	1.6	4.522	98.4	4.594	100.0

$$\chi^2=17.66 \quad SD=2 \quad p < 0.001$$

^xSadece doğuştan olan sakatlıklar.

^{xx}157 kişi anne ve babasının akraba olup olmadığını bilmemektedir.

Araştırmaya katılanlardan ana ve babası akraba olanların oturdukları mahallenin niteliğı araştırıldığında; gecekondü ve kırsal bölgede oturanların ana ve babalarında akrabalığın daha sık olduğı görülmüştür. Bu sıklık kentsel özellik gösteren mahallelerden anlamlı şekilde farklıdır. Gecekondü ve kırsal mahallelerde oturanlar arasında bir fark bulunamamıştır (Tablo 25).

Tablo 25 : Araştırmaya katılanların oturdukları mahallenin niteliğine ve ana ve babalarının akraba olup olmamalarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

MAHALLENİN NİTELİĞİ	ANA BABA AKRABALIĞI				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
Kentsel	395	13.6	2.509	86.4	2.904	100.0
Gecekondu	242	20.7	930	79.3	1.172	100.0
Kırsal nitelikli	119	23.0	399	77.0	518	100.0
T o p l a m ^x	756	16.5	3.838	83.5	4.594	100.0

$$X^2=48.32 \quad SD=2 \quad p < 0.001$$

^x157 kişi ana ve babasının akraba olup olmadığını bilmemektedir.

Araştırmaya katılan 0-14 yaş grubu çocukların annelerinin kaçınıcı doğumundan oldukları ve doğuştan sakatlıkları olup olmadığı karşılaştırılmış, doğum sayısındaki artışla sakatlık sıklığında artış var gibi görünmekle beraber istatistiksel olarak önemli bir fark bulunamamıştır (Tablo 26).

Araştırmaya katılanların oturdukları mahallenin niteliği ve sakatlık sebeplerine göre dağılımı incelendiğinde gecekondu ve kırsal özellikli mahallelerde oturanlarda saptanan sakatlıkların %52.7'sinin doğuştan olduğu saptanmıştır. Bu sıklık kent merkezinde oturanlarda saptanan sakatlıkların %22.9'udur. Buna karşılık ev kazaları, trafik kazaları ve kronik hastalıklar kent merkezinde oturanlarda sakatlık sebebi olarak daha fazla görülmüştür (Tablo 27).

Tablo 26 : Araştırmaya katılan 0-14 yaş grubu çocukların doğum sırasına ve doğuştan sakatlık olup olmamasına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

DOĞUM SIRASI	DOĞUŞTAN SAKATLIK				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
Birinci doğum	15	2.7	547	97.3	562	100.0
İkinci doğum	10	2.2	443	97.8	453	100.0
Üçüncü doğum	8	3.4	230	96.6	238	100.0
Dördüncü ve 7 doğum	10	3.8	256	96.2	266	100.0
T o p l a m	43	2.8	1.476	97.2	1.519	100.0

$$\chi^2=2.13 \quad SD=3 \quad p>0.05$$

Tablo 27 : Araştırmada saptanan sakatlıkların, mahallelerin niteliğine ve sakatlık sebeplerine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

MAHALLENİN NİTELİĞİ	SAKATLIĞIN SEBEBİ									TOPLAM	
	Doğumsal %	Ev Kazası %	Trafik Kazası %	İş Kazası %	Bulaşıcı Hastalık %	Kronik Hastalık %	Ateşli Silah %	Diğer %	Sebebini Bilmiyor %	Sayı	%
Kent	22.9	9.0	7.6	5.6	8.3	11.8	2.1	12.5	20.2	144	100.0
Gecekondu ve Kır	52.7	2.2	1.1	5.4	11.8	6.4	1.1	7.5	11.8	93	100.0
Toplam	34.6	6.3	5.1	5.5	9.7	9.7	1.7	10.6	16.8	237	100.0

Aynı dağılım sakat kişi sayısı esas olarak alınıp, doğuştan sakatlıklar ve diğerleri şeklinde incelendiğinde, kırsal ve gecekondu bölgelerinde doğuştan sakatlığı olan kişi sıklığı kentsel bölgeye göre anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (Tablo 28).

Sakatlık sebeplerinin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde trafik kazaları ve iş kazaları erkeklerde, kronik hastalıklar kadınlarda daha sık gözlenmiştir (Tablo 29).

Tablo 28 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların sakatlık sebeplerine ve oturdukları mahallenin niteliğine göre dağılımları (Antalya, Aralık 1989)

MAHALLENİN NİTELİĞİ	SAKATLIK SEBEBİ				Toplam	%
	Doğumsal	%	Diğer	%		
Kentsel özellikli	32	23.7	103	76.3	135	100.0
Gecekondu ve kırsal	40	50.6	39	49.4	79	100.0
T o p l a m	72	33.6	142	66.4	214	100.0

$$X^2=25.90 \quad SD=1 \quad p < 0.001$$

Tablo 29 : Araştırmada saptanan sakatlıkların cinsiyete ve sakatlık sebeplerine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

CİNSİYETİ	S A K A T L I Ğ I N S E B E B İ									TOPLAM
	Doğumsal %	Ev Kazası %	Trafik Kazası %	İş Kazası %	Bulaşıcı Hastalık %	Kronik Hastalık %	Ateşli Silah %	Diğer %	Sebebinin Bilmiyor %	
Erkek	31.3	5.5	7.0	10.2	10.9	7.1	1.6	10.9	17.5	100.0
Kadın	38.5	7.3	2.8	0.0	8.2	12.8	1.8	10.2	16.4	100.0
Toplam	34.6	6.3	5.1	5.5	9.7	9.7	1.7	10.6	16.8	100.0

Engellilik yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak, özür veya sakatlık sonucu o birey için normal olan bir rolün yerine getirilememesi veya eksik kalmasıdır (6). Bu eksik, bir fonksiyonda ya da aktivitede değil yaşamı oluşturan rollerden birindedir.

Araştırmaya katılanların yaş gruplarına ve engelli olup olmadıklarına göre dağılımı incelenmiş, yaşla birlikte engellilik sıklığında bir artış dikkat çekmiştir (Tablo 30). Gruplar arası farklılık anlamlıdır. 0-4 yaş grubu, analiz dışında bırakıldığında geriye kalan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Tablo 30 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların yaş gruplarına ve engelli olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

YAŞ GRUPLARI	E N G E L L İ L İ K				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
0-4	5	33.3	10	66.7	15	100.0
5-14	26	57.8	19	42.2	45	100.0
15-44	57	63.3	33	36.7	90	100.0
45-64	33	73.3	12	26.7	45	100.0
65 ve /	15	78.9	4	21.1	19	100.0
Toplam	136	63.6	78	36.4	214	100.0

$$\chi^2=10.20 \quad SD=4 \quad p<0.05$$

Oturulan mahallenin engellilik oluşmasıyla ilişkisi araştırıldığında, gecekonduda oturanlarda sakatlık sıklığında olduğu gibi engellilik sıklığının da biraz düşük olduğu gözlenmiş, ancak bu düşüklük istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır (Tablo 31).

Tablo 31 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların oturdukları mahallenin niteliğine ve engelli olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

MAHALLENİN NİTELİĞİ	E N G E L L İ L İ K				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
Kentsel özellikli	91	67.4	44	32.6	135	100.0
Gecekondu	28	51.9	26	48.1	54	100.0
Kırsal özellikli	17	68.0	8	32.0	25	100.0
T o p l a m	136	63.6	78	36.4	214	100.0

$$\chi^2=3.82 \quad SD=2 \quad p > 0.05$$

Araştırmada saptanan sakatların cinsiyet ve engellilik durumu karşılaştırıldığında her iki cins arasında belirgin bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 32).

Tablo 32 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların cinsiyete ve engelli olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

CİNSİYET	E N G E L L İ L İ K				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
Erkek	73	64.6	40	35.4	113	100.0
Kadın	63	62.4	38	37.6	101	100.0
Toplam	136	63.6	78	36.4	214	100.0

$$\chi^2=0.11 \quad SD=1 \quad p>0.05$$

Engellilik olup olmaması ile sakatın yaptığı iş karşılaştırıldığında; engellilerin en fazla işsiz grupta olduğu saptanmıştır (%89.5). İşsiz grubu %80.0 ile memurlar izlemektedir. Öte yandan 0-12 yaş grubundaki sakat çocuklar değerlendirme dışı bırakıldığında engellilerin %30.4'ünün işsiz olduğu görülmüştür. Aynı oran engeli olmayan sakatlar arasında sadece % 7.8'dir. Yine engeli bulunan sakatlardan % 4.5'i halen öğrenci olup, engeli olmayan sakatlarda bu oran % 7.9'dur (Tablo 33). Tablo herhangi bir işi olanlar ve işsizler şeklinde dört gözlü hale getirilip χ^2 analizi yapıldığında iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu grupta yapılır iken 0-12 yaş grubu analiz dışında tutulmuş, 12 yaşından büyük olup okula gidenler herhangi bir işi olanlar grubuna, okula gitmeyip, bir işte çalışmayanlar işsizler grubuna alınmıştır. Analiz Yates düzeltmesi yapılarak uygulanmıştır.

Tablo 33 : Araştırmaya katılan 7 yaş ve üzerindeki kişilerden sakat olduğu saptananların, yaptıkları işe ve engelli olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

YAPTIĞI İŞ	ENGELLİLİK						Toplam	% ^x	% ^{xx}
	Var	% ^x	% ^{xx}	Yok	% ^x	% ^{xx}			
İşsiz	34	30.4	89.5	4	7.8	10.5	38	23.3	100.0
Memur	8	7.1	80.0	2	3.9	20.0	10	6.2	100.0
Çiftçi Bahçıvan	2	1.8	66.7	1	2.0	33.3	3	1.9	100.0
Emekli	10	8.9	66.7	5	9.8	33.3	15	9.2	100.0
Serbest	7	6.3	63.6	4	7.8	36.4	11	6.7	100.0
Ev kadını	32	28.5	61.5	20	39.2	38.5	52	31.9	100.0
İşçi	14	12.5	56.0	11	21.6	44.0	25	15.3	100.0
Öğrenci	5	4.5	55.6	4	7.9	44.4	9	5.5	100.0
Toplam ^{xxx}	112	100.0		51	100.0		163	100.0	100.0

$$\chi^2=8.95 \quad SD=1 \quad p<0.01^{xxxx}$$

^xKolon yüzdesi..

^{xx}Satır yüzdesi..

^{xxx}51 kişi 0-12 yaş grubundadır.

^{xxxx}Analiz işsizler ve herhangi bir işi olanlar şeklinde oluşturulan iki gruba uygulanmıştır.

Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların sosyal güvencelerinin olup olmaması ile engellilik durumu karşılaştırıldığında; engellilik durumu en sık sosyal güvencesi olmayan sakatlarda görülmekle beraber arada anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 34).

Tablo 34 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumuna ve engelli olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU	E N G E L L İ L İ K				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
Yok	59	68.6	27	31.4	86	100.0
S.S.K.	57	64.8	31	35.2	88	100.0
Emekli Sandığı	9	52.9	8	47.1	17	100.0
Bağkur	11	50.0	11	50.0	22	100.0
T o p l a m ^x	136	63.8	77	36.2	213	100.0

$$X^2=3.60 \quad SD=3 \quad p > 0.05$$

^xBir kişi "diğer" güvenceye sahiptir.

Araştırmaya katılan 7 yaş ve üzeri gruptan sakat olduğu saptananların eğitim durumları ile engellilik durumları arasında ilişki aranmış, okur yazar olmayanlarda engellilik sıklığı diğer gruplara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Okur yazar olmayanlar analiz dışı bırakıldığından diğer gruplar arasında farklılık bulunamamıştır (Tablo 35).

Araştırmada sakat olarak saptananlara, bu sakatlıklarından ötürü herhangi bir tedavi görüp görmedikleri sorulmuştur. Kentsel bölgede oturanlardan %25.2'sine herhangi bir tedavi uygulanmaz iken, kırsal özellik gösteren mahallelerde bu oran %72.0 olarak bulunmuştur. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Kırsal bölgede yaşayanlar analiz dışı bırakıldığında gruplar arasında bir fark saptanamamıştır (Tablo 36).

Tablo 35 : Araştırmaya katılan 7 yaş ve üzerindekiilerden sakat olduğu saptananların eğitim düzeyleri ve engelli olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

EĞİTİM DÜZEYİ	E N G E L L İ L İ K				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
Okur yazar değil	37	86.1	6	13.9	43	100.0
Okur yazar ve ilkokul	64	64.0	36	36.0	100	100.0
Orta ve lise	19	52.8	17	47.2	36	100.0
Üniversite	4	50.0	4	50.0	8	100.0
T o p l a m ^x	124	66.3	63	33.7	187	100.0

$$X^2=10.60 \quad SD=3 \quad p<0.05$$

^x27 sakat 0-6 yaş grubunda olup 12 tanesi engellidir (%44.4).

Tablo 36 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların oturdukları mahallenin niteliğine ve tedavi edilip, edilmediklerine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

MAHALLENİN NİTELİĞİ	E N G E L L İ L İ K				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
Kentsel	101	74.8	34	25.2	135	100.0
Gecekondu	37	68.5	17	31.5	54	100.0
Kırsal nitelikte	7	28.0	18	72.0	25	100.0
T o p l a m	145	67.8	69	32.2	214	100.0

$$X^2=21.86 \quad SD=2 \quad p < 0.001$$

Saptanan sakatların, sakatlıkları sebebiyle tedavi edilip edilmediklerinin cinsiyetlerine göre dağılımı incelenmiş, anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 37).

Tablo 37 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların cinsiyetlerine ve tedavi olup olmadıklarına göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

CİNSİYET	TEDAVİ GÖRME				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
Erkek	72	63.7	41	63.3	113	100.0
Kadın	73	72.3	28	27.7	101	100.0
Toplam	145	67.8	69	32.2	214	100.0

$$X^2=2.13 \quad SD=1 \quad p > 0.05$$

Araştırmada saptanan sakatların sosyal güvence durumları ile, sakatlıkları sebebiyle tedavi görüp görmemeleri arasında ilişki aranmış, sonuçta sosyal güvencesi olmayanlarda tedavi görmenin oldukça düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 38).

Tablo 38 : Araştırmaya katılanlardan sakat olduğu saptananların sosyal güvencelerinin olup olmamasına ve tedavi edilip edilmediklerine göre dağılımı (Antalya, Aralık 1989)

SOSYAL GÜVENCE	TEDAVİ GÖRME				Toplam	%
	Var	%	Yok	%		
Yok	42	48.8	44	51.2	86	100.0
Bağkur	17	77.3	5	22.7	22	100.0
S.S.K.	71	80.7	17	19.3	88	100.0
Emekli Sandığı	14	82.3	3	17.7	17	100.0
T o p l a m	144	67.6	69	32.4	213	100.0

$$X^2=22.70 \quad SD=1 \quad p < 0.001^{xx}$$

^xBir kişinin "diğer" bir sosyal güvencesi vardır.

^{xx}Analiz sosyal güvencesi olanlar ve olmayanlar şeklinde iki grup oluşturularak yapılmıştır.

TARTIŞMA

4.1. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan araştırmamızda örnekleme yöntemi olarak tabakalı küme örnekleme kullanılmıştır. Örneklemenin ayrıntıları ve aşamaları materyal-metod bölümünde açıklanmıştır. Küme örnekleme tekniği ile örneklem hatasının rastgele ve sistematik yöntemlere göre daha fazla olduğu bilinmektedir. Ancak araştırma evreninin tüm Antalya Merkez İlçe olması, mevcut kayıtlarda yer alan adreslerin eksik ve yanlış olması veya olmaması, sokak ve apartman numaralarının sık olarak değişmesi veya bazılarının hiç bulunmaması, kent içinde ve dışarıdan içeri hızlı bir göç hareketinin olması, ayrıca zaman, para ve personel sıkıntısının varlığı, küme örnekleme yönteminin seçilmesine yol açmıştır. Yöntemin dezavantajlarını ortadan kaldırmak için örnekteki kümelerin sayısı yüksek, küme büyüklüğü ise küçük tutulmuş, ayrıca mahallelerin niteliğine göre nüfusa orantılı olarak tabakalanmıştır. Sonuçta yirmişer haneden oluşan 60 kümede toplam 4751 kişi araştırma kapsamına girmiştir.

Veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket o hanede sürekli yaşayan veya yaşayacak kişilere uygulanmıştır. Hanede yaşayan bireylerle ilgili en iyi bilgiyi verebilecek kişilerle görüşülüp, aile reisi veya evin hanımı tercih edilmiştir. Yeterli bilgi verebilecek kimse bulunmayan haneler tekrar ziyaret edilmiştir. Kişiler tek tek muayene edilememiştir. Bazı aileler hanedeki sakatları gizlemiş olabilirler.

Eğer varsa bu tür vakalar kaçırılmıştır. Sakatlık sıklığı konusunda bilgiler genellikle üç kaynaktan elde edilmektedir. Bunlar araştırmalar, nüfus sayımları ve kayıtlardır (9). Kayıtlardan yararlanılarak sakatlık sıklığı saptaması pek yapılamamaktadır. Buna karşılık nüfus sayımlarından elde edilen rakamlar, araştırmalardan elde edilen sonuçlara göre düştür (9). Bunun nedeni sayımlarda sakatlığın belirli bir listeye göre sistematik olarak irdelenmemesi ve sadece belirgin sakatlıkların saptanabilmesidir. Buna karşılık ekonomik olarak en ucuz bilgi önce kayıtlardan, sonra sayımlardan elde edilmekte, araştırma maliyetleri ise en fazla olmaktadır. Ayrıca araştırma sonuçları arasında da belirgin farklılıklar vardır. Bunun nedeni uygulanan anketler, sakatlığın soruluş şekli ve kabul edilen sakatlık boyutunun farklı olmasıdır. Bu konuda ayrıntılı bilgi genel bilgiler bölümünde verilmiştir. Çalışmamızda D.S.Ö.'nün önerdiği kısa özür listesi'ne olabildiğince uyularak hazırlanan listedeki sakatlıklar araştırmaya katılanlara tek tek sorulmuştur. Bununla beraber bu listedeki bazı sakatlıklar değerlendirilememiştir.

Çeşitli derecelerde görme ve işitme bozuklukları, iç organ bozuklukları ve bazı nöropsikiyatrik bozuklukların tanısı ve bunların herhangi bir aktivitenin gerçekleşmesini sınırlayıp, sınırlamadığına karar verebilmek için uzman hekim muayenesi ve/veya özel araç-gereçler gerekmektedir. Çalışmamızda en çok sıkıntı yaratan nokta budur. Çünkü D.S.Ö.'nün araştırılmasını önerdiği kısa listeden burada eksik kalmaktayız. Kişilerin kendilerinde olan bozuklukların varlığından, derecesinden habersiz olmaları, sakatlık kavramının boyutlarını daha dar algılamaları, ayrıntılı muayene ve laboratuvar olanağının olmaması, bu vakaları soruşturmakla birlikte değerlendirme dışı bırakmamıza yol açmıştır. Bu nedenle bundan sonra yapılacak sakatlıkla ilgili çalışmalarda uzman hekimi, laboratuvar olanakları ve araç gereçleriyle bir ekip çalışmasını ve ola-

bildiğince D.S.Ö.'nün önerdiği listeye uyulmasını önermekteyiz. Böylece sakatlık sıklıkları arasındaki farklılıkların azalacağını düşünmekteyiz. Ancak böyle bir çalışmanın yeterli zaman, araç-gereç ve personele gereksinim duyacağı ve oldukça pahalıya malolacağı unutulmamalıdır. "Hastalık" kavramı kadar genel olan "sakatlık" ve birçok alt grubunu saptamak, bilinmeyen veya sınırda vakaları ortaya çıkarmak oldukça güçtür. Bir diğer önemli sorun engellilik durumu ve rehabilitasyon gereksiniminin saptanmasıdır. Hizmete yön vermede gerçek önemli nokta burasıdır. Anket ile engellilik durumu D.S.Ö.'nün listesi açıklanarak öğrenilebilse de sadece kişilerin verdiği yanıtı dayanmaktadır. Kesin bir saptama için yukarıda değindiğimiz şekilde kapsamlı ekip çalışmaları gerekmektedir. Bu sorunların ortaya çıkmasında tüm insanları kapsayan, ayrıntılı kayıt sistemine sahip bir sağlık hizmetinin verilememesinin rolü çok fazladır. Köklü çözüm elbette ki her insanın ayrıntılı muayene ve incelenmesine olanak veren ve bulguları kaydedip, saklayabilen bir sağlık hizmetinin yerleştirilmesidir. Böyle bir hizmetle sadece durum saptaması değil, saptanan sorunların çözülmesi de çok kolaylaşacaktır.

Sonuç olarak, araştırmamızda belirgin, göze görünen, aile tarafından bilinen veya daha önceden tanı konmuş sakatlıklar saptanmıştır. Yukarıda saydığımız bazı bozukluklar sorulmakla birlikte yeterince işlemediği için değerlendirme dışı bırakılmıştır. Bu nedenle Antalya Merkez İlçe'de D.S.Ö.'nün tanımı içine giren sakatlık sıklığı saptadığımız oranın üzerindedir.

4.2. ARAŞTIRMAYA KATILANLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1200 hanede 4751 kişiyi kapsayan araştırma sonucu ortalama hane büyüklüğü 4.0 bulunmuştur. Bu rakam Türkiye'nin Batı Bölgesi İl Merkez-

leri için elde edilenin hemen aynısı olup, Türkiye genelinden düşüktür (37). Katılanların %27.2'si gecekondü mahallelerinde oturmaktadır. Ek olarak kent merkezindeki mahallelerde de yer yer gecekondular vardır. Gecekondü olayı, gerek çevre ve altyapı sorunları, gerekse yaşayanların genelde yabancı olmasından kaynaklanan geleneksel ve sosyal sorunlarıyla Antalya'da çözüm bekleyen bir olgudur. Araştırma kapsamına giren nüfus genel olarak genç bir nüfustur ve 1985 Türkiye Nüfus Sayımı genel sonuçlarına yapı olarak benzemektedir (Tablo 8). Araştırmaya katılanların %33.0'ünün sosyal güvencesi yoktur. Bu oran Türkiye geneline göre düşük (37) olmakla birlikte, özellikle sağlık göz önüne alındığında çok yüksek ve olumsuz bir bulgudur. Ana ve baba arasında akrabalık bulunanlar tüm katılanların %16.5'ini oluşturmaktadır. Bunların % 7.7'si kardeş çocuklarıdır. Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde bu oran %16.3 ile %48.5 arasında saptanmıştır (38). 1988 Türkiye Nüfus Araştırmasına göre bu oran Türkiye genelinde %21.1, Güney Bölgelerinde ise %29.6'dır. Ancak Türkiye rakamları bulunurken, ana baba akrabalığı değil, doğurgan çağıdaki kadınlara akraba evlilikleri yapıp yapmadıkları sorulmuştur (37). Aynı şekilde, 1987 yılında Antalya doğumlu kadınlarda akraba evliliği sıklığı kentsel bölgede %28.3 bulunmuştur (38).

0-14 yaş grubunda olan çocuklar için yöneltilen sorulardan annelerinin %30'a yakınının gebeliği sırasında hiç sağlık kontrolünden geçmediği saptanmıştır. Kontrolden geçenlerin de ideal bir kontrol olmayabileceği olasılığı düşünülürse, antenatal bakım hizmetlerinin yetersizliği yeniden vurgulanır. Bu çocukların %25.0'inin doğumu evde sağlık personeli ile, %11.8'inin ise evde kendi kendine olmuştur. 14 yıl öncesine kadar uzanan bu bilgiler yanında Antalya Merkez İlçe'de 1989 yılında iki ayda yapılan tüm doğumların %91.1'i hastanededir (39). Çalışmamıza giren

kişilerden özellikle gecekondu oturanlar Antalya'ya dışarıdan ve kırsal bölgeden gelmektedirler ve bir kısmının doğumları geldikleri yerlerde olmuştur. Ayrıca zaman faktörü de hastane doğumlarının artışında rol oynamaktadır.

4.3. ARAŞTIRMADA SAPTANAN SAKATLIK VE ENGELLİK SIKLIĞI

4.3.1. Sakatlık Sıklığı

Araştırmaya katılanların % 4.1'inin en az bir sakatlığı olduğu, % 0.3'ünün iki sakatlığı bulunduğu, % 0.1'inin ise aynı anda üç sakatlığı olduğu saptanmıştır (Tablo 12). Toplam olarak katılanların % 4.5'inde bir veya birden fazla özür saptanmıştır. Saptanan özürlerin tümü normal bir insanın başarı ile sonuçlandırabileceği aktiviteleri sınırlandırıcı veya önleyici niteliktedir. Bu nedenle saptanan özürler sakatlık tanımının gereklerini yerine getirmektedirler. 1985 Nüfus Sayımı'na göre ülkemizde sakatlık sıklığı % 1.4 bulunmuş olup, bu oldukça düşük bir orandır (8). Dünya ülkelerinde sakatlık sıklığı % 0.2'den %20.9'a kadar değişim göstermektedir (9). Bu farklılık araştırmalarda sakatlık boyutunun dar veya geniş tutulması ile yöntem farklılıklarından kaynaklanmaktadır. D.S.Ö. bu sıklığı kabaca %10 olarak kabul etmektedir (3). Değerlendirmelerimizde doğru bilgi alamama nedeniyle iç organ bozukluklarına, hafif ve orta derecede görsel, işitsel bozukluklara, tanı konmamış nöropsikiyatrik bozukluklara yer verilememiştir. Bununla beraber araştırmaya katılanlara "Uzun süredir devam eden ya da tekrarlayan herhangi bir hastalığınız var mı?" sorusu sorulmuş ve % 4.2'sinden olumlu bir yanıt alınmıştır. Bunların 25'inde (% 0.5) aynı zamanda ayrı bir sakatlık saptanmış olup, sonuçta 175 kişide (% 3.7) sakatlık olarak değerlendirmeye almadığımız kronik bozukluklar belirlenmiştir. Bunların %13'ü kalp hastalığı,

%24'ü hipertansiyon, %14.3'ü diyabet, %12.0'si hafif ve orta dereceli görme bozukluğu, % 8.0'i romatizmal hastalık, % 5.1'i KOAH, %16.0'sı herhangi bir kronik hastalık nedeniyle ameliyat edilmiş ve büyük kısmının bir organı alınmış ve %25'0'i de diğer bir kronik hastalıktır. Ancak tanı olanaklarının tam olmaması, kişilerin hastalıklarının farkında olmama olasılığı (örneğin hipertansiyonda olduğu gibi) sebebiyle bu veriler eksik olabilir. Ayrıca bu bozuklukların ne kadarının herhangi bir aktiviteyi sınırladığına veya önlediğine karar verebilmek de uygulanan anket ile çok güçtür. Ayrıntılı muayene, test ve görüşmeler ile saptanacak, bu bozukluklarca oluşturulan aktivite kısıtlılıklarının da eklenmesiyle sakatlık sıklığının D.S.Ö.'nün tahminlerine ulaşacağını sanmaktayız. Bir kişide birden fazla sakatlık bulunabilmesi sebebiyle sakatlık sayısı, sakat sayısından fazla bulunmuştur. Sakat kişi başına düşen sakatlık sayısı 1.1'dir.

4.3.2. Sakatlık Türleri

Saptanan özürler, D.S.Ö.'nün Uluslararası Özür Sınıflandırması'na göre gruplandırılmıştır (6). Buna göre en sık rastlanan özür türü "iskelet sistemi bozuklukları"dır (Tablo 13). İskelet sistemi bozuklukları tüm sakatlıkların %38.4'ünü oluşturup genel popülasyondaki sıklığı binde 19.2'dir. Bu grup içinde gövde ve ekstremitelerin mekanik ve motor bozuklukları, yapısal bozukluklar ve ekstremit kayıpları yer almaktadır. En sık görülen özür pleji ve paralizilerdir (binde 5.8). Bunu bacakta hareket kısıtlılığına yol açan özürler izlemektedir (binde 3.2). Ekstremitelerin distal ve proksimal kayıpları da bu grupta önemli bir yer tutup toplumdaki payı binde 2.3'tür (Ek.1). Kanbak 1971 yılında Yenikent'te ortopedik sakatlıkların sıklığını binde 67.0 bulmuştur (8), bunların binde 27.0'si doğuştandır. Bizim sınıflandırmanızda D.S.Ö. sınıflamasına

uygun olarak doğuştan parmak yapışıklıkları, ekstremitte eksiklikleri v.b. "şekil bozuklukları" grubunda incelenmiştir ve sıklıkları binde 2.7'dir. Kanbak'ın önemli bir kısmı doğuştan olan ortopedik sakatlık sıklığını bu kadar yüksek bulmasında sadece kırsal bölgede çalışmasının rolü olabilir. Kırsal bölgede akraba evlilikleri daha sık, akraba evliliklerinden doğan çocuklarda sakatlıkların daha çok görüldüğünü vurgulayan çalışmalar vardır. Ayrıca kırsal bölgede yaşayan kişilerin sağlık hizmetlerinden daha az yararlandığı ortadadır. Bizim bulgularımız da aynı yöndedir (Tablo 24, 25). 1985 Nüfus Sayımı'nda kötürüm, çolak, topal ve kambur başlıklarında toplanan sakatlık sıklığı binde 4.3 olarak bulunmuştur, kötürümlerin sıklığı binde 1.2'dir (7). Çalışmamızda sadece hemiplejik, paraplejik ve tetraplejik olanların toplumun binde 4.6'sını oluşturduğu bulunmuştur. 3 kişide birden fazla iskelet sistemi bozukluğu bulunduğundan, bu gruba giren sakatlık sıklığı binde 19.2 iken, aynı grupta yer alan sakat kişi sıklığı binde 18.5'tir.

İkinci sırada "göz ve görme ile ilgili bozukluklar" yer almaktadır. Bu grup tüm sakatlıkların %19.4'ünü oluşturup, popülasyondaki sıklığı binde 9.7'dir (Tablo 13). Grupta total görme kaybı, tek gözde görme kaybı, göz yokluğu, şiddetli görme bozukluğu ile belirgin şaşılık yer almaktadır. Belirgin şaşılık binde 4.4, herhangi bir gözde görme kaybı ve göz yoklukları binde 2.5, şiddetli görme bozuklukları ve katarakt binde 2.5 ve diğerleri de yüzbinde 3.0 sıklıkta görülmektedir (Ek.1). 1985 Nüfus Sayımı'nda herhangi bir gözü kör olanların sıklığı binde 2.6 olup bulgularımıza benzemektedir (7). Dünya'da körlük ülkelerin gelişmişlik düzeyiyle bağlantılı olarak binde 2.0 ile % 1.0-2.0 arasında değişmektedir (29, 40). Bu oran 1980 yılında Mısır'da kırsal bölgede 1.8 bulunurken, Nepal'de binde 8.0, Çin'de binde 2.1 ile binde 6.9 arasında bulunmuştur (40,41). Az gelişmiş ülkelerde en önemli körlük sebebi bula-

şıcı hastalıklar ve A vitamini eksiklikleridir (42). Bu sorunların yaygın olduğu ülkelerde doğal olarak körlük sıklığı yüksek olmaktadır. Antalya İl Merkezi için bulduğumuz sayı ise daha çok gelişmiş ülkelere benzemektedir.

Entellektüel yani zeka, hafıza ve düşünce bozuklukları tüm sakatlıkların % 9.7'sini oluşturup toplumdaki sıklığı binde 4.8'dir. Grupta zeka gerilikleri (binde 4.0) ve demans (onbinde 8.0) yer almaktadır (Ek.1). Ancak saptanan zeka gerilikleri, ailece bilinen, büyük olasılıkla şiddetli vakalardır. Zeka düzeyini belirlemek için herhangi bir tanı testi kullanılmamıştır. Bu nedenle zeka geriliklerinin gerçek boyutunun çok daha büyük olduğunu düşünmekteyiz. Nitekim A.B.D.'de bu oran % 3.0 olarak bulunmuştur (15). 1964-67 yıllarında, Baykan, Ankara'da iki kırsal ve bir kentsel bölgede zeka geriliği sıklığını binde 4.0 bulmuştur (22), bu sonuç araştırmamızla aynıdır.

Diğer psikolojik bozukluklar tüm sakatlıkların % 8.0'ini oluşturup, araştırma grubunun binde 4.0'ünde görülmektedir. Bu grupta epilepsi (binde 2.5), alkolizm (onbinde 9.0) ve ruh hastalıkları (onbinde 6.0) yer almaktadır (Ek.1). Baykan çalışmasında epilepsi sıklığını binde 2.2 bulmuştur Dünya'da epilepsi sıklığı binde 6.0 tahmin edilmektedir (19).

Entellektüel bozukluklar ve diğer psikolojik bozukluklardan kaynaklanan tüm mental bozuklukların sıklığı araştırmamızda binde 8.8 olarak bulunmuştur. Baykan çalışmasında psikoz, zeka geriliği, epileptik sendrom ve kronik beyin sendromlarının sıklığını binde 13.6 bulmuştur (22). 1985 Nüfus Sayımı'na göre zihinsel ve ruhsal özürlüler toplumun binde 2.0'sini oluşturup oldukça düşüktür. Shanghai'de yapılan bir çalışmada mental hastalıkların sıklığı binde 7.3 bulunmuştur (21). 1984 yılında D.S.Ö.'nce şizofreni, demans ve epilepsi gibi ciddi mental

bozuklukların sıklığının binde 12.0 dolaylarında olduğu tahmin edilmiştir (21).

Çalışmada saptanan işitme özürleri bir veya iki kulakta total işitme kaybı ve sağır-dilsizlerden oluşup tüm sakatlıkların % 7.6'sını, popülasyonun da binde 3.8'ini oluşturmaktadır. 1985 Nüfus Sayımı'na göre bu oran binde 1.6'dır. Lisan ve konuşma bozuklukları da binde 4.0 sıklıkta olup tüm sakatlıkların % 8.0'idir. Bu grupta kekemelikler, dilde yapışıklık ve konuşamayan kişiler yer almaktadır. Ayrıca işitme özürleri grubuna alınan 4 kişi (onbinde 8.0) hem duyamamakta, hem de konuşamamaktadır.

Araştırmada saptanan tüm sakatlık türleri liste halinde Ek.1'de sunulmuştur.

4.3.3. Engellilik Sıklığı

D.S.Ö.'nün 7 gruba ayırdığı engellilik durumu anket uygulanan kişiye liste halinde birer birer okunmuş ve "sakatlık bu engelliliklerden herhangi birine yol açıyor mu?" şeklinde sorulmuştur. Sonuçta sakatların %63.6'sında herhangi bir engel saptanmıştır (Tablo 15). Engelliliğin yüksek bulunması sakatların erken tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanamadığını göstermektedir. Engeli bulunan kişiler yaş gruplarına göre incelendiğinde; 0-4 yaş grubunda engellilik en düşük olup yaş ile artmaktadır (Tablo 30). 0-4 yaşındaki çocukların okula gitmeleri, çalışmaları ya da sosyal aktivitelere katılmaları toplumca beklenmediğinden bu düşüklük doğaldır. Yaşla birlikte kişiden beklenenlerin, ya da kişinin yaşamdan beklentilerinin artması engelliliğin bu yaşlarda daha sık görülmesini açıklamaktadır. Engeli olmayan sakatların sadece % 7.8'i işsiz iken, engeli bulunan sakatların %30.4'ü işsizdir ve bu so-

nuş çarpıcıdır (Tablo 33). Sosyal güvencesi olmayanların engellilik durumunun daha sık görülmesi veya engelli kişilerin sosyal güvence şansından daha da yoksun olmaları beklenmektedir. Sosyal güvencesi olmayan saka- katların %68.6'sı engelli iken, S.S.K.'lilerde bu oran %64.8, Emekli Sandığı ve Bağkur'lularda %50.0 dolayındadır. S.S.K.'na bağlı olanlarda engelliliğin fazla olması bu grubun sürekli iş kazası riski taşıyan iş- çilerden oluşmasına bağlanabilir (Tablo 34). Okur yazar olmayan sakatla- rın %86.1'i engelli iken, eğitim seviyesi arttıkça bu rakam küçülmekte- dir. Görüldüğü gibi engelli kişiler eğitim olanaklarından oldukça az ya- rarlanabilmektedir (Tablo 35). Tüm bu bulgular bir engele yol açacak de- recede sakatlığı bulunan kişilerin hala bazı temel gereksinim ve haklar- dan yararlanamadığını ve toplum dışında kaldıklarını göstermektedir.

4.4. SAKATLIK SEBEPLERİ

4.4.1. Doğuştan Sakatlıklar

Tüm sakatlıkların %34.6'sı doğuştandır (Tablo 14). Bu sonuç 1985 Türkiye Nüfus Sayımı'nda Türkiye genelinde saptananın aynısıdır (7). D.S.Ö. ise sakatlıkların %19.3'ünün doğuştan olduğunu kabul etmektedir (11). Doğuştan sakatlıklar intrauterin genetik malformasyonlar, enfeksi- yon ve gelişme gerilikleri ile doğum sırasında oluşan travmalardan kay- naklanmaktadır. Aradaki bu farklılık, ülkemizde antenatal bakım ve doğum hizmetlerinin niteliğinde düşüklüğü ve akraba evliliklerindeki sıklığı akla getirmektedir.

* Antenatal bakım: Antenatal bakım hizmeti temel sağlık hizmetle- rinin bir parçası olup ülkemizde hizmeti vermekle sağlık ocakları görev- lendirilmiştir. Sağlık ocakları bugün üzerlerine düşen görevi yeterince yerine getirememektedir. Temel sağlık hizmetleri kapsamında yer alan

sağlık eğitimi, beslenmenin düzenlenmesi, bağışıklama, erken tanı ve tedavi gibi hizmetlerin sakatlık gelişimiyle ne kadar yakından ilgili olduğu düşünülürse sağlık ocağı hizmetlerinin bir an önce iyileştirilmesi gerektiği ortaya çıkar. Bu yönüyle sakatlık, genel sağlık kavramından ayrılmamakta ve oluşumunu önlemek için yüksek nitelikli koruyucu ve ilk basamak tedavi edici hizmetlere gereksinim duymaktadır. Antalya Merkez İlçe'de doğumların yaklaşık %90'ı hastanelerde olup, bunun %80'ini Devlet ve S.S.K. Hastaneleri üstlenmektedir (39). Ülkemizde hastanelerde gerçekleşen doğumların büyük bir kısmı ebelerce ve yetersiz koşullarda oluşmaktadır. Hastane doğumlarının ideal niteliğine ulaştırılması Antalya Merkez İlçe'de doğuma bağlı komplikasyonların büyük bir kısmının kontrol altına alınmasını sağlayabilir. Evde kendi kendine ve sağlık personelinin yaptırdığı doğumların kontrolü daha uzun süreli bir çalışma gerektirir. Bazı özendirici uygulamalarla bu doğumlar hastaneye çekilir, hastane hizmetlerinin niteliği artırılabilirse sorunun boyutları küçültülebilir.

Sakatlık sıklığı yönünden kentsel, kent içinde kalmış kırsal ve gecekondu bölgeleri arasında bir fark olmamasına rağmen (Tablo 16), doğuştan sakatlıkların bu sıklıktaki payı kırsal ve gecekondu bölgelerinde kentsel bölgeye göre belirgin şekilde fazladır (Tablo 28). Bu da kırsal ve gecekondu bölgelerinde antenatal bakım ve doğum hizmetlerinin daha da zayıf olduğunu, buna karşılık akraba evliliklerinin daha sık olabileceğini düşündürmektedir. Bugün bu mahallelerde oturanlar sağlık hizmetlerinden kent merkezindekiler kadar yararlanma olanağı bulabilirler. Ancak bu kişiler kendi doğumları, ya da çocuklarına gebelikleri sırasında büyük olasılıkla kent merkezindekilerden daha az sağlık hizmeti almakta, geleneklerin, bazı zararlı alışkanlıkların ve ebe ninelerin daha çok etki-

sinde kalmakta ve haliyle kendilerinin ya da çocuklarının sakat kalma riski daha fazla olmakta idi.

* Ana baba akrabalığı: D.S.Ö. Araştırma Grubu tarafından, bir kez doğum yapmış 39.445 kadında yapılan bir çalışmada akraba evliliğinin bebekte malformasyonlar üzerine etkili olduğu saptanmıştır (43). Brezilya'da yapılan bir çalışma, eli ve ayakları olmayan kişilerin %82.0'sinin akraba evliliği yapmış ailelerin çocukları olduğunu göstermiştir (44). Costeff, İsrail'de geri zekalılıkla, Prasad şizofreni vakalarıyla akraba evlilikleri arasında pozitif ilişki bulmuştur (45,46). Güz, 1987 yılında, Antalya doğumlu kadınlarda akraba evliliğinin doğumsal anomaliler üzerine etkili olduğunu saptamıştır (38). Ancak akraba evliliği ile doğumsal anomaliler arasında ilişki saptayamayan çalışmalar da vardır (47,48). Araştırmamızda ana ve babası akraba olanların sıklığı %16.5'tir. Kırsal nitelikli ve gecekondü mahallelerinde bu sıklık belirgin bir şekilde fazladır (Tablo 25). Yine ana ve babası akraba olanlarda doğuştan sakatlıklar anlamlı bir şekilde fazladır. Akrabalık derecesi sakatlık sıklığını değiştirmemiştir. Tüm bu bulgular kırsal kökenli ailelerde akraba evliliklerinin daha sık olduğunu, akraba evliliği sonucu doğan çocuklarda doğumsal sakatlıkların daha çok olduğu düşüncelerini desteklemektedir.

Akraba evlilikleri ulaşım, ekonomi, üretim ve eğitim yönünden dışı kapalı toplumlarda yoğunlaşmış ve gelenekselleşmiş bir davranıştır. Toplumlarda geleneklerin değiştirilmesi oldukça güçtür. Bu değişim doğal bir süreci gerektirmektedir. Antalya toplumu yıllar öncesi gerek coğrafi yapısı, gerek ulaşımı, gerekse ekonomisinden ötürü kapalı bir toplumdur. Ancak son yıllarda gösterdiği gelişme, turizm, göç ve ekonomik gelir alanlarındaki değişim bu süreci oldukça hızlandırmıştır. Araştırmalarla da saptandığı gibi (38), bu süreci hızlandıran bir başka önemli unsur

eğitimidir. Bu nedenle konunun gerek kitle iletişim araçlarıyla, gerekse örgün eğitim ve yerel sağlık kuruluşlarında yeterince işlenmesi ve topluma tanıtılması gerekmektedir.

4.4.2. Kazalar

Araştırmada ev kazaları tüm sakatlıkların % 6.3'ünden, iş kazaları % 5.5, trafik kazaları ise % 5.1'inden sorumlu bulunmuştur (Tablo 14). D.S.Ö.'nün tahminine göre ev kazaları sakatlıkların % 5.8'i, iş kazaları % 2.9'u, trafik kazaları ise % 5.8'inden sorumludur. 1985 Nüfus Sayımı'na göre trafik kazaları tüm sakatlıkların % 5.4'üne, iş kazaları ise % 9.8'ine yol açmaktadır. İş kazaları dışında sonuçlar benzerdir.

Ev kazalarının oluşmasında konut ve çevresinin olumsuz şartları, evlerde kullanılan eşya ve her türlü malzemede güvenlik unsurunun ön plana alınmaması rol oynamaktadır. Evlerin merdiven basamakları, aydınlanması, eşik yerleri, banyo ve tuvaletler, parmaklıklar, elektrik tesisatları ve prizler, döşeme malzemeleri, yanısıra ocak, elektrikli cihazlar v.b. araçlardaki uygunsuz öğeler kaza oluşumunu artırmaktadır. Bu nedenle binaların planlanmasından, kullanılan eşyaların güvenliğine kadar tüm unsurların kaza riskini en aza indirecek standartlara uygun olması sağlanmalıdır. Ayrıca halkın bu konularda eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

Ülkemiz trafik kazalarının en yoğun olduğu ülkelerdendir. Bunda altyapı sorunlarından, eğitim eksikliğine kadar birçok etmenin rolü vardır. Türkiye'de şehirlerarası insan ve yük taşımacılığının büyük kısmı otobüs ve kamyonlarla yapılmaktadır. Özellikle Antalya gibi turistik yörelerde turizm nedeniyle trafik yoğunluğu yaz aylarında çok artmaktadır. Ne yazık ki bu bölgelerde demiryolu ve ülke içi deniz taşımacılığı ge-

lişmemiştir. Bu da şehirlerarası yollarda bir ağır vasıta anarşisine yol açmakta, yolların ömrünü ve niteliğini düşürmektedir. Trafik kazalarının büyük kısmı sürücü hatasından olmaktadır. Yeni uygulamaya giren kurs ile ehliyet verme uygulaması bu açıdan yararlıdır. Ülkemizde kitle iletişim araçlarıyla trafik olayı sık sık işlenmektedir. Ancak trafik eğitiminin yaygın olarak daha ilkokuldan başlayarak tüm okul yaşamı boyunca verilmesi gerekir. Olayın polisiye yönü yanında bir mühendislik olgusu olduğu unutulmamalıdır. Toplumumuzda yaygın bir ilkyardım bilinci yoktur. Sakatlıkların kaza anı kadar, taşıma sırasında da oluşma şansı vardır. Kazaya her zaman bir sağlık personelinin ilk müdahaleyi yapması olanaksızdır. Bu nedenle toplumların geniş bir kesiminin ilkyardım konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Yine özellikle kazaların yoğun olduğu yollarda iyi örgütlenmiş bir acil servis ağının kurulması gerekmektedir. Mevcut yerel sağlık üniteleri bu niteliğe kavuşturulabilir.

Ülkemizde iş sağlığı ve iş güvenliği uygulamalarında sıkıntılar mevcuttur. İş kazalarında en büyük rolü iş yerlerinde mevcut ilkel teknoloji almaktadır. "İş kazalarının en büyük sebebi işçilerin dikkatsizliğidir" yaklaşımı hatalıdır. Üretimde kullanılan makinelerin ve işyeri ortamının dikkatsizlik sonucu iş kazasına fırsat vermeyecek şekilde düzenlenmesi gerekir. Ülkemizde işyeri hekimiği yeni yeni gündeme girmiştir. Ancak bazı işyeri hekimleri olayı sadece hasta bakmak olarak algılamakta, gerçek anlamda görevini yapmaya çalışanlar ise işverenlerden kaynaklanan bazı güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bu konuda ilgililerin mevzuatın gereklerinin yerine getirilmesi için üzerlerine düşen görevleri hassasiyetle yapması gerekmektedir. İşyeri hekimliği kursları nitelik ve nicelik olarak artırılmalıdır. İşçiler ve işçi temsilcileri de sağlıkları konusunda yeterince bilinçlenmeli, bilgilenmelidirler. Sendikalar

sadece ekonomik yarar değil, uygun ve sağlıklı bir çalışma ortamı talep etmeyi benimsemelidirler. Üniversitelerin bu çabalara bilimsel katkısı gerekmektedir. İnsan sağlığı ve yaşamını sürdürme çabasının önceliği bir ilke olarak toplumda yerleşmelidir.

Sakatlık sebepleri arasında beklenenin aksine beslenme bozukluğu çok az bulunmuştur. Oysa D.S.Ö.'nün de vurguladığı gibi beslenme bozuklukları sakatlıkların başlıca sebeplerindendir (9). Beslenme yetersizliğinin toplumda bir hastalık olarak görülmemesi, bireylerde beslenme bilincinin olmaması bu olayın somut bir sebep olarak görülmesini engelleyebilir. Buna karşılık oldukça fazla "sebebini bilmiyorum" yanıtı alınmıştır (Tablo 14). Bilinmeyen sebeplerin gerçekte beslenme bozuklukları, psikiyatrik bozukluklar, bazı somatik hastalıklar gibi gruplara dağılacığı düşünülmektedir. Böyle bir dağılımla D.S.Ö. tahminleri ve araştırma sonuçları birbirine benzeyecektir. Beslenme yetersizliğinin raşitizm, kseroftalmi, zeka geriliği ve gelişme geriliği gibi bozukluklara yol açtığı bilinmektedir. Kişilerin bu bozukluklardan oluşan sakatlıkların sebebini bilmemesi doğaldır. Çalışmamızda da bu tür bozukluklara sıkça rastlanmıştır.

4.5. BAZI SOSYAL VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİN SAKATLIKLARLA İLİŞKİSİ

4.5.1. Sakatlıkların Bazı Demografik Özellikleri

1985 Nüfus Sayımı'nda sakatlık sıklığında yaşla birlikte bir artış görülmektedir (7). Araştırmamızda sakatlıklar 45 yaşından başlayarak artmakta, 65 yaştan sonra bu artış belirgin olmaktadır (Tablo 18). Yine ileri yaşlarda engellilik sıklığı artmaktadır.

Erkeklerde sakatlıklar kadınlara göre fazla olmakla beraber, arada önemli bir fark bulunamamıştır (Tablo 19). 1985 Nüfus Sayımı'na göre

sakatlarda erkek kadın oranı 1.61 bulunmuştur. Çalışmamızda bu oran 1.12'dir. Dünya'da sakatlarda erkek/kadın oranı 0.75 ile 2.81 arasında değişmektedir. Genel olarak gelişmiş ülkelerde cinsiyet farkı görülmemektedir (9). Bu farklılıklarda gelişmemiş ülkelerde genelde erkeklerin çalıştığı bazı ağır işlerde çalışma koşullarının kötülüğü, bu ülkelerde kadınların çalışma yaşamında ve trafikte erkekler kadar aktif yer almamaları, ek olarak sakatlık tanımındaki değişikliklerin etkisi olduğu sınımlanmaktadır. Bulgularımız incelendiğinde, doğumsal sakatlıkların her iki cinsiyette farklılık göstermediği, buna karşın trafik kazaları ve iş kazalarına erkeklerde daha fazla rastlandığı görülmektedir. Kadınlarda iş kazası sonucu oluşan hiçbir sakatlık saptanmamıştır. Ülkemizde de henüz kadınlar erkekler kadar ağır ve riskli işlerde çalışmamakta ve trafikte aktif olarak yer almamaktadırlar.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sakatlar eşleri tarafından daha çok terkedilmektedir (3). Çalışmada genel popülasyonda sakatlık sıklığı % 4.5 iken, eşinden boşanmış kişilerde %18.8'dir (Tablo 20). Ancak kişilerin boşandıktan önce mi yoksa sonra mı sakatlandıkları sorulmamıştır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda bu konu göz önüne alınmalıdır. Yalnız yaşayan yaşlıların sakatlanmaya daha çok aday olduğu, yalnızlığın özellikle yaşlılar için bir risk faktörü olduğu bilinmektedir (49). Yine eşi ölmüş kişilerde de sakatlık sıklığı %10.5 ile genel popülasyonun iki katından fazladır. Ancak bu kişilerde yalnızlığın yanısıra ilerlemiş yaşın da etkisi olduğu unutulmamalıdır.

4.5.2. Sakatlarda Eğitim Durumu

Sakatların sosyal uyumunda ortaya çıkan güçlüklerin belki de en önemlisi sakat olmayan kişilerin izledikleri eğitim sürecinin dışında kalmalarıdır. D.S.Ö. sakatların sakat olmayanlara göre daha az okula

gidebildiklerini, eğitim aldıklarını bildirmektedir (3). Antalya Merkez İlçe'de okur yazar olmayan kişilerde sakatlık sıklığı %10.3 olup, diğer gruplardan anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 21). Bu sonuç sakatların eğitimin ilk aşamasını yani okur yazarlığı aşamadıklarını düşündürmektedir. Tüm sakatların %23.0'ü okur yazar değildir, sakat olmayanlarda bu oran % 9.4'tür. Okur yazar olmayanlarda engellilik sıklığı da belirgin şekilde yüksektir. Sakatlık ve eğitim sözcükleri akla hemen özel dal okullarını getirmektedir. Oysa gerçekte amaç bu çocukların olanaklar elverdiğince normal okullarda okutulabilmesi olmalıdır. Özel dal okulları ancak normal okula devam edemeyecek derecede sakatlığı olanlar için söz konusu edilmelidir. Ayrıca bu okulların tek bir sakatlığa yönelik kapalı ortamlar yerine, birçok sakatlığa yönelebilen ve kişiye toplum içinde yaşamayı da öğreten niteliklerde olması gerekir. Ortopedik özürler ve şekil özürleri hiçbir zaman çocukları ayırmak için bir sebep olarak görülmemelidir. Bu konuda çelişkisi olanlara verilecek en iyi yanıt, bu tezin sunulduğunda yer alan A. Davis'in mesajı olsa gerektir (2).

4.5.3. Sakatların Çalışma Durumu ve İstihdamı

Sosyal uyumu güçleştiren, sakatın toplumda katılımını engelleyen ve sakat ile yakın çevresinin ekonomik yeterliliğini bozan bir etken de işsizliktir. D.S.Ö. çalışmalarında sakatların daha az iş sahibi olduğunu ve önemli bir kısmının işsiz olduğunu saptamıştır. Antalya İl Merkezi'nde işsizler arasında sakatlık sıklığı % 9.7 olup, herhangi bir işte çalışanlara göre anlamlı şekilde yüksektir (Tablo 22). 0-12 yaş grubu çocuklar değerlendirme dışı tutulduğunda sakat kişilerin %23.3'ü, buna karşın sakat olmayanların %10.5'inin işsiz olduğu görülmüştür. Bu bulgular D.S.Ö.'nün görüşünü desteklemektedir. Sakatlar arasında özellikle bir engeli bulunanlar işsiz kalmaktadır. İşsiz sakatların %89.5'i engel-

lidir (Tablo 33). Engeli bulunan sakatların %30.4'ü işsiz iken, engeli olmayan sakatlarda bu oran ancak % 7.8'dir. Bu sayılar, engelliliği bulunan kişilerin işe alıştırılmaları ve kavuşturulmaları için rehabilitasyon servislerinin ne kadar gerekli olduğunu vurgulamaktadır. İş Kanunu sakatların çalışma durumunu düzenlemiştir. İşverenler 50 veya daha fazla işçi çalıştırdıkları işyerlerinde % 2 oranında sakat kişiyi beden ve ruh durumlarına uygun bir işte çalıştırmakla yükümlüdür (50). Öncelikle bu oranın artırılması gerekmektedir. Yine işyerlerinin bu koşulları yerine getirip getirmediikleri ve özellikle sakat işçilerin çalışma ortamları denetlenmelidir. Sakatın işsiz olmasının kendisinde ve çevresinde ikincil patolojilerin gelişmesi için bir zemin hazırlayabileceği unutulmamalıdır,

4.5.4. Sakatlarda Sosyal Güvence

Araştırmaya katılıp sakat olduğu saptanan kişilerin %40.2'sinin hiçbir sosyal güvencesi yoktur. Sosyal güvencesi olmayan kişilerde sakatlık sıklığı (% 5.5), sosyal güvencesi olanlardan (%4.2) anlamlı şekilde farklı bulunmuştur (Tablo 23). Sosyal güvencesi olanlarda sakatlıkların daha çok görülmesinde sağlık hizmetlerinin daha az kullanılacağı ve hastalık riskinin artacağı düşünülebilirse de, sakat bir kişinin sosyal güvence sağlayan bir işe sahip olamaması ve sosyal güvenlik hizmetlerinin yetersizliği daha akla yakın gelmektedir. Ayrıca sosyal güvencesi olmayan kişilerin daha güç koşullarda çalışması, yaşaması ve bunun sakatlık riskini artırabileceği de düşünülebilir. Sakat kişilerin sosyal güvenceden yoksun olmaları, kendilerinde ve çevrelerinde ekonomik sıkıntılara ve sonuçta sağlık hizmetlerinden kaçmalarına yol açabilir. Bu da sakatlığın derece ve komplikasyonlarını artırabilir. Sosyal güvencesi olmayanlar arasında sakatlığı nedeniyle hiç tedavi görmeme (%51.2),

sosyal güvencesi olanlardan (%19.5) belirgin şekilde yüksektir (Tablo 38). Sakatlıkların oluşması, ilerlemesi ve engelliliğe yol açmasının önlenmesinde erken tanı ve tedavinin önemi vurgulanmıştı. Sakatların önemli bir kısmının sosyal güvencesi olmadığı, bunların da yarısından çoğunun sakatlıkları için hiç tedavi görmedikleri düşünülürse, dar boyutta tüm sakatların, idealde ise tüm insanların sosyal güvenceye kavuşturulması gerekmektedir. Ülkemizde bugün başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek derecede sakat olan ve bu durumunu tamteşekküllü bir hastaneden alacakları kurul raporu ile kanıtlayanlarla, durumuna uygun bir işe yerleştiremeyenlere aylık bağlanması öngörülmüştür. Bu uygulama aksamaktadır. Yaşlılık, sakatlık v.b. sebeplerle sosyal yardım şeklinde verilen aylıklar kısa sürede değerini kaybetmekte ve pratik yararı ortadan kalkmaktadır. Ayrıca bu işlemlerin formaliteleri oldukça güç ve yorucudur. Bu nedenlerle az kişiye küçük miktarlarda yapılan bu yardımların yeni düzenlemelere ve dinamiğe kavuşturulması gerekmektedir.

4.5.5. Sakatlıkların Önlenmesi, Tedavi ve Rehabilitasyonu

Sakatlık sebepleri incelendiğinde, klasik bir gelişmekte olan ülke görüntüsü ortaya çıkmaktadır. Doğuştan ve bulaşıcı-ateşli hastalıklarla oluşan sakatlıklar, tüm sakatlıkların %44.3'ünü oluşturmaktadır. Buna karşın kazalar ve kronik hastalıklar %26.6 ile küçümsenmeyecek düzeydedir. Bilinmeyen sebeplerin içinde önemli miktarlarda beslenme bozuklukları olduğu sanılmaktadır. O halde sakatlıkları önleme konusunda çabaların öncelikle ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinde odaklanması gerekmektedir. Akraba evliliklerinin önlenmesi de bu grupta incelenmelidir. Sakatlıkları önlemek için gereken uygulamalar genel sağlığı koruma ilkelerinden pek fark göstermemektedir. Ancak çeşitli mühendislik hizmetlerine de gereksinim duyan kazalarla mücadele ön plana çıkmaktadır.

Oluşan özürün kalıcı bir sakatlığa dönüşmesini önleme, erken tanı, uygun müdahale ve tedavi ile olası olur. Sakatların %32.2'si sakatlıkla-
rı sebebiyle hiç tedavi görmemişlerdir (Tablo 15). Bu oran kırsal nite-
likli mahallelerde oturanlarda %72.0 ile belirgin şekilde yüksektir
(Tablo 36). Yine sosyal güvencesi olmayanlarda tedavi olamama fazladır
(Tablo 38). Görüldüğü gibi erken tanı ve tedavi hizmetlerinin verilme-
sinde eğitimden, geleneklere, sosyal güvenceye kadar birçok etmen rol
alır. Ancak en önemlisi nitelikli ve etkili bir ilk basamak tedavi ve
acil servis hizmetinin verilebilmesidir. O halde sakatlıkların oluşması-
nı ve ilerlemesini önlemede en önemli unsur, ilkyardım hizmetleriyle
desteklenmiş nitelikli bir ilk basamak sağlık hizmetinin sağlanmasıdır.

Özür ve sakatlığın engelliliğe dönüşmesini önlemeye yönelik tüm
çabalar rehabilitasyon olarak tanımlanır. Araştırmada saptanan sakatlık-
ların %61.7'si bu hizmetten yararlanamadıklarını belirtmişlerdir (Tablo
15). Sakatlara rehabilitasyon terimi açıklanmakla beraber, hastalığın
akut tedavisi ile karıştırılmış olabilir. Böylece rehabilitasyondan ya-
rarlandığını belirtenlerin oranı daha da düşebilir. Rehabilitasyon kav-
ramı henüz toplumumuz için yabancı olup, ülkemizde rehabilitasyon ser-
visleri yetersiz ve sistemsizdir. Bu konuyla ilgili merkezler ancak bir-
kaç tanedir (51).

Gelişmiş ülkelerde, yüksek teknoloji ve uzman bakıcıların eşliğin-
deki merkezlerde verilen rehabilitasyon hizmetlerinin çok pahalı olduğu
gözlenmiştir. D.S.Ö. yerel örgütlere ve topluma entegre edilmiş rehabi-
litasyon hizmetlerinin hem daha yararlı, hem de ucuz olduğunu bildirmek-
tedir (3). Ülkemizde de rehabilitasyon hizmetlerinin ilk basamak sağlık
birimlerine entegre edilmesi, gönüllü kuruluşların ve diğer yerel örgüt-
lerin işbirliği gerekmektedir. Ancak öncelikle ilk basamak sağlık kuru-

luşlarının bu integrasyonu kaldıracak düzeye ulaştırılması gerekmektedir.

Rehabilitasyon programlarının hem insancıl hem ekonomik yükleri, maliyetleri mevcuttur. Bu maliyetler ancak etkili rehabilitasyon programları ile düşürülebilir. Rehabilitasyon hizmeti her zaman iş ve çalışma ile beraber yürütülmeli, sakatın toplum yaşamına katılımı kolaylaştırılmalıdır. Bu çalışmalar sadece sakatın çevresine uyumunu değil, çevrenin de sakata uydurulması çabalarını kapsamalıdır.

Ne kadar sakatın, ne tür rehabilitasyon hizmetine gereksinimi olduğu bilinmemektedir. Bu konuda geniş kapsamlı ve ayrıntılı araştırmalara gerek vardır. Böyle çalışmalar ancak uyumlu bir ekip çalışması ile başarılabılır.

4.5.6. Sakatların Yaşama ve Toplumsal Aktivitelere Katılma Hakkı

Sakat kalmak bireysel bir hata değildir. Kişinin sakatlığı içinde yaşadığı toplumun eğitim sorunlarından, olumsuz çevre koşullarından, yetersiz sağlık hizmetlerinden, altyapı sorunlarından, kısaca toplumsal yaşantının eksik ve yanlışlarından kaynaklanmaktadır. O halde toplum, yol açtığı bu olumsuzlukları paylaşmakla, azaltmak için çaba göstermekle yükümlüdür. Sakatlar şanssız olmayan, kadersiz, sadece acınan bir grup olarak toplum dışına itilmemelidirler.

Topluma hizmet veren her türlü kuruluş, yatırım ve düzenlemelerde sakat faktörü göz önüne alınmalıdır. Parklar, dinlenme yer ve tesisleri, resmi daireler, alışveriş merkezleri sakatların kullanımına uygun hale getirilmelidir.

Sakatların rehabilitasyon hizmetleri toplum içinde gerçekleşmelidir. Gelişmiş ülkelerde oluşan, sakatlara bakmanın devletin sorumluluğu olduğunu ve bu bakımın modern bakımevlerinde uzman kişilerce gerçekleş-

tirilmesi gerektiği düşüncesi sakıncalıdır (3).

Sakat kişilerin de yönetim organlarında, karar verici kademelerde görev alma hakkı vardır. Bugün mevcut olan aksine tutum değiştirilmelidir. Sakatların toplum içinde etkin görevlerde yer alması ve güçlenmesi kendi haklarına sahip çıkmalarını kolaylaştıracaktır.

Sakatların topluma entegrasyonunda gönüllü kuruluşlara önemli görevler düşmektedir. Gönüllü kuruluşlar çeşitli aktivitelerin organizasyonunda, hizmetlerin yürütülmesinde ve sakatların haklarının takip edilmesinde görev alabilirler. Ancak bu çalışmaların gelişigüzel değil, belli bir plan dahilinde işbirliği ile yürütmesi gerekir.

Sakatların da festival, olimpiyat gibi bazı aktivitelere gereksinimi vardır. Bu uygulamalar hem sakat sorununu gündemde tutmak, hem de onların yaşamlarını renklendirmek, yaşama bağlılıklarını ve özgüvenlerini sağlama yönünden gereklidir. Halen bazı ülkelerde görülebilen bu uygulamalar artırılmalıdır.

Sakatların dezavantajlarını en az düzeye indirmek için gerekli araç-gereç, protez v.b. üretimi bazı ülkelerde bir sanayi halini almıştır. Bu tür yardımcılar sakatın topluma katılımını kolaylaştırmaktadır. Ancak bu tür araçlar genellikle yurt dışından ithal edilmekte ve yüksek fiyatla işlem görmektedir. Bu tür araçların üretiminin teşvik edilmesi, ithal edileninse uygun koşullarla tüm sakatlara ulaştırılması şarttır.

Sonuç olarak, sakat toplumun bir ferdidir. Toplum yaşamını paylaşma ve üretime katılma konusunda sakat olmayanlarla eşit haklara sahiptir. O nedenle toplumun ilgili tüm kesimleri sakatın bu haklarına kavuşması için her türlü önlemi almak, gerekleri yerine getirmekle yükümlüdür.

SONUÇLAR

* Antalya Merkez İlçe'de sakatlık prevalansı % 4.5 bulunmuştur. Sakat kişi başına düşen sakatlık sayısı 1.1'dir. Laboratuvar, muayene ve gerektiği durumlarda uzman hekim kullanılmadığı için D.S.Ö.'nün tanımı içine giren ve daha önce açıklanan bazı sakatlık türleri değerlendirme dışı bırakılmıştır. Bunlar sakatlık sınırı çizilemeyen hafif ve orta vakalar ya da kişinin farkında olmadığı ve iç organlardan kaynaklanan sınırlanmalardır. Bu konularda kesin rakamlar saptayabilmek için türe özgül veya geniş kapsamlı ekip çalışmalarına gerek vardır.

* Sakatların %63.6'sında herhangi bir engel saptanmıştır. Bulgu tek tek sayılan engellilik listesine verilen yanıtlara dayanmaktadır.

* Sakatların %32.2'si sakatlıkları nedeniyle hiçbir tedavi görmemişlerdir.

* Sakatların %61.7'si rehabilitasyon hizmetinden hiç yararlanmamıştır. Rehabilitasyon terimi anket uygulanan kişilere açıklanmakla birlikte, hastalığın akut tedavisi ile karışabileceği konusunda kuşku vardır.

* En sık görülen sakatlık türü iskelet sistemi bozukluklarıdır.

* Sakatlıklar sebeplerine göre ayrıldığında doğuştan sakatlıklar %34.6 ile ilk sırayı almaktadır.

* Yaş büyüdükçe sakatlık ve engellilik sıklığı artmaktadır. Cinsiyete göre bir fark bulunamamıştır.

* Boşanmış ve eşi ölmüş kişilerde sakatlık sıklığı daha fazladır.

* Okur yazar olmayan kişiler arasında sakatlık sıklığı %10.3 olup, diğer gruplardan yüksektir. Yine sakat olanlar arasında okuma yazma oranı, sakat olmayanlara göre düşük olup, sakatlar eğitim olanaklarından daha az yararlanabilmektedir.

* Araştırmaya katılanların %33.0'ünün hiçbir sosyal güvencesi yoktur.

* Sakatlık sıklığı işsiz olanlarda % 9.7 olup, herhangi bir işi olanlardan fazladır. Sakat kişilerin sakat olmayanlara göre çok daha fazla kısmı işsizdir. Sakatlar iş olanaklarından daha az yararlanmaktadır.

* Antalya İl Merkezi'nde ana ve baba arasında akrabalık sıklığı %16.5 bulunmuştur.

* Sakatlıklar sosyal güvencesi olmayanlarda daha sık bulunmuştur.

* Ana ve babası akraba olanlarda doğuştan sakatlıkların sıklığı, akraba olmayanlara göre belirgin şekilde yüksek bulunmuştur. Akrabalık derecesi ile doğuştan sakatlık sıklığı arasında bir ilişki bulunamamıştır.

* Kent içinde kalmış kırsal özellik gösteren mahallelerde oturan sakatların %72.0'si sakatlıkları nedeniyle hiçbir tedavi görmemişlerdir. Bu oran diğer mahallelerden belirgin şekilde yüksektir.

* Sosyal güvencesi olmayanlarda sakatlığı sebebiyle hiç tedavi görmeme durumu, sosyal güvencesi olanlara göre belirgin şekilde fazladır.

* Kırsal ve gecekondü bölgelerinde oturanlarda doğuştan sakatlıklar, kent merkezinde oturanlara göre belirgin olarak fazladır. Yine ana ve

baba arasında akrabalık kırsal ve gecekondü bölgelerinde yüksek bulunmuştur.

* Trafik kazaları ve iş kazalarına bağılı sakatlıklar erkeklerde daha sık görölmektedir. İş kazasına bağılı sakatlığa kadınlarda hiç rastlanmamıştır.

* Araştırmaya katılanlardan erkeklerin %10.6'sı, kadınların %13.1'i işsizdir.

ÖNERİLER

1. Temel sağlık hizmetlerinin niteliği ve bugünkü durumda onun uygulayıcısı olan sağlık ocaklarının hizmetleri ve çalışma şartları bir an önce iyileştirilmelidir.

2. Antalya Merkez İlçe'de doğumların %80'inin gerçekleştirildiği Antalya Devlet Hastanesi ve S.S.K. Hastanesi'nde doğum hizmetlerinin daha modern, steril koşullarda gerçekleşmesi, hizmetin olanaklar ölçüsünde hekimlerce verilmesi sağlanmalıdır.

3. Geleneklerden kaynaklanan ve değiştirilmesi oldukça güç olan akraba evliliklerinin azaltılabilmesi için, konu kitle iletişim araçları, bilimsel toplantı ve konferanslarla gündemde tutulmalı, yerel sağlık örgütlerince yapılan eğitim çalışmalarında işlenmelidir.

4. Genetik danışmanlık rutin bir hizmet haline sokulmalı, prenatal tanı uygulamaları en azından tüm üniversite hastanelerinde gerçekleştirilebilmelidir.

5. Trafik kazaları ile ilgili mevcut önlemler genişletilerek sürmeli, özellikle ilk ve orta dereceli okullarda trafik eğitimi yoğunlaştırılmalıdır. Yeni başlatılan kurs ile ehliyet verme uygulaması ciddiye-
tini koruyarak sürmelidir. Şehirlerarası yollarda taşımacılık yapan ağır vasıtaların yoğunluğu göz önüne alınarak demiryolu ve denizyolu taşımacılığına daha çok önem verilmelidir.

6. Acil servis ve ilkyardım hizmetleri daha iyi örgütlenmelidir.

Bu amaçla kullanımı fazla olan şehirlerarası yollarda iyi eğitilmiş personel ve yeterli araç-gerece sahip acil yardım üniteleri kurulmalıdır. Bu bölgelerde mevcut yerel sağlık birimleri böyle bir kimliğe kavuşturulabilir.

7. Toplumun geniş bir kesimi ilkyardım konusunda bilgilendirilmelidir.

8. İş sağlığı uygulamaları artık gerçek anlamına kavuşturulmalıdır. Bu konuda ilgili kuruluşlar yaptırım güçlerini kullanmalı, işyerleri sağlık risklerinden arandırılmalıdır. İşyeri hekimliği uygulamaları yaygınlaştırılmalı, işyeri hekimlerinin görevlerini yapabilmeleri için uygun ortam ve güvence sağlanmalıdır. İşyeri hekimliği kursları artırılırken, bu kursların katılanlarda "iş sağlığı" kavramını oluşturacak ve benimsetecek nitelikte olması gerçekleştirilmelidir.

9. Öncelikle tüm sakatlar, idealde ise tüm insanlar sosyal güvenceye kavuşturulmalıdır.

10. Sakatlar eğitim olanaklarından daha az yararlanmaktadır. Bu nedenle sakat çocukların izole okullar yerine olabildiğince normal okullardan yararlanmaları sağlanmalıdır. Ancak normal eğitim kurumlarında okuyamayacak derecede sakatlığı olanlar özel eğitim kurumlarından yararlandırılmalı ve bu konudaki mevcut yetersiz kapasite artırılmalıdır.

11. Modern anlamda rehabilitasyon kavramı uygulamaya sokulmalıdır. Bakımevleri yerine sakatın topluma ve çalışma yaşamına entegrasyonunu sağlayacak, yerel birimlere ve topluma dayalı rehabilitasyon hizmetlerinin verilebilmesi için çalışmalar yapılmalıdır. Sakatın tıbbi gereksinimleri kadar sosyal gereksinimleri de karşılanmalıdır. Bu konuyla ilgili

olarak sakatların toplum içinde yaşamlarını güçleştirecek, çevredeki fizik engeller kaldırılmalı, yeni yapılan park, kaldırım, yol, dinlenme yerleri, sinema, tiyatro, alışveriş merkezleri, toplu taşıma araçları ve resmi kuruluşlarda sakatlara yönelik çevre düzenlemesine gidilmelidir.

12. Sakatların da spor, eğlenme hakkı vardır. Bu amaçla halen yapılmakta olan olimpiyat, festival v.b. organizasyonların sayısı artırılmalıdır.

13. Sakatların kullanımına yönelik protez, sandalye ve benzeri araç üretimi teşvik edilmeli ve uygun ekonomik şartlarda sakatlara ulaştırılmalıdır,

14. İşsizlik sakatlarda ve özellikle engellilerde daha fazladır. Rehabilitasyon çalışmalarında işe alıştırma ve iş sağlama konularına özel önem verilmelidir. Ayrıca resmi dairelerde, fabrikalarda ve çeşitli işyerlerindeki sakat işçi ve memur kontenjanları artırılmalıdır. Çalışamayacak derecede sakatlar için hergün gidebilecekleri ve gözetim altında küçük çapta üretken kılınabilecekleri atölye ve benzeri birimler kurulmalıdır. Tüm sakatlar muhtaçlıktan kurtarılıp üretken hale geçirilmelidir.

15. Bütün bu çalışmalar içinde gönüllü kuruluşların aktif, ancak planlı bir şekilde yer alması sağlanmalıdır.

16. Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, sakatlar için de düzenli bir kayıt sistemine gereksinim vardır. Yurt çapında tüm sağlık sorunlarını kapsayan bir kayıt sistemi geliştirilmeli veya mevcut sistem işler hale getirilmelidir.

17. Sakatlara götürülecek hizmetin planlanmasında sakatın engellilik derecesi ve rehabilitasyon gereksiniminin saptanması önem taşımaktadır. Bu konuda yeni araştırmalara gerek vardır. Bu araştırmalarla sakatların sorunları, gereksinimleri ve gerekli rehabilitasyon türleri saptanmalıdır.

18. Sakatlar konusunda tüm toplum eğitilmelidir. Bireylerdeki acıma, dışlama ve terketme duyguları yerlerini kabullenme, paylaşma ve birlikte yaşamaya bırakmalıdır.

ÖZET

Bu çalışma ile Antalya İl Merkezi'ni temsil eden, tüm yaşlarda 4.751 kişiden oluşan bir örnekte sakatlık ve engellilik sıklığı, sakatlık türleri ve sakatlığın bazı değişkenlerle ilişkisi araştırılmıştır. Araştırma 1989 Aralık ayında uygulanmıştır.

Antalya İl Merkezi'nde sakatlık prevalansı % 4.5 olarak saptanmış olup, ilk üç sırada iskelet sistemi bozuklukları (%38.4), göz ve görme bozuklukları (%19.4) ile zeka, hafıza ve düşünce bozuklukları (% 9.7) yer almıştır. Okur yazar olmayanlarda, işsiz olanlarda ve sosyal güven-cesi olmayanlarda sakatlık sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Sakatlık nedenleri içinde doğumsal sakatlıklar ilk sırayı almakta, ana ve babası akraba olanlarda doğumsal sakatlıklar çok daha sık görülmektedir. Sakatların önemli bir kısmının rehabilitasyon ve sakatlıklardan ötürü gerekli tedavi hizmetlerinden yararlanamadığı görülmüştür.

Tüm bulgular birleştirildiğinde sakatların Türkiye'de nüfus sayımlarında saptanan rakamlardan daha fazla sayıda oldukları ve birçok sorunlarının bulunduğu belirlenmiş, bu sorunların çözümü için kapsamlı, organize çalışmalara gerek olduğu, bu çalışmalarda devlete olduğu kadar topluma da görev düştüğü kanısına varılmıştır. Ayrıca sakatlık olgusunun toplumun genel sağlık hizmetleri ve yaşam koşullarıyla yakından ilişkili olduğu vurgulanmış, bulgular doğrultusunda gerekli öneriler sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Öztekin, Z. 1986. Temel Sağlık Hizmetleri. HÜTF. Yayın No. 86/33, s.77.
2. Davis, A. 1984. "Right to life of handicapped". World Health Forum, Vol.5, No.2, pp.131.
3. WHO. 1981. Disability Prevention and Rehabilitation. Technical Report Series, No.668, Geneva.
4. WHO. 1985. Targets for health for all, pp.30, Copenhagen.
5. Wood, P.H.N. 1980. "Appreciating the consequences of disease; the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps", WHO Chronicle, Vol.34, No.10, pp.376-80.
6. WHO. 1980. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, Geneva.
7. DİE. 1989. 1985 Türkiye Genel Nüfus Sayımı, No.1369, Ankara.
8. Kanbak, M. 1971. Kırsal Bölgede Kas-İskelet Sistemini İlgilendiren Sakatlık Prevalansı Araştırması. Uzmanlık Tezi. HÜTF Toplum Hekimliği Enstitüsü. Ankara.
9. Chamie, M. 1989. "Survey Design Strategies for the Study of Disability". World Health Statistics Quarterly, Vol.42, No.3, pp.122-40.
10. WHO. EURO. 1982. The epidemiology of accident, traumas and resulting disabilities. EURO Reports and Studies, No.57, Copenhagen.
11. WHO. EURO. 1980. Early detection of handicap in children. EURO Reports and Studies, No.30, pp.18, Copenhagen.

12. Berry,C.L. et al. 1977. "Non-Mendelian developmental defects; animal models and implications for research in to human disease". Bulletin of the World Health Organisation, Vol.55, No.4, pp.475.
13. WHO. 1984. Road traffic accidents in developing countries. Technical Report Series, No.703, Geneva.
14. WHO. EURO. 1981. Prevention of traffic accidents in childhood. EURO Reports and Studies, No.26, Copenhagen.
15. Cassens,B.J. 1987. Preventive Medicine and Public Health. The National Medical Series For Independent Study. A Wiley Medical Publication, USA.
16. WHO. 1989. Epidemiology of work-related diseases and accidents. Technical Report Series, No.777, Geneva.
17. Ege,R. 1984. Acil Yardım ve Kazalar. Gazi Üniversitesi Kazaları Araştırma ve Önleme Enstitüsü, Yayın No. 2, s.23-27,123, Ankara.
18. SSK. 1988. 1987 İstatistik Yıllığı. SSK Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara.
19. Ritson,E.B. 1985. Community response to alcohol-related problems . WHO Public Health Papers, No.81, Geneva.
20. Wilson,A. 1982. "Alcohol; a rising tide". The Magazine of the World Health Organisation, December, pp.2-5.
21. WHO. 1984. Mental Health Care in Developing Countries. Technical Report Series, No.695, Geneva.
22. Baykan,N., Sungur,C., Bilgin,Y. 1979. Toplum Hekimliği. AÜTF. Yayın No. 379, s.318-49, Ankara.

23. Neki,J.S. 1985. "Mental Disability". The Magazine of the World Health Organisation, August-September, pp.18-9.
24. Lin,T.Y., Sartorius,N., et al. 1975. Schizophrenia; A Multinational Study. WHO Puplic Health Papers, NO.63, pp.36, Geneva.
25. WHO. 1979. "Epilepsy in developing countries". WHO Chronicle, Vol.33, No.5, pp.183-6.
26. WHO. 1986. Dementia in later life; research and action. Technical Report Series, No.730, Geneva.
27. WHO. EURO. 1982. Preventing disability in the elderly. EURO Reports and Studies, No.65, Copenhagen.
28. WHO. 1980. "Blindness prevention". WHO Chronicle, Vol.34, No.9, pp.332-5.
29. WHO. 1973. "Prevention of Blindness". WHO Chronicle, Vol.27, pp.21-7.
30. Thylefors,B. 1985. "Prevention of blindness in current focus". WHO Chronicle, Vol.39, No.4, pp.149-54.
31. Keen,H. 1982. "Prevention measures in diabetes". World Health Forum, Vol.3, No.2, pp.181-4.
32. Berg,R.L. 1986. "The Prevention of Disability in the Aged". In: Public Health and Preventive Medicine, Maxcy-Rosenau, pp.1327-39, USA.
33. James,W.V. 1984. "Technology for the disabled". World Health Forum, Vol.5, No.3, pp.256-8.
34. DSÖ. 1988. Bağışıklama Oranı Değerlendirme Araştırması, Genişletilmiş Bağışıklama Programı, Ankara.

35. Rotenberg,R.B., Lobanov,A., Singh,K.B., Stroh G. 1985. "Observations on the application of EPI cluster survey methods for estimating disease incidence". Bulletin of the World Health Organisation, Vol.63, No.1, pp.93-9.
36. Smbloğlu, K., Smbloğlu,V. 1987. Biyoistatistik. s.233-7, Ankara.
37. H.. Institute of Population Studies. 1989. 1988 Turkish Population and Health Survey, Ankara.
38. Gz,K. 1987. Antalya Yresinde Akraba Evliliği Sıklığı ve Tıbbi Sonuçları. Yksek Lisans Tezi, Antalya.
39. alı,Ş., Aktekin, M. 1990. "Gebeler Antenatal Bakımdan Ne lde Yararlanıyor". Jinekoloji ve Obstetri'de Yeni Grş ve Gelişmeler, No.1, s.51-6, Ankara.
40. Dawson,C.R., Schwab,I.R. 1981. "Epidemiology of cataract a major cause of preventable blindness". Bulletin of the World Health Organisation, Vol.59, No.4, pp.493-501.
41. WHO. 1977. "Some facts about blindness in the South East Asia Region". WHO Chronicle, Vol.31, pp.22-4.
42. WHO. 1985. "Prevention of Blindness". Weekly Epidemiological Record, No.60, pp.369-76.
43. Chakraborty,R., Chakravarti,A. 1977. "On consanguineous married and the genetic load". Hum.Genet., Vol.36, pp.47-54.
44. Freira,A., Chakraborty,R. 1975. "Genetics of achairopadia". Ann.Hum. Genet., Vol.39, pp.151.
45. Prasad,A.J. 1985. "First cousin marriages and psychiatric morbidity". Can.J.Psychiatry, Vol.30, pp.69.

46. Costeff,H. 1977. "Consanguinity analysis in heterogen population".
Am.J.Hum.Genet., Vol.29, pp.329-38.
47. Kayan,A., Oran,O. 1981. "2515 yenidoğanda anne ve babaların
akrabalık durumu ve konjenital malformasyonlarla ilişkisi". CÜTF
Dergisi, Cilt.3, Sayı.3-4, s.280-2.
48. Say,B. 1971. Türk Halkında Çeşitli Konjenital Malformasyonların
Görülme Sıklığı. H.Ü. Yayınları, No.C-12.
49. Erdal,R. 1989. Halk Sağlığı Yönünden Yaşlılık. HÜTF Halk Sağlığı ABD
Yayını, No.89/50, Ankara.
50. Velicangil,S., Velicangil,Ö. 1987. Endüstri Sağlığı ve Meslek
Hastalıkları, s.424.
51. T.C. Sağlık Bakanlığı. 1990. Milli Sağlık Politikası, s.71, Ankara.

8. EKLER

Ek.1 : Araştırmada saptanan sakatlık türleri ve prevalansları

	<u>Sayı</u>	<u>Prevalans</u> <u>(onbinde)</u>
1. İskelet Sistemi Bozuklukları		
Bacakta hareket kısıtlılığı yapan mekanik bozukluklar	15	31.6
Hemipleji	13	27.4
Parapleji	8	16.8
Ekstremitte paralizi ve parezisi	6	12.6
Parmak kopukluğu	6	12.6
Bir bacakta kısalık	6	12.6
Pesequinovarus	6	12.6
Kifoz	3	6.3
Kifoskolyoz	3	6.3
Bacak amputasyonu	3	6.3
Bel fıtığı	3	6.3
Ayak parmaklarında amputasyon	2	4.2
Quadropleji	1	2.1
Diğer	16	33.8
T o p l a m	91	191.5
2. Göz ve Görme ile İlgili Bozukluklar		
Şaşılık	21	44.2
Şiddetli görme bozukluğu	11	23.2
Bir gözde görme kaybı	10	21.0
İki gözde görme kaybı	2	4.2
Diğer	2	4.2
T o p l a m	46	96.8
3. Şekil Bozuklukları		
Ekstremitte yoklukları ve deformiteleri	13	27.4
Yüzdeki deformiteler	5	10.5
Multiple deformiteler	1	2.1
T o p l a m	19	40.0

Ek.1 : (Devam)

	<u>Sayı</u>	<u>Prevalans (onbinde)</u>
4. Kulak ve İşitme ile İlgili Bozukluklar		
Bir kulakta sağırılık	10	21.0
İki kulakta sağırılık	4	8.4
Sağır ve dilsiz	4	8.4
T o p l a m	18	37.8
5. Entellektüel Bozukluklar		
Zeka geriliği	19	40.0
Demans	4	8.4
T o p l a m	23	48.4
6. Diğer Psikolojik Bozukluklar		
Epileptik sendrom	12	25.3
Alkolizm	4	8.4
Ruh hastalığı ^x	3	6.3
T o p l a m	19	40.0
7. Lisan ve Konuşma Bozuklukları		
Belirgin kekemelik	15	31.6
Konuşamama	3	6.3
Dilde yapışıklık	1	2.1
T o p l a m	19	40.0
8. Jeneralize Bozukluklar	2	4.2
G E N E L T O P L A M	237	489.7

^xTanı konmuş, belirgin ve şiddetli hastalıklar.

			1	2	3	4	5	6						
ADI - SOYADI	HANE NO	KİŞİ SIRA NO	MAHALLESİ	BAĞLI OLDUĞU SAĞLIK OCAĞI	KONUTUN TİPİ	KONUTUN KİME AİT OLDUĞU	HER KİŞİNİN HANEDEKİ STÜTÜSÜ	YAŞI						
Hanede oturan kişilerin ad ve soyadlarını sırasıyla yazınız				1.Bir No'lu 2.İki No'lu 3.Üç No'lu 4.Dört No'lu 5.Beş No'lu 6.Ahatlı 7.Güzeloba	1.Tapusuz gecekond 2.Tapulu 3.Müstakil ev (köy tipi) 4.Müstakil ev (şehir tipi) 5.Apartman dairesi 6.Apartmanda standart altı daire (kapıcı d.)	1.Kendilerinin 2.Kira 3.Yakınlarını kira ödemiyor 4.Lojman 5.Diğer	0.Anne 1.Baba 2.Çocuk 3.Büyükanne (anne) 4.Büyükanne (baba) 5.Dede(anne) 6.Dede(baba) 7.1.derece akraba 8.Uzak akraba 9.Diğer	Aynen yazınız						
								Bir yaşından küçükse 0 yazınız						
K O L O N	1-4	5-8		9-10		11		12		13		14		15
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														

7	8	9	10	11	12	13	14	15	
CINSİYETİ	MEDENİ DURUMU	EĞİTİM DURUMU	MESLEĞİ	SOSYAL GÜVENCESİ VAR MI?	ANTALYA'DA OTURMA SÜRESİ	ANTALYA'YA GELDİĞİ YER	ANNESİNİN EĞİTİM DURUMU	BABASININ EĞİTİM DURUMU	
1.Kadın 2.Erkek	1.Evli 2.Boşanmış 3.Eşi ölmüş 4.Bekar 5.Çocuk (0-14 yaş) 6.Diğer	1.Okur yazar değil 2.Okur yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite 7.Öğrenci (okulunu yazın) 8.0-6 yaş çocuk	0.0-6 yaş çocuk 1.İşsiz 2.Öğrenci Mesleğini belirtiniz	1.yok 2.Emekli Sandığı 3.S.S.K. 4.Bağkur 5.Diğer (belirtiniz)	1.Doğuştan beri 2.Bir yıldan beri 3.1-5 yıl 4.6-10 yıl 5.11-20 yıl 6.20 yıl	1.Antalyalı 2.Antalya ilçelerinden (belirtiniz) 3.Başka ilden (belirtiniz) 4.Yurtdışı	1.Okur yazar değil 2.Okur yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite 7.Bilmiyor 9.Gereksiz	1.okur yazar değil 2.Okur yazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite 7.Bilmiyor 9.Gereksiz	
	16	17	18-19	20	21	22	23-24	25	26
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									

16		17		18		19		20		21		22		23		24	
ANNESİNİN MESLEĞİ		BABASININ MESLEĞİ		BU KİŞİNİN DOĞUMUNUN OLDUĞU YER		ANNESİNİN KAÇINCI DOĞUMUNDAN OLMUŞ		DOĞDUĞUNDA ANNESİ KAÇ YAŞINDAYMIŞ		KENDİSİNE GEBE İKEN, ANNESİNE SAĞLIK KONTROLÜ YAPILMIŞ MI?		ANNE VE BABASI ARASINDA AKRABALIK VAR MI?		LİSTEDEKİ SAKATLIKLARDAN BİRİ VEYA BİRKAÇI VAR MI?		SON BİR AY İÇİNDE KAZA GEÇİRDİNİZ Mİ?	
1.Ev kadını 2.İşçi 3.Emekli 4.Küçük memur 5.Büyük memur 6.Küçük serbest 7.Büyük serbest 8.Çiftçi 9.Gereksiz		1.İşsiz 2.İşçi 3.Emekli 4.Küçük memur 5.Büyük memur 6.Küçük serbest 7.Büyük Serbest 8.Çiftçi 9.Gereksiz		1.Sağlık kuruluşu 2.Evde sağlık personeli 3.Evde sağlık personeli olmaksızın 4.Bilinmiyor 9.Gereksiz		Aynen yazınız 8.Bilmiyor 9.Gereksiz		Aynen yazınız 8.Bilmiyor 9.Gereksiz		1.Yapılmış 2.Yapılmamış 3.Bilmiyor		0.Yok 1.Kardeş çocukları 2.Uzak akraba		Arka sayfadaki listeye bakıp listede işaretleyiniz 00.Var 01.Yok		Kaza listesine bakıp listede işaretleyiniz 00.Var 01.Yok	
		27		28		29		30		31		32		33		34-35	
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	

ADI - SOYADI		KİŞİ SIRA NO	KİŞİNİN KAÇINCI SAKATLIĞI	25	26	27	28	29	30		
				BU SAKATLIK NE ZAMANDIR MEVCUT?	SAKATLIĞIN SEBEBİ NEYDİ?	BU SAKATLIĞI SEBEBİYLE TEDAVİ GÖRMÜŞ MÜ?	BU SAKATLIĞI SEBEBİYLE REHABİLİTASYON YAPILMIŞ MI?	BU SAKATLIKLAR ENGELLİLİĞE SEBEP OLUYOR MU?	BU KİŞİ		
				1.Doğuştan 2. yıldan beri (belirtiniz) Bir yıldan az ise belirtiniz 9.Sakatlığı yok	1.Doğumsal 2.Ev kazası 3.Trafik kazası 4.İş kazası 5.Bulaşıcı hastalık 6.Beslenme bozukluğu 7.Diğer 9.Sakatlığı yok	1.Görmemiş 2.Görmüş 3.Bilmiyor 9.Sakatlığı yok	1.Yapılmamış 2.Yapılmış 3.Bilmiyor 9.Sakatlığı yok	1.Olmuyor 2.Oluyor Listeye bakıp listede işaretleyiniz 9.Sakatlığı yok	1.Sakat 2.Sakat ve Engelli 9.Sakat değil		
				KN	KD	KN	KD	KN	KD	50	51
1. Kişi			1.	38		41		44		47	
			2.	39		42		45		48	
			3.	40		43		46		49	
2. Kişi			1.	38		41		44		47	
			2.	39		42		45		48	
			3.	40		43		46		48	
3. Kişi			1.	38		41		44		47	
			2.	39		42		45		48	
			3.	40		43		46		49	

SAKATLIK LİSTESİ

1. Kişi 2. Kişi 3. Kişi

SAKATIN ADI - SOYADI				
MENTAL VE NÖROPSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR				
Zeka Geriliği	01			
Devamlı veya Ara Ara Bunaklık	02			
Ruh Hastalıkları	03			
Alkolizm	04			
İlaç ve Madde Alışkanlıkları	05			
Epilepsi	06			
BAŞ - BOYUN				
KULAK VE İŞİTME	Bir kulakta sağırılık	07		
	İki kulakta sağırılık	08		
	Sağır ve dilsizlik	09		
	Tek kulak yokluğu	10		
	İki kulak yokluğu	11		
GÖZ VE GÖRME	Tek gözde körlük	12		
	İki gözde körlük	13		
	Şaşılık	14		
	Tek gözün yokluğu	15		
	İki gözün körlüğü	16		
	Mikrosefali	17		
	Makrosefali	18		
	Hidrocefali	19		
	Yarık damak	20		
	Tavşan dudak	21		
	Kekemelik	22		
	Burun deformiteleri	23		
	Fasiyal paralizi	24		
	Tortikollis	25		
BAŞ VE BOYNUN DİĞER DEFORMİTELERİ (Ayrıntılı belirtiniz)				
GÖVDE				
OMURGA BOZUKLUKLARI	Kifoz	26		
	Lordoz	27		
	Skolyoz	28		
Kunduracı göğsü, Güvercin göğsü		29		
Cücelik		30		
Devlik (Akromegali)		31		
Akondroplazi		32		
Diğer		33		
EKSTREMİTELER				
Ekstremit e eksiklikleri ve yoklukları (yerini, miktarını ve özelliklerini ayrıntılı belirtiniz)		34		
Pleji ve paraliziler (Tuttuğu yeri belirt.)		35		
Doğumsal Kalça Çıkığı		36		
Fazla Parmak, Eksik Parmak (belirtiniz)		37		
Parmak yapışıklıkları (yerini belirtiniz)		38		
Diğer (Ayrıntılı belirtiniz)		39		
DİĞER				
Kişide bulunan diğer sakatlıkları, özellikleri ve yerlerini ayrıntılı yazınız		40		