

Engellilik, Türkiye’de Engellilerin Durumu ve Sağlık Hizmet Sunumuna Bir Bakış

[A Glance at Disability, the Situation of Disabled People and Provision of Health Care in Turkey]

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2011 Dünya Engellilik Raporu’nda tüm dünyada 18 yaş üzeri nüfusun %15,6’sının engelli olduğunu öngörülmektedir. Aynı raporda engelli bireylerin genel sağlık durumlarının, engelli olmayan bireylere oranla daha kötü durumda olduğu vurgulanmakta ve sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaç duydukları ancak daha az ulaşabildiklerine de dikkat çekilmektedir. Klasik sağlık bakım sistemlerinin engelli bireyler için yetersiz kalması sebebiyle son zamanlarda kronik bakım modeli de denilen yetkin sağlık sistemleri geliştirme çalışmaları başlamıştır. DSÖ, 1978 yılında Alma Ata’da yayımlanan bir bildiriyle engelliler için, engelli bireylerin yaşadıkları toplum içinde bağımsız, aktif ve üretken kişiler haline gelmelerini hedefleyen “topluma dayalı rehabilitasyon”un genel yapısını ortaya koymuştur. Engelliliğin tanımı ve sınıflandırılması çok zor olduğundan veri toplamakla ilgili güçlükler vardır. Bu nedenle çok boyutlu ve standardize edilmiş sınıflandırma sistemleri geliştirilmiştir. Bu sistemlerden biri de DSÖ tarafından geliştirilen “İşlevsellik, Yetiştirimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması” (ICF) adlı biyopsikososyal yaklaşımlı, bütüncül bir sınıflama sistemidir. Türkiye’de genel nüfusun %12,29’unun engelli olduğu bilinmektedir. Ülkemizde 2007 yılında “Engelsiz Türkiye Projesi” geliştirilmiş ve pek çok kuruluşun katılımıyla konuyla ilgili çalışmalar başlatılmıştır.

SUMMARY

Estimation of the global disability prevalence rate in the adult population is 15.6% at World Report on Disability 2011 by World Health Organisation (WHO). In the same report, it was emphasized that the general health status of people with disabilities are in a worse condition compared to the people without disabilities. It was also reported that they need more health care but they have more difficulties to access that care. Recently, the efforts to develop a perfect health care system - also known as the chronic care model- are underway for the disabled population. In Alma Ata declaration (1978), WHO introduced the general structure of the “community-based rehabilitation” for the disabled people, which aimed that they would become independent, active and efficient individuals. Since it’s hard to define and classify disability, there are difficulties about collecting data. Standardized and multidimensional classification systems are being developed to overcome these difficulties. “The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)” which has biopsychosocial approach is an integrated system of classification developed by WHO. In Turkey, disability rate is 12.29%. In our country, the project named “Turkey without Barriers” began in 2007 and a countrywide attendance was provided by the support of many institutions.

Serpil İnan
Gülşen Ceyhan Peker
Selda Tekiner
Filiz Ak
Zehra Dağlı

Ankara Üniversitesi Aile
Hekimliği Anabilim Dalı

Anahtar Kelimeler:
Engellilik, Birinci Basamak,
Sağlık Bakım Modelleri

Key Words:
Disability, Primary Care,
Health Care Models

**Sorumlu yazar/
Corresponding author:**
Serpil İnan,
A.Ü.T.F. Aile Hekimliği
Anabilim Dalı, İbn-i Sina
Hastanesi, Sıhhiye/Ankara
drserpilinan@hotmail.com

Gönderme Tarihi/Date of Submission: 25.11.2012 , **Kabul Tarihi/Date of Acceptance:** 09.01.2013 **DOI:** 10.5455/pmb.1-1353872064

GİRİŞ

ENGELLİ TANIMI VE TEORİK MODELLER

DSÖ, 2011 Dünya Engellilik Raporu tüm dünyada 18 yaş üzeri nüfusun %15,6’sının engelli olduğunu, bu oranın yüksek gelir düzeyindeki ülkelerde %11,8’e düştüğünü, düşük gelir düzeyindeki ülkelerde ise %18,0 düzeylerine çıktığını bildirmiştir (1). Türkiye’de 2002 nüfus sayımına göre özürlü olan nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %12,3 olduğu, buna göre ülkemizde yaklaşık 8,5 milyon özürlü vatandaşımızın olduğu saptanmıştır (2).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde engelli sözcüğü “engeli olan, vücudunda eksik veya kusuru bulunan kişi” olarak tanımlanmaktadır (3).

DSÖ özürlelikle ilgili olarak hastalık sonuçlarına dayanan, sağlık yönüne ağırlık veren bir tanımlama ve sınıflama yapmıştır (4). DSÖ’nün tanımına göre;

- **Noksanlık (Impairment):** Sağlık bakımından “noksanlık”; geçici veya kalıcı olabilen psikolojik ya da fiziksel yapı veya fonksiyonlarındaki bir kaybı veya anormalliği ifade eder. Bu tanım organ düzeyindeki bozuklukları ifade eder, hastalığın belirti ve bulgularını içerir.
- **Özürlelilik (Disability):** Bir noksanlık sonucu meydana gelen ve bir insan için normal kabul edilebilecek sınırlar içinde, bir işi yapabilmeye yeteneğinin kaybedilmesi veya kısıtlanması durumunu ifade eder. Bu tanım bireysel

düzeydeki fiziksel ve zihinsel yeti kaybını ifade eder.

- Maluliyet (Handicap): Bir noksanlık veya sakatlık sonucunda, belirli bir kişide meydana gelen ve o kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre normal sayılabilecek faaliyette bulunma yeteneğini önleyen ve sınırlayan dezavantajlı bir durumu ifade eder.

1983 yılında, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün kabul ettiği, "Engellilerin Mesleki Rehabilitasyon ve İstihdamı Sözleşmesi"nin 1. bölümünde yer alan tanıma göre, "engelli" terimi, uygun bir iş temini, işte kalımı ve işinde ilerlemesi konusundaki beklentileri, kabul edilmiş fiziksel veya zihinsel bir özür sonucu, önemli ölçüde azalmış olan bir bireyi ifade etmektedir (5).

Ülkemizde 2005 yılında kabul edilen 5378 sayılı "Özürsüzlük ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun"da engelli doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle, toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişi olarak tanımlanmaktadır (6).

Engellilik kavramının toplumsal yansımalarıyla ilgili farklı teorik modeller vardır (7).

Ahlaki model özürsüzlüğün, ahlaki çöküntüden kaynaklandığını, insanın içindeki şeytanın veya ahlaksızlığın dışı vurumu olduğunu ileri sürer (7,8).

Medikal model engelliliğe hastalık perspektifinden bakan modeldir. Engelliliği bireysel bozukluklar ve biyolojiye bağlı olarak açıklar. Medikal model tüm özürsüzlük bireylerin otomatik olarak kısıtlı olduğunu varsaymaktadır (7,8).

Sosyal modelde ise problem engelin kendisi veya engelli kişi değil, normal kabul edilen grupların ihtiyaçlarına göre belirlenmiş çevre şartları ve toplumun önyargılarıdır. Özürsüzlük Hareketi'nin oluşturduğu zemin üzerine inşa edilen sosyal model medikal modelin adeta anti tezidir. Modelin oluşumu, 1983 yılında İngiliz Vic Finkelstein, Mike Oliver ve Colin Barnes ile ABD'li Gebren De Jong gibi kendileri de fiziksel özürsüzlük olan akademisyenlerin öncülüğünde gerçekleşmiş ve kısa sürede tüm dünyada, her özür grubundan insanı kapsamıştır. Özürsüzlük, sosyal model çerçevesinde "bir bozukluğa veya noksanlığa sahip olmanın sosyal sonuçları" olarak tanımlanmıştır (7,8). Kültürel modele göre kendini engelli olarak tanımlayan kişiler aynı

söylemleri olan, aynı dili ve deneyimleri paylaşan özürsüzlük bir gruba dâhildirler. Bu görüşe göre engellilik bir gruba ait olma ve engellilik özdeşimini paylaşmayan diğer gruplardan ayrılmaktır (7,8).

DSÖ, 1978 yılında Alma Ata Deklarasyonu'yla özürsüzlük bireylerin yaşadıkları toplum içinde günlük yaşamlarında bağımsız, aktif ve üretken kişiler haline gelmelerini hedefleyen "topluma dayalı rehabilitasyonun" genel yapısını ortaya koymuştur(9). Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu'nun 1981 tarihinde aldığı bir kararla o yıl "Özürsüzlük Yılı" ilan edilmiştir. DSÖ topluma dayalı rehabilitasyon programını, Dünya Özürsüzlük Yılı'nda resmen başlatmıştır. Aynı yıl fırsat eşitliği kavramı ilk olarak İngiltere'de bir sivil toplum örgütü tarafından ortaya konulmuştur. Bu kavram 1980 sonrası uluslararası özürsüzlük politikalarını etkilemiştir. 13 Aralık 2006'da BM Genel Kurulu'nda "Engellilerin Hakları Sözleşmesi" kabul edilmiştir (10).

ENGELLİLİĞİN SINIFLANDIRILMASI

Engellilerle ilgili veri tabanı oluşturabilmek ve engelli bireylerin yasal haklarını kullanabilmelerini sağlamak için özürsüzlük ölçütleri gereklidir. Bu amaçla çeşitli sınıflandırma sistemleri kullanılmıştır. DSÖ standardize edilmiş ve çok boyutlu bir sınıflandırma sistemini ilk kez 1980 yılında ortaya koymuş ve daha sonra bu sistem geliştirilmiştir.

2001 yılında DSÖ tarafından yayınlanan "İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması" (ICF) bu amaca hizmet eden bütüncül, biyopsikososyal yaklaşımlı bir sınıflama sistemidir. ICF; istatistiksel çalışmalar için, araştırma amaçlı çalışmalar için veya klinik bir araç olarak kullanılabilir. ICF bilgiyi iki bölüm halinde düzenler. Birinci bölüm işlevler ve yetiyitimini, ikinci bölüm bağlamsal etmenleri kapsar. ICF'deki temel kavramlar aşağıda özetlenmiştir.

İşlevler ve Yetiyitimi

- Bireyin sağlık durumu ICD-10 kullanılarak kodlanabilen hastalık, bozukluk, yaralanma, travma, yaşlanma, genetik yatkınlık gibi durumları kapsar.
- Vücut işlevleri ve yapıları başlığı vücudun fizyolojik ve psikolojik işlevlerini, vücut yapıları vücudun anatomik parçalarını kapsar.
- Etkinlik bir görevin veya faaliyetin birey tarafından yerine getirilmesidir.
- Katılım toplumsal hayata katılabilme derecesidir.

Bağlamsal Etmenler

- Çevresel etmenler başlığıyla bireylerin yaşadıkları ve hayatlarını devam ettirdikleri fiziksel, sosyal ve davranışsal çevre kastedilmektedir.
- Kişisel etmenler bireyin hayatının ve yaşam biçiminin, sağlık durumunun bir parçası olmayan özelliklerini kapsar. Bu etmenler yaş, cinsiyet, diğer sağlık durumları, alışkanlıkları, baş etme yolları, vs. olabilir.

Sonuç olarak ICF bireyin durumunu sağlık ya da sağlıkla ilgili alanlar içinde tanımlar (11).

Türkiye, DSÖ ile 2004 yılında ICF'in kullanımı ile ilgili protokol imzalamıştır. 16 Temmuz 2006 yılında yayınlanan, "Özrürlük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik"te özürülere ilişkin sınıflandırma çalışmalarında ICF esas alınır denilmektedir (11).

Temel epidemiyolojik verilere dayanan sağlık gereksinimi değerlendirme yöntemleri, özellikle ölümle sonuçlanmayan kronik hastalıklar ve engellilikle ilişkili sağlık ihtiyaçlarını belirleme açısından yetersiz kalmaktadır. Bu gibi durumlarda hastalıklar nedeniyle meydana gelen işgücü kayıplarını da dikkate alan bir değerlendirme yöntemi "hastalık yükü" hesabıdır. Hastalık yükü çalışmalarında kullanılan önemli bir ölçüt de "Sakatlığa Uyarlanmış Yaşam Yılı" ölçütüdür (DALYs: Disability Adjusted Life Years). DALYs hesabında, bir kişinin ölümü veya sakatlığı nedeniyle olan yaşam yılı kayıpları dikkate alınmaktadır (12,13). "Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı" ölçütü (QALYs: Quality Adjusted Life Years) yaşam kalitesini zamana dayalı olarak ölçen bir sağlık ölçütüdür. QALYs'in temel varsayımı, bir yıllık bir tam iyilik halinin aynı dönemde acı dolu ya da yatağa bağlı yaşamdan daha fazla değerinin olduğudur. QALYs ölçütü son zamanlarda sağlıkla ilgili müdahalelerin maliyet faydalılık açısından değerlendirilmesi için standart bir ölçüt olarak kullanılmaya başlanmıştır (14,15).

ENGELLİLİK VE SAĞLIK HİZMET SUNUMU

Engeli olan bireyler genel nüfusa göre sağlık sorunlarına ilişkin riskleri daha fazla taşımakta ve alitta yatan soruna bağlı olarak sağlık hizmet gereksinimleri de daha fazla değişim göstermektedir.

Birinci basamak açısından bakıldığında sağlık hizmeti alma konusunda problemler olduğu görülür. 2003 yılında Kanada'da yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan engellilerin %12'sinin bir aile

hekiminin olmadığı ve %18'inin de doktora ulaşmakla ilgili problemler yaşadığı ortaya konulmuştur (16). 2006 yılında Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada fiziksel engeli olan bireylerin birinci basamak koruyucu bakım hizmetlerinden daha az faydalandıkları ortaya konulmuştur (17). Yine 2008 yılında yayınlanan bir çalışmada fiziksel engeli olan erişkinler için birincil bakım değerlendirilmiş ve tüm gruplar engelliliğin sonuçları ile ilgili olarak daha fazla eğitime ihtiyaç olduğu konusunda birleşmişlerdir. Fiziksel ulaşım, ödemeler, sağlık çalışanlarının bilgi ve tutumlarının sınırlı olması, iletişim problemleri, ödenek bulma, sağlık sisteminin yetersizlikleri gibi birincil bakımı sınırlayan çok fazla faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır (18).

Ülkemizde de durum benzerdir. 2002 Türkiye Özürülüler Araştırması sonucunda engellilerin sadece %50'si (özür türüne göre değişmektedir) özrüyle ilgili tedavi gördüğünü belirtmiştir (2). Bakım ve rehabilitasyon hizmetinden yararlananlar ise sadece %5,9'dur (2).

Konya'da "Birinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşlarının Bedensel Engellilerin Hizmet Alımına Uygunluk Durumu"nu araştıran bir çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşlarının tamamına yakını bedensel engellilerin hizmet alımı için uygun bulunmamıştır (19).

Klasik sağlık sistemleri akut bakıma göre planlanmıştır. Özellikle birinci basamak bakım hizmetleri özel bakım, tıbbi donanım ve reçeteler için bir bariyer görevi görmektedir. Bu bariyer kesinlikle gerekli bir bariyer olmakla birlikte engellilerin sağlık hizmetine erişiminde problem oluşturmaktadır. Kronik bakım modelinde önerilen birincil bakım engelleri aşmayı kolaylaştırıcı olmalıdır. Reçete ve sevklerin bazen, belirli senaryolar için, doktorla yüz yüze görüşmeden gerçekleştirilmesini sağlayacak kılavuzlar oluşturulması sağlanmış olmalıdır (20).

Engellilik kavramının çok boyutlu yapısı, sağlık sistemlerinin açık uçlu sistemler olmaları, klasik hasta bakım modellerinin terk edilip biyopsikososyal yaklaşımların tercih edilmeye başlanması ve kaynak sınırlılığı gibi sebeplerden dolayı, engellilere uygun sağlık hizmeti sunumu ile ilgili olarak ciddi çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (21).

Bu çalışmalardan biri de "Engelliler için yetkin sağlık sistemi"dir. Kronik bakım modeli de denilen bu sistemin özellikleri şöyle özetlenebilir (20);

1. Sağlık sistemi kullanıcılar açısından kolay ulaşılabilir olmalıdır. Kolay ulaşılabilirlik hem fiziksel, hem tıbbi donanım hem de sosyal açılarından

sağlanmalıdır. Yine engellinin ihtiyacına göre muayeneye daha uzun süre ayrılması, iletişim kurmayı kolaylaştıracak bir çevirmen (işaret dili çevirmeni gibi) gibi ihtiyaçlar için ayrı bir ödenek sağlanmalıdır.

2. Tüm engelli hastalara bütüncül yaklaşım sağlanmalıdır. Bakımın amacı sadece faydalı olana değil ihtiyaç olana odaklanmaktadır.

3. Birincil bakım hizmeti sunanlar duruma uygun klinik bilgi ve beceriler açısından desteklenmeli, gerektiğinde o durumla ilgili danışmanlık hizmeti almalıdır. Yine bu bilgi beceri edinme ve danışmanlık için ödenekler oluşturulmalıdır.

4. Hastanın kendi kendini yönetimini desteklememizi sağlayacak sağlık ve davranış modifikasyonu ile ilgili eğitimler planlanmalıdır.

5. Bakımın farklı disiplinlerle koordinasyonu için karşılaştırmalı bilgi sistemleri oluşturulmalıdır.

6. Hasta merkezli yaklaşım kronik bakım ile ilgili pek çok çalışmada gerekli görülmüştür (22,23).

Kronik bakım modeli pek çok çalışmada sağlık bakımının iyileşmesi ve sağlık harcamalarının azaltılmasında yararlı bulunmuştur ancak hala önünde pek çok engel vardır (24).

Sağlık hizmet gereksinimlerinin daha fazla olması ve çeşitliliği nedeniyle engellilerin sağlık hizmeti içindeki maliyetleri de genel nüfustan farklılık göstermektedir. 1996 yılında ABD’de yapılan bir araştırmada engellilerin yetişkin nüfusun yaklaşık %16’sını oluşturduğu görülmüştür (25). Bu araştırmaya göre engelliler (aynı yaş grubundaki yetişkinler arasında) hekime başvuranların %34’ünü, reçete yazılanların %41’ini ve hastaneden taburcu olanların yaklaşık %50’sini oluşturmaktadır.

Engelli bireylerin ancak %3’ü herhangi bir sağlık harcamasına neden olmazken, engelli olmayan bireylerde bu oranın %16 civarındadır. Oran dışında maliyet olarak karşılaştırıldığında, engelli olmayan bir bireyin ortalama sağlık harcamaları 420 Dolar iken engelli bir birey için bu miktarın 2.489 Dolar olduğu bildirilmektedir (25). Yine Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada, 2006 yılı sağlık harcamalarının %26,7’sinin engellilikle ilgili harcamalar olduğu saptanmıştır (26). Ülkemizde engelliler için yapılan sağlık harcamalarına ilişkin veri saptanamamıştır.

TÜRKİYE’DE ENGELLİLERİN DURUMU

Ülkemizdeki yasal düzenlemelere baktığımızda pek çok yasa maddesi, genelge ve yönetmeliğin mevcut olduğu görülür. 2005 yılında kabul edilen

5378 sayılı “Özürülüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” bu alanda düzenlenmiş en kapsamlı kanundur (6). Yasanın ardından, Başbakanlık Özürülüler İdaresi Başkanlığı tarafından, 2007 yılında “Engelsiz Türkiye Projesi” başlatılmış ve pek çok kuruluşun katılımıyla ülke düzeyinde yayılmıştır. Projenin amacı devletin özürülülerle tanıdığı haklar ve kolaylıkların, anlaşılması ve uygulanması için çalışmalar yapmaktır (27).

Sivil toplum örgütlenmeleri açısından bakıldığında engellilerle ilgili 1.142 dernek, 47 vakıf, 4 konfederasyon, 7 federasyon, 4 spor federasyonu ve 176 engelli spor kulübünün kurulmuş olduğu görülür. Ayrıca belediyeler, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Türkiye İş Kurumu, Şehit ve Gaziler Kuruluşu gibi pek çok kurumun ve kuruluşun engellilerle ilgili hizmetlerinin bulunduğu görülmektedir (28).

Engellilerin tıbbi sorunlarının çözümüne yönelik olarak Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) hizmetleri veren Sağlık Bakanlığı’na ait yedi merkez vardır. Ayrıca üniversiteler ve bazı hastaneler FTR klinikleri ile engellilere hizmet vermektedir. İzmir’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı bir Otizm Eğitsel Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi açılmıştır. Özürülülerin Ağız ve Diş Sağlığına yönelik Ankara’da 1998 tarihinde Özürülü Diş Kliniği açılmıştır (29).

Ülke genelinde engellilerle ilgili ilk büyük çalışma 2002 yılı nüfus sayımında gerçekleştirilen Türkiye Engelliler Araştırmasıdır. Bu araştırmanın sonuçları 2003 yılında yayınlanmıştır ve bu araştırmaya göre nüfusumuzun %12,8’ini engelli bireyler oluşturmaktadır.

Aynı araştırma en yüksek engelli grubunun ortopedik engelliler olduğunu ortaya koymuştur (%1,25). Görme engelliler %0,6, işitme engelliler %0,4, zihinsel engeli olanlar %0,5 dil ve konuşma engeli olanlar %0,4 ve ruhsal ve kronik hastalığı olanlar da %9,7 oranındadırlar. Birden fazla engeli olanlar %11,4’ü oluşturmaktadır (2). 2002 Türkiye Özürülüler Araştırması’na göre engellilerin %78,3’ü işgücüne dâhil olmayan nüfustur (2).2012 yılı rakamlarına göre farklı oranlarda engele sahip olan 501.287 kişi engellilik maaşı alırken, 59.517 kişinin 18 yaş altı engelli yakını maaşı aldığı görülmektedir. 2013 Şubat ayı istatistiklerinde kamu ve özelde toplam 72.250 kişinin, engelli çalıştırmakla zorunlu işyerlerinde, istihdam edildiği görülmektedir.

Ülkemizde doğumsal sebeplere bağlı engellilik oranının azaltılmasına yönelik bazı tarama ve destekleme programları mevcuttur (30). Bu programlar;

- Fenil Ketonüri (FKÜ) , Hipotiroidi ve Biyotidinaz Enzim Eksiklikleri ile İlgili Olarak Üçlü Ulusal Yenidoğan Tarama Programı
 - Yenidoğan İştme Taramaları Programı
 - İyot Yetersizliği Hastalıkları ve Tuzun İyotlanması Programı
 - Hemoglobinopati Kontrol Programı
 - Bebeklerde Raşitizmin Önlenmesi ve Kontrolü Programı
 - Neonatal Resüsitasyon Programı
 - Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı
 - Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi, Desteklenmesi ile Demir Eksikliği Anemisinin Önlenmesi ve Kontrolü
 - Erken Çocukluk Gelişim ve Eğitimi Programı
 - Adolesanlar için Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Geliştirilmesi Projesi
 - Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Entegrasyonu İçin Ulusal Strateji Eylem Planının Güncelleştirilmesi Programı
 - Topluma Dayalı Üreme Sağlığı/Aile Planlaması Bilgilendirme ve Eğitim Hizmetleri Projesi
- Sağlık Bakanlığı 2008 yılında sağlık kuruluşlarında engelliler için uygun hizmet sağlanması için bir genelge yayınlamıştır (31).

SONUÇ

Engellilik kavramının tarihsel gelişimine paralel olarak, engelliler toplum içinde daha üretken, daha bağımsız, haklarının farkında olan ve haklarını arayan bireyler haline gelmişlerdir. Ülkemizde ve dünyada topluma dayalı engellilik çalışmaları aksatılmadan devam ettirilmeli ve engellilerin engelsiz yaşayabilmeleri için yasa yapıcılar yönlendirilmelidir.

Engelli perspektifinden sağlık bakım sistemlerine baktığımızda genel kalite prensiplerinin geçerli olduğunu görürüz. Sağlık bakım sistemlerinin ekonomik, tıbbi ve insani etkileri vardır. Sağlık bakımında kaliteyi yakalayabilmek için bu üç parametrenin dengelenmiş olması gerekmektedir. Bu parametreleri dengeleyebilmek için sağlık bakım sistemlerinin yeniden yapılandırılması, tıbbi ve tıbbi olmayan müdahalelerin gerekliliği ve geçerliliği, sağlık hizmet sunucuların klinik bilgi, beceri ve algılamalarını değiştirecek eğitim programlarının hazırlanması ile ilgili araştırmalar ve projeler geliştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. World Report on Disability 2011. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, ISBN 978 92 4 068521 5 (PDF);Chapter 2;25-28.
2. DİE, 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması. Ankara, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, 2004;5-15-29-18.
3. Türk Dil Kurumu, Türkçe Sözlük.10.baskı. Ankara, Türk Dil Kurumu Yayınları, 2005;638.
4. Barbotte E, Guillemin F, Chau N, the Lorhandicap Group, Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature, Bulletin of the World Health Organization 2001, 79 (11):1047-55.
5. Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı Hakkında 159 Sayılı Uluslararası Çalışma Teşkilatı (ILO) Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulduğuna Dair Kanun <http://www.tbmm.gov.tr/kanunlar/k4407.html> adresinden 11-6-2009 tarihinde erişilmiştir.
6. Özürlüler Kanunu ve İlgili Mevzuat, Yayın No:43, Ankara, T.C Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, 2006;16.
7. Küçükkaraca N: Zihinsel engellilik ve iletişim. <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/zihinselengellilik/iletisim.htm> adresinden 4-10-2011 tarihinde erişilmiştir.
8. Sachs R: Integrating disability studies into existing curriculum; Paradigms of Disability <http://www.montgomerycollege.edu/Departments/diversity.htm> adresinden 4-10-2011 tarihinde erişilmiştir.
9. Özürlüler Şurası-Toplum temelli rehabilitasyon ve gelişimi, <http://www.ozida.gov.tr/sura/13.htm> adresinden 4-10-2011 tarihinde erişilmiştir.
10. Convention On The Rights Of Persons With Disabilities and Optional Protocol, 13 December 2006, <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> 4-11-2011 tarihinde erişilmiştir.
11. ICF (İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması) Sisteminin Uyarlanması Eğitimcilerin Eğitimi, Ankara, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, 2008; 73-94,172
12. Bilir N: Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları, Toplum Hekimliği Bülteni 2006;25:1-5
13. Murray CJ, Acharya AK: Understanding DALYs (disability-adjusted life years), J Health Econ. 1997;16(6):703-30.
14. McKenna M.T, Michaud C.M, Murray C.J.L at all. Assessing the burden of disease in the United States Using Disability-Adjusted Life Years. Am J Prev Med 2005; 28(5):415-23

TAF Preventive Medicine Bulletin, 2013:12(6)

15. Lipscomb J, Drummond M, Dennis Fryback D, Gold M, Revicki D. Retaining, and enhancing, the QALY, Value in Health 2009; 12 (1): 18-26
16. McColl MA, Forster D, Shortt SE, Hunter D, Dorland J, Godwin M, Rosser W: Physician Experiences Providing Primary care to people with disabilities, J Health Policy. 2008;4(1):129-147
17. Kroll T, Jones GC, Kehn M, Neri MT: Barriers and strategies affecting the utilisation of primary preventive services for people with physical disabilities: a qualitative inquiry, Health Soc Care Community. 2006;14(4):284-93
18. Morrison EH, George V, Mosqueda L: Primary care for adults with physical disabilities: perceptions from consumer and provider focus groups, Fam Med. 2008 ;40(9):645-51
19. Konya'daki Birinci Basamak Resmi Sağlık Kuruluşlarının Bedensel Engellilerin Hizmet Alımına Uygunluk Durumu, Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi <http://toplumsagligi.blogspot.com/2006/05/konyadaki-birinci-basamak-resmi-salk.html> adresinden 19-10-2011 tarihinde erişilmiştir.
20. Palsbo S.E. Disability-competent health systems. Disability Studies Quarterly 2006; 26(2), <www.dsqsds.org> 10-10-2011 tarihinde erişilmiştir
21. Jones M, Edwards I and Gifford L: Conceptual models for implementing biopsychosocial theory in clinical practice, Manual Therapy 2002;7(1): 2-9
22. Rosemann T, Wensing M, Joest K, Backenstrass M, Mahler C, Szecsenyi J: Problems and needs for improving primary care of osteoarthritis patients: the views of patients, general practitioners and practice nurses, BMC Musculoskelet Disord.2006 Jun 2;7-48
23. Byers JF: Holistic acute care units: partnerships to meet the needs of the chronically ill and their families, AACN Clin Issues, 1997;8(2):271-9
24. Bodenheimer T, Wagner E. H, Grumbach K: Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness, The Chronic Care Model, Part 2, JAMA. 2002;288:1909-1914
25. Dejong G, Palsbo SE, Beatty PW, Jones GC, Knoll T, Neri MT: The organization and financing of health services for persons with disabilities. The Milbank Quarterly, 2002;80(2):261-301.
26. Anderson W.L, Armour B.S, Finkelstein E.A, Wiener J.M: Estimates of State-Level Health-Care Expenditures Associated with Disability, Public Health Reports, 2010 January–February;125:44-51
27. Engelsiz Türkiye Projesi <http://www.ozida.gov.tr/engelsizturkiyeprojesi> 3-11-2011 tarihinde erişilmiştir.
28. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü- İlgili Kuruluşlar Ulusal Kuruluşlar <http://www.ozida.gov.tr/?menu=hizmetverenler&sayfa=stk-3-11-2011> tarihinde erişilmiştir.
29. Engellinin Tedavi Olabileceği Yerler <http://www.teday.org/engellinin-tedavi-olabilecegi-yerler/> adresinden 14-11-2011 tarihinde ulaşılmıştır.
30. Özürlülük-Özürlüler Haftası-Özürlülüğün Önlenmesi Alanında Bakanlığımızın Yürütmekte Olduğu Proje ve Hizmetler <http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/tedavi/hafta.htm> adresinden 11-11-2011 tarihinde erişilmiştir.
31. Sağlık Bakanlığının Özürlü Kişilere Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Konulu 5-6-2008 tarih ve 2008/43 sayılı Genelgesi <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-6908/ozurlu-kisilere-yonelik-saglik-hizmetlerinin-sunumu-hak.html>

Copyright of TAF Preventive Medicine Bulletin is the property of GATA Halk Sagligi AD and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.