

DÜNYA ENGELLİLİK RAPORU

YÖNETİCİ ÖZETİ

DÜNYA ENGELLİLİK RAPORU

YÖNETİCİ ÖZETİ

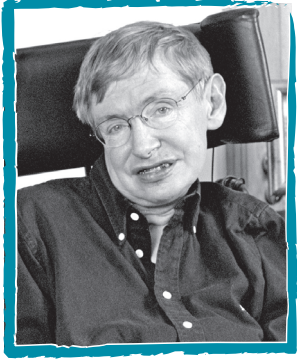
© Dünya Sağlık Örgütü 2011

Bütün hakları saklıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınlarına WHO'nun internet sayfasından (www.who.int) ulaşılabilir veya bu yayınlar WHO Press'ten satın alınabilir, Dünya Sağlık Örgütü, 20 Avenue Appia, 1211 Cenevre 27, İsviçre (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; e-mail: bookorders@who.int). WHO yayınlarını kopyalama veya çeviri izni için istekler – satış amaçlı veya ticari amacı olmayan dağıtım için - WHO'nun internet sitesi aracılığıyla WHO Press'e yapılmalıdır (http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).

Bu yayında kullanılan isimlendirmeler ve sunulan materyal, herhangi bir ülkenin, bölgenin, şehrin veya alanın yasal statüsüne ya da yöneticilerine, veya sınırlarının veya sınır bölgelerinin tahditine ilişkin Dünya Sağlık Örgütü'nden yana herhangi bir görüş ifade etmez. Haritalar üzerindeki noktalı çizgiler, üzerinde tam bir anlaşmaya henüz varılmamış yaklaşık sınır çizgilerini temsil eder.

Belirli şirketlerin veya bazı üreticilerin ürünlerinin anılmış olması, bunların benzer nitelikleri olan ismi geçmeyen şirketlere ve ürünlere tercihen Dünya Sağlık Örgütü tarafından onaylandığı veya tavsiye edildiği anlamı taşımaz. Hatalar ve ihmaller dışında, tüm patentli ürünler isimlerinin baş harfleri büyük yazılarak belirtilmiştir.

Bu yayın kapsamında yer alan bilgilerin doğruluğunu teyit etmek için Dünya Sağlık Örgütü tarafından bütün makul önlemler alınmıştır. Ancak yayınlanan materyal açık veya örtülü herhangi bir yetki devri söz konusu olmaksızın serbestçe dağılmıştır. Bu materyalin kullanılması ve yorumlanması okuyucunun sorumluluğunda. Bu materyalin kullanımından doğabilecek zararlardan Dünya Sağlık Örgütü sorumlu tutulamaz.



Sunuş

Engelli olmanın başarıya mani olmasına gerek yok. Yetişkin hayatımın neredeyse tamamını motor nöron hastalığı ile geçirdim. Ama bu hastalık beni astrofizik alanında önemli bir kariyer ve mutlu bir aile sahibi olmaktan alıkoymadı.

Dünya engellilik raporunu okurken raporu kendi deneyimim ile çok alakalı buldum. Ben birinci sınıf tıbbi bakıma erişimden istifade ettim. Konforlu ve onurlu bir biçimde yaşamamı ve çalışmamı kişisel asistanlarımdan oluşan ekibe borçluyum. Evim ve iş yerim benim için kolaylıkla erişilebilir hale getirildi. Bilgisayar uzmanlarının desteği sayesinde derslerimi ve makalelerimi hazırlamama ve farklı dinleyici kitleleri ile iletişime geçmeme imkan tanıyan desteklenmiş bir iletişim sistemine ve konuşma sentezleyicisine kavuştum.

Birçok bakımdan oldukça şanslı olduğumun farkındayım. Teorik fizik konusunda gösterdiğim başarı, değerli bir hayat sürmem için destek görmemi sağladı. Üretken bir iş ve kişinin kendini gerçekleştirmesi şöyle dursun, dünyadaki engelli insanların çoğu gündelik hayatlarını idame ettirirken bile son derece zorlanmakta.

Bu ilk *Dünya engellilik raporunu* iyi dileklerle karşılıyorum. Bu rapor engellilik ve engelliliğin bireyler ve toplum üzerindeki etkilerini anlamamıza büyük bir katkıda bulunmaktadır. Rapor, engelli insanların karşı karşıya kaldığı farklı davranışsal, fiziksel ve ekonomik engellere dikkat çekmektedir. Bu engellere çözüm üretmemiz mümkündür.

Aslına bakılacak olursa, toplumsal yaşama katılımın önündeki engelleri kaldırmak ve engelli insanların sahip olduğu büyük potansiyeli ortaya çıkarmak için yeterli kaynak ve uzmanlığı bu konuya vakfetmek ahlaki sorumluluğumuzdur. Sağlık, rehabilitasyon, destek, eğitim ve istihdama erişimleri reddedilen ve başarılı olmaları için hiçbir zaman şans tanınmayan milyonlarca engelli insanı dünya genelindeki hükümetler artık görmezden gelemezler.

Bu rapor yerel, ulusal ve küresel düzeylerde eyleme geçilmesi için tavsiyelerde bulunmaktadır. Bu nedenle, engellilik alanında faaliyet gösteren politika yapıcılar, uygulayıcılar, araştırmacılar, hak savunucular ve gönüllüler için bu rapor paha biçilemez bir araç olacaktır. Umudum odur ki, Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme (*Convention on the Rights of Persons with Disabilities*) ile başlayan ve şimdi *Dünya engellilik raporunun* yayınlandığı bu yüzyıl, içinde yaşadıkları toplumlara engelli insanların dahil edilmesi bakımından bir dönüm noktası teşkil edecektir.

Profesör Stephen W. Hawking



Önsöz

Dünyada bir milyardan fazla insan herhangi bir tür engellilik ile yaşamakta, bu insanların yaklaşık 200 milyonu hayatlarını devam ettirme konusunda kayda değer zorluklar yaşamaktadır. Engellilik önümüzdeki yıllarda daha da büyük bir kaygı konusu haline gelecektir, çünkü yaygınlığı artmaktadır. Nüfusların yaşlanması ve yaşlı insanların engelli hale gelme riskinin daha yüksek olması ile birlikte diyabet, kalp ve damar hastalıkları, kanser ve akıl sağlığı bozuklukları gibi kronik sağlık sorunlarının da küresel olarak artış göstermesi engelliğin artmasının nedenleridir.

Dünya çapında, engelli olmayan insanlara kıyasla engelli insanlar daha kötü sağlık durumuna, daha düşük eğitim başarısı ve iktisadi katılıma ve daha yüksek yoksulluk oranlarına sahiptir. Birçoğumuzun varlığına alıştığı sağlık, eğitim, istihdam, ulaşım ve bilgi edinme gibi hizmetlere erişimde engelli insanların bariyerlerle karşılaşılıyor olması bu farkları kısmen açıklayabilir. Daha az avantajlı toplumlarda bu sorunlar daha yakıcı hale gelmektedir.

2015 Binyıl Kalkınma Hedeflerinin merkezinde yer alan çok daha iyi, uzun ömürlü kalkınma beklentilerini ve daha da fazlasını gerçekleştirmek için engellilerin kaliteli eğitim almalarını, saygın işler bulmalarını ve seslerinin duyulmasını sağlayarak engellerle yaşayan insanları güçlendirmemiz ve engellileri topluluklarına katılmaktan alıkoyan bariyerleri ortadan kaldırmamız gerekmektedir.

Sonuç olarak, engelli insanların hayatlarını iyileştirmeye yönelik ilerici politikalar ve programlar için bulgu sağlamak ve Mayıs 2008'de yürürlüğe giren Engellilerin Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesinin uygulanması kolaylaştırmak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası Grubu ortaklaşa *Dünya Engellilik Raporunu* ortaya çıkardı. Bir dönüm noktası teşkil eden bu uluslararası anlaşma, engellilikten kaynaklı sorunların çözümünün bir insan hakları ve kalkınma önceliği olduğu kanaatini pekiştirdi.

Dünya Engellilik Raporu, engelli insanların ve bütün toplumun faydalanması adına; engelleri ortadan kaldıracak koşullar yaratmak, rehabilitasyon ve destek hizmetlerini geliştirmek, yeterli sosyal koruma sağlamak, kapsayıcı politikalar ve programlar oluşturmak, var olan ve yeni standartlar ile yasaları yürürlüğe sokmak için bütün ilgili paydaşlara -hükümetlere, sivil toplum örgütlerine ve engelli insanların örgütlerine- atılacak adımlar önermektedir. Bu çabaların merkezinde engelli insanlar olmalıdır.

Bizleri harekete geçiren ideal hepimizin sağlıklı, rahat ve onurlu bir yaşam sürdürebildiği kapsayıcı bir dünyadır. Sizleri bu idealin gerçekleşmesine yardımcı olmanız için bu rapordaki bulguları kullanmaya davet ediyoruz.

Dr. Margaret Chan
Genel Direktör
Dünya Sağlık Örgütü

Robert B. Zoellick
Başkan
Dünya Bankası Grubu

Özet

Engellilik insan olma halinin bir parçasıdır - neredeyse herkes yaşamının belli bir noktasında geçici veya kalıcı olarak zayıf düşecek ve uzun yıllar yaşayan insanlar işlevlerini yerine getirme konusunda artan zorluklarla karşılaşacaktır. Engellilik karmaşıktır ve engellilik ile bağlantılı dezavantajların üstesinden gelen müdahaleler çoklu ve sistemiktir - bağlamına göre değişiklik gösterir.

2006 yılında benimsenen *Engellilerin Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'nin* (CRPD) amacı, “tüm engelli insanların temel özgürlüklerden ve bütün insan haklarından tam ve eşit bir şekilde faydalanmasını teşvik etmek, sağlamak, korumak ve insan olmaktan ileri gelen haysiyetlerine yönelik saygıyı arttırmaktır”. Bu, dünya çapında engelliliğe yönelik anlayışta ve verilen tepkilerde büyük bir değişimi ifade etmektedir.

Dünya engellilik raporu engelli insanların yaşamlarını geliştirme ve CRPD'nin uygulanmasını kolaylaştırma amacıyla, engelliliğe dair mevcut en iyi bilimsel bilgileri biraraya getirmektedir. Raporun amacı şudur:

- Mevcut en iyi bulgulara dayanarak, hükümetlere ve sivil topluma engelliliğin önemi ve engelliliğe yönelik tepkilere dair etraflıca bir analiz sunmak.
- Ulusal ve uluslararası eylem tavsiyelerinde bulunmak.

Bu raporun kavramsal çerçevesi olarak benimsenen *Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması* (ICF) engelliliği sakatlık, faaliyet sınırlılığı ve katılım kısıtlılığı için şemsiye bir terim olarak kullanmaktadır. Engellilik, (beyin felci, Down sendromu, depresyon ve benzeri) sağlık sorunları olan bireylerin (negatif tavırlar, erişilemeyen ulaşım ve kamu binaları, sınırlı sosyal destek gibi) kişisel ve çevresel faktörlerle etkileşimlerinde ortaya çıkan olumsuz durumları ifade eder.

Engellilik hakkında ne biliyoruz?

Daha yüksek yaygınlık tahminleri

Bir milyardan fazla insanın veya (2010 dünya nüfus tahminlerine göre) dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 15'inin bir tür engellilik ile yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu, Dünya Sağlık Örgütü'nün yaklaşık yüzde 10 olduğunu ileri sürdüğü 1970'lere ait önceki tahminlerden daha yüksektir.

Dünya Engellilik Raporu

15 yaş ve üstünde kişiler arasında engellilik ile yaşamak durumunda olan kişi sayısını *Dünya Sağlık Araştırması* (World Health Survey) 785 milyon (% 15.6) olarak belirtirken, *Küresel Hastalık Yükü* (Global Burden of Disease) çalışması bu sayıyı yaklaşık 975 milyon (% 19.2) olarak tahmin etmektedir. *Dünya Sağlık Araştırması* bu kişiler arasından 110 milyon kişinin (% 2.2) işlevlerini yerine getirme konusunda çok ciddi zorluklar yaşadığını tahmin etmekteyken, *Küresel Hastalık Yükü* – kuadripleji, şiddetli depresyon veya körlük gibi durumlara denk düşen engellilik kategorisi olarak- “şiddetli engellilik” yaşayan kişi sayısını 190 milyon (% 3.8) olarak tahmin etmektedir. 13 milyonu (% 0.7) “şiddetli engellilik” olmak üzere 95 milyon olarak tahmin edilen çocuk engelliliğini (0-14 yaş) sadece *Küresel Hastalık Yükü* çalışması ölçmektedir.

Artan Sayılar

Engelli insanların sayısı artmaktadır. Bunun nedenleri nüfusların yaşlanıyor olması - yaşlı insanlarda engellilik riski daha yüksektir - ve diyabet, kalp ve damar hastalıkları ve akıl hastalığı gibi engellilik ile ilgili kronik sağlık sorunlarının dünya çapında artıyor olmasıdır. Düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde, engellikle geçen toplam yılların %66.5’ini kronik hastalıkların oluşturduğu tahmin edilmektedir (1). Belirli bir ülkede engelliliğe ilişkin örüntüler, sağlık sorunlarındaki eğilimler ile trafik kazaları, doğal afetler, çatışma, beslenme ve madde bağımlılığı gibi çevresel ve diğer faktörlerden etkilenmektedir.

Farklı Deneyimler

Engelliler hakkında klişe görüşler tekerlekli sandalye kullanıcıları ve görme veya işitme engelli insanlar gibi birkaç “klasik” grup üzerinde durur. Ancak, sağlık sorunları, kişisel etkenler ve çevresel faktörlerin etkileşiminden ortaya çıkan engellilik deneyimleri geniş ölçüde farklılık arz eder. Engellilik ile dezavantaj arasında bir ilişki söz konusu olmakla birlikte, engelli insanların

hepsi eşit derecede dezavantajlı değildir. Engelli kadınlar, kendilerini işlevsiz hale getiren engellerin yanı sıra toplumsal cinsiyet ayrımcılığına maruz kalır. Farklı sakatlık kategorilerinde okul kayıt oranları da farklıdır, fiziksel sakatlığı olan çocukların durumu zihinsel ya da duyuşsal sakatlığı olan çocuklarınkinden daha iyidir. İşgücü piyasasından en fazla dışlananlar akıl sağlığı sorunları ya da zihinsel sakatlığı olanlardır. Guatemala’nın kırsal bölgesinden (2) tutun da Avrupa’ya (3) kadar bulgularla gösterildiği üzere, daha şiddetli sakatlıkları olan insanlar daha büyük dezavantaj yaşarlar.

Savunmasız Nüfuslar

Engellilik savunmasız nüfuslar üzerinde ölçsüz etkiler bırakır. *Dünya Sağlık Araştırması* sonuçlarına göre, engellilik düşük gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere göre daha yaygındır. Aynı zamanda, en yoksul beşte birlik refah diliminde yer alan insanlarda, kadınlarda ve yaşlı insanlarda engellilik daha fazla yaygınlık gösterir (4). Düşük gelire sahip olan, çalışma yaşamının dışında kalan veya daha düşük eğitsel vasıflara sahip olan insanlar daha yüksek engellilik riski taşır. Seçilmiş ülkeler için *Çoklu Göstergeli Kümeleme Anketleri* verileri, daha yoksul hanehalklarından ve etnik azınlık gruplarından olan çocukların diğer çocuklara göre kayda değer derecede daha yüksek engellilik riski taşıdığını göstermektedir (5).

İnsanları Engelleyen Faktörler Nelerdir?

Hem CRPD hem de ICF, çevrenin engelli insanların katılımını kısıtlayan veya kolaylaştıran rolüne dikkat çeker. Bu Rapor aşağıda belirtilen engelleyici faktörlere ilişkin yaygın bulguları belgeler.

- **Yetersiz politikalar ve standartlar.** Politika tasarımları her zaman engelli insanların ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmamakta veya var olan politikalar

ve standartlar yerine getirilmemektedir. Örneğin, Herkes için Eğitim Hızlı Yöntem Girişimi Ortaklığına (*Education for All Fast Track Initiative Partnership*) katılan 28 ülke bütünleştirici eğitim politikaları bakımından değerlendirildiğinde, engelli çocukların okullarda kapsanmasına ilişkin 18 ülke, ya önerdikleri stratejilere ilişkin çok az detay vermiş ya da engelliliğe ve engellilerin kapsanmasına hiç göndermede bulunmamıştır (6). Engelli çocukların okula gitmeleri için finansal ve hedeflenen diğer teşviklerdeki yetersizlik ve engelli çocuklar ve aileleri için sosyal koruma ve destek hizmetlerindeki yetersizlik, eğitim politikasında var olan yaygın sorunlar arasında yer almaktadır.

- **Olumsuz tavırlar.** İnançlar ve önyargılar; eğitim, istihdam, sağlık ve sosyal katılım konularında engeller oluşturmaktadır. Örneğin, öğretmenlerin, okul yöneticilerinin, diğer çocukların ve hatta aile üyelerininin tavırları engelli çocukların özel eğitim kurumları dışındaki okullarda kapsanmasını etkilemektedir. İşverenlerin engelli insanların engelli olmayan akranlarına göre daha az verimli olduğuna dair yanlış kanıları ve çalışma yaşamında engellerin kaldırılmasını sağlayan mevcut düzenlemeler konusundaki cehalet, istihdam fırsatlarını sınırlamaktadır.
- **Yeterli hizmet sağlanmaması.** Engelli insanlar özellikle sağlık, rehabilitasyon, destek ve yardım hizmetlerindeki eksiklikler karşısında savunmasızdır. Güney Afrika ülkeleri verileri, tıbbi rehabilitasyona ihtiyaç duyan engellilerin sadece % 26-55'inin bu hizmeti aldığını, yardımcı alet gereksinimi olanların % 17-37'sinin aleti temin ettiğini ve mesleki eğitime ihtiyaç duyanların % 5-23'ünün bu hizmete eriştiğini ortaya koymuştur. İhtiyaç duyduğu sosyal politika hizmetlerinden yararlanabilenlerin oranı ise %5-24'tür (7-10). Hindistan'ın Uttar Pradesh ve Tamil Nadu eyaletlerinde yapılan araştırma, engelli insanların sağlık

hizmetlerini kullanamamasının maddi külfetten sonra ikinci en sık görülen nedeninin bölgedeki yetersiz hizmetler olduğu sonucuna ulaşmıştır.

- **Hizmet iletimi sorunları.** Hizmetlerin kötü koordine edilmesi, personel sayısının yetersiz ve çalışanların niteliklerinin zayıf olması engelli insanlar için sağlanan hizmetlerin kalitesini, erişilebilirliğini ve yeterliliğini etkileyebilir. *Dünya Sağlık Araştırması'nın* 51 ülkeyi kapsayan verilerine göre, sağlık çalışanlarının vasıflarının ihtiyaçlarını gidermede yetersiz kaldığını beyan etme oranı, engellilerde engelsizlerin iki mislinden fazladır. Benzer şekilde engellilerde, tedavisinin kötü yapıldığını beyan etme oranı dört misli ve kişinin gereksinim duyduğu sağlık hizmetini alamadığını beyan etme oranı yaklaşık üç misli fazladır. Kişisel bakım çalışanlarının çoğu düşük ücretler almaktadır ve yeterli eğitime sahip değildir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışma sosyal hizmet çalışanlarının % 80'inin herhangi bir resmi eğitim veya sertifikaya sahip olmadığı bulgusuna ulaşmıştır (12).
- **Yetersiz finansman.** Politikaların ve planların uygulanması için ayrılan kaynaklar genellikle yetersizdir. Etkin finansman eksikliği, milli geliri ne olursa olsun tüm ülkelerde sürdürülebilir hizmetlerin sağlanmasına engel olan başlıca unsurdur. Örneğin, yüksek gelirli ülkelerde, engelli insanların % 20 ila % 40'ı günlük faaliyetler için ihtiyaç duyduğu desteklerden genellikle yoksundur (13-18). Düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerin birçoğunda hükümetler yeterli hizmet sunamamaktadır. Öte yandan bu ülkelerde hizmet sağlayan özel kuruluşlar ya mevcut değildir, ya da bu hizmetler birçok hanehalkının bütçesine uygun değildir. 51 ülke üzerinde yapılan 2002-04 *Dünya Sağlık Araştırması* sağlık hizmeti ödemelerinde indirim ya da muafiyet elde etme konusunda engelli insanların engelli olmayanlara göre daha fazla zorluklarla karşılaştığını göstermektedir.

- **Yetersiz erişilebilirlik.** Birçok mekan (kamusal kullanıma açık alanlar ve binalar dahil), ulaşım sistemi ve bilgi edinme herkes için erişilebilir değildir. Engelli bir insanın iş arama konusunda cesaretinin kırılmasının veya sağlık hizmetlerinden mahrum kalmasının en sık görülen nedeni ulaşım erişememektir. 20 ila 40 yıldır erişilebilirlik konusunda hukuki düzenlemeye sahip ülkelerde bile bu düzenlemelere düşük bir seviyede riayet edildiği saptanmaktadır (19-22). Erişilebilir formatta olan mevcut bilgi azdır ve engelli insanların iletişim ihtiyaçlarının çoğu karşılanmamaktadır. İşitme engelli insanlar işaret dili tercümesine erişimde genellikle sıkıntılar yaşamaktadır: 93 ülkeyi kapsayan bir araştırmaya göre 31 ülkede tercüme hizmeti bulunmamakta, 30 ülkede ise yetkili tercüman sayısı 20 veya altında seyretmektedir (23). Engelli insanların bilgi ve teknoloji kullanım oranı engelsiz insanlara kıyasla kayda değer biçimde düşüktür ve bazı durumlarda engelli insanlar telefon, televizyon ve internet gibi en temel araçlara ve hizmetlere bile erişimden mahrum olabilmektedir.
- **Danışma ve katılım yetersizliği.** Engelli insanların çoğu kendi yaşamlarını doğrudan etkileyen hususlarda karar alma süreçlerine katılımdan dışlanmaktadır. Örneğin, engelli insanlar, evde bakım hizmetlerin nasıl sağlanacağına ilişkin yeterli seçim hakkına ve etkiye sahip değildir.
- **Veri ve bulgu yetersizliği.** Engellilik hakkında sağlam ve karşılaştırılabilir verilerin ve uygulanan programlara ilişkin bulguların yetersizliği, kavrayışımızı ve eylemlerimizi engelleyebilir. Engelli insanların sayısını ve durumlarını anlamak, insanları engelleyen bariyerleri ortadan kaldırma ve engelli insanların toplum ile bütünleşmesine olanak tanıyan hizmetleri sağlama çabalarını geliştirebilir. Örneğin, uygun maliyetli müdahalelerin belirlenmesini kolaylaştırmak için çevresel faktörlerin ve bu faktörlere dair alınan

önlemlerin etkilerinin değerlendirilebilmesi gerekmektedir.

Engelli insanların yaşamları nasıl etkilenmektedir?

Engeller insanların yaşadıkları dezavantajları arttırır.

Daha kötü sağlık durumları

Sayısı giderek artan bulgular, engelli insanların genel nüfusa göre daha düşük kalitede sağlık seviyesinde yaşadığını göstermektedir. Gruba ve ortama bağlı bir şekilde, önlenmesi mümkün olan ikincil sorunlar, komorbiditeler ve yaşla ilgili sorunlar karşısında engelli insanlar daha korumasız durumdadır. Bazı çalışmalar engelli insanlarda sigara kullanma, kötü beslenme ve fiziksel hareketsizlik gibi riskli davranış oranlarının daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Engelli insanlar aynı zamanda şiddete maruz kalma konusunda daha fazla risk altındadır.

Yardımcı aletler de dahil olmak üzere rehabilitasyon hizmetlerine duyulan ihtiyacın karşılanmaması engelli insanların genel sağlık durumunun bozulması, hareket imkanlarının sınırlandırılması, toplumsal hayata katılımların kısıtlanması ve düşen hayat kalitesi gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir.

Daha düşük eğitim başarıları

Engelli olmayan akranlarına kıyasla engelli çocukların okula başlaması daha az olasıdır ve engelli çocukların okulda bulunma süreleri ve sınıf geçme oranları daha düşüktür. Hem düşük gelirli hem de yüksek gelirli ülkelerde bütün yaş grupları boyunca eğitimi tamamlama konusunda farklar görülmektedir. Ancak bu farklar yoksul ülkelerde daha belirgindir. Engelli çocukların ve engelsiz çocukların ilköğretime katılma oranlarındaki farklar Hindistan'daki

%10 oranından Endonezya'da %60 oranına kadar değişim gösterebilmektedir. Ortaöğretime katılımdaki fark Kamboçya'daki %15 oranından Endonezya'daki %58 oranına kadar değişmektedir (24). Doğu Avrupa ülkeleri gibi ilköğretime kayıt oranlarının yüksek olduğu ülkelerde bile engelli çocukların birçoğu okula gitmemektedir.

Daha az ekonomik katılım

Engelli insanların işsiz kalma ihtimali daha yüksektir ve engelliler istihdam edildiklerinde bile genellikle daha az kazanç elde ederler. Dünya Sağlık Araştırması'nın sağladığı global veriler, engelli olmayan erkeklere (%65) ve kadınlara (%30) kıyasla engelli erkeklerin (%53) ve kadınların (%20) daha az istihdam edildiklerini göstermektedir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (OECD) yaptığı güncel bir araştırma (25), 27 ülkede çalışma yaşında olan engelli kişilerin işgücü piyasasında kayda değer dezavantajlar deneyimlediklerini ve engelli olmayan kişilere göre işgücü piyasasında daha kötü sonuçlar elde ettiklerini göstermiştir. Ortalamada %44 olan engelli insanların istihdam edilme oranları, engelli olmayanların oranının (%75) yarısından fazladır. Engelli insanların çalışma yaşamı dışında kalma oranı engelli olmayanlara nazaran 2,5 kat daha yüksektir (sırasıyla %49 ve %20).

Daha yüksek yoksulluk oranları

Bu sebeplerle engelli insanlar diğer insanlara göre daha yüksek yoksulluk oranları tecrübe etmektedir. Engelli insanlar ve üyeleri arasında engelli bulunan hanehalkları, ortalamada daha yüksek oranda (gıda güvencesizliği, yetersiz barınma, sağlıklı su ve temizliğe eksik erişim ve sağlık hizmetlerine yetersiz erişim gibi) yoksunluklara maruz kalmakta ve diğer kişilere ve hanehalklarına göre daha az mal varlığına sahip olmaktadır.

Engelli insanların kişisel bakım, tıbbi hizmet veya yardımcı alet için fazladan giderleri olabilir. Bu yüksek giderler nedeniyle, engelli insanların

ve içinde buldukları hanehalklarının benzer gelire sahip ancak engelli olmayan insanlara göre daha yoksul olmaları olasıdır. Düşük gelirli ülkelerde engelli insanların trajik sağlık harcamalarıyla karşı karşıya kalmaları engelli olmayanlara göre %50 daha olasıdır (4).

Artan bağımlılık ve kısıtlanan katılım

Kurumsal çözümlere bel bağlanması, cemiyet hayatının noksanlığı ve yetersiz hizmetler engelli insanları izole eder ve başkalarına bağımlı kılar. Birleşik Devletler'de 1505 yaşlı olmayan yetişkin engelliye yapılan bir ankette katılımcıların %42'si yanlarında yardım edebilecek biri olmadığından ötürü yatağa girip çıkmakta veya koltuğa oturup kalkmakta başarısız olduğunu belirtmiştir (26). Barınma kurumları, engellileri özerklikten mahrum bırakmaktan, toplumdan ayırmaktan ve diğer insan hakları ihlallerinden sorumlu tutulmaktadır.

Verilen desteğin çoğu aile üyelerinden ya da toplumsal ağlardan gelir. Ancak, sadece enformal desteğe bel bağlamak, bakım sağlayan kişiler için stres, izolasyon ve sosyo-ekonomik fırsatların kaybı gibi olumsuz sonuçlar doğurabilir. Aile üyelerinin yaşlanmasıyla bu zorluklar artmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde gelişimsel engelliliğe sahip çocukların aile fertleri diğer ailelerin üyelerine göre daha az saat çalışmakta, işlerinden ayrılmış olma ihtimalleri daha yüksek olmakta, daha şiddetli ekonomik sorunlar yaşamakta ve yeni bir işe başlama eğilimini daha az göstermektedir.

Engelleri ve eşitsizlikleri aşmak

Bu Rapor, engelli insanların sağlık, rehabilitasyon, destek, yardım, çevre, eğitim ve istihdam alanlarında karşılaştıkları engeller hakkında mevcut olan en yetkin bilimsel bulguları sentezlemektedir. Raporun bölümlerinde bu bulgular detaylı olarak sunulurken, buradaki özet engelli insanların yaşamlarını CRPD ile aynı çizgide geliştirmek adına yön göstericidir.

Sağlık hizmetlerindeki engelleri aşmak

Mevcut her türlü sağlık hizmetini kapsayıcı hale getirmek ve kamu sağlık hizmetlerini engelli insanlar için erişilebilir kılmak, sağlık alanında yaşanan eşitsizlikleri ve karşılanmayan ihtiyaçları azaltacaktır. Genel sağlık hizmetleri alanında fiziksel engellerin ve iletişim ve enformasyona ilişkin diğer engellerin üstesinden gelmek amacıyla; sağlık kuruluşlarında yapısal değişikliklerin yapılması, evrensel tasarım özelliklerine sahip donanımların kullanılması, bilgilerin uygun biçimlerde iletişime sokulması, randevu sistemlerin düzenlenmesi ve hizmetlerin iletilmesi için alternatif modellerin kullanılması gibi bir dizi yaklaşım kullanılmıştır. Kaynakların yetersiz olduğu ortamlarda, toplum temelli rehabilitasyon engelli insanların mevcut hizmetlere erişimini kolaylaştırmak ve önleyici sağlık hizmetlerini teşvik etmek ve gözetlemek bakımından başarılı olmuştur. Yüksek gelirli ülkelerde ise engelsiz erişim ve kalite standartları kamu, özel ve gönüllü hizmet sağlayıcılar ile yapılan sözleşmelere dahil edilmiştir. Karmaşık sağlık sorunları olan ve ulaşılması zor gruplar içerisinde yer alan insanlara belirli hizmetler hedeflenerek, bireysel bakım planları geliştirilerek, bakım koordinatörü görevlendirilerek ulaşılabilir. Engelli insanlar birincil bakım ekiplerinden hizmet almalı, lakin kapsamlı sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğunda özelleşmiş hizmetler, organizasyonlar ve kurumlar mevcut bulunmalıdır.

Sağlık hizmeti sağlayıcılarının tavırlarını, bilgilerinin ve becerilerini geliştirmek amacıyla, sağlık ve bakım uzmanlarına verilen eğitim engelliliğe dair gerekli bilgileri içermelidir. Bu eğitimlere engelli insanların eğitmen olarak katılımı bilgi ve tavırların dönüşmesini sağlayabilir. Engelli insanları, kendi sağlıklarını daha iyi koruyabilmeleri için sağlık koruma kursları, akran desteği ve bilgi sağlanması gibi yollarla güçlendirmek, sağlık durumlarını geliştirme konusunda etkili olmaktadır. Böylece

sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin azaltılması da mümkündür.

Bir dizi finansman seçeneği, sağlık ve bakım hizmetlerinin kapsamını ve satın alınabilirliğini geliştirme potansiyeline sahiptir. Sağlık hizmetleri için ödenen sigorta primlerinin engelli insanların bütçesine uygun hale getirilmesi bu seçenekler arasındadır. Sağlık ve bakım hizmetlerini karşılamak için başka kaynaklara sahip olmayan engelli insanların, kendi bütçelerinden ödemeleri gereken harcamaları azaltmak ve dolaylı maliyetleri karşılayabilmeleri için engellilere gelir desteği sağlamak, sağlık ve bakım hizmetlerinin kullanımını geliştirebilir. Ekonomik teşvikler sağlık hizmeti sağlayıcılarının hizmetleri geliştirmesini cesaretlendirebilir. Gelişmekte olan ülkelerde, etkin birinci basamak bakım hizmetleri ve ödeme mekanizmalarıyla ve sağlık hizmeti kullanımına bağlı şartlı nakit transferleri ile hizmet kullanımı geliştirilebilir.

Rehabilitasyon hizmetlerindeki engelleri aşmak

Rehabilitasyon, beşeri kapasiteyi geliştirdiği için iyi bir yatırımdır. Rehabilitasyon konusu sağlık, eğitim ve sosyal hizmetlerle ilgili bütün yasalara ve engelli insanlar için hazırlanmış özel yasalara dahil edilmelidir. Bu yasalar uyarınca formüle edilen politikalar erken müdahaleyi, farklı sağlık sorunları yaşayan insanların işlevselliğinin geliştirilmesi için rehabilitasyonun faydalarını ve hizmetlerin mümkün olabildiğince insanların yaşadıkları yere yakın bir biçimde sağlanmasını vurgulamalıdır.

Mevcut hizmetlerin kapsamı, kalitesi ve satın alınabilirlikleri geliştirilerek verimlilik ile etkilerinin artırılması hedeflenmelidir. Kaynakların daha az olduğu ortamlarda ise hedef, topluma dayalı rehabilitasyon ile hizmet arzını arttırmak ve bunu ikinci basamak sağlık hizmetleriyle tamamlamak olmalıdır. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine rehabilitasyonun dahil edilmesi, rehabilitasyona

erişimi arttırabilir. Farklı hizmet biçimleri (yatılı tedavi, ayakta tedavi ve evde bakım) ve farklı sağlık hizmeti seviyeleri (birincil, ikincil ve üçüncül basamak sağlık kuruluşları) arasında kurulacak sevk sistemleri erişimi arttırabilir. Engellilerin içinde yaşadıkları toplulukların rehabilitasyon sürecine dahil olması tedavinin sürekliliğinin önemli bir parçasıdır.

Yardımcı teknolojiye erişimi arttırmak bağımsızlığı arttırır, katılımı geliştirir ve bakım ve destek masraflarını düşürebilir. Bu yardımcı aletlerin uygunluğundan emin olmak için, söz konusu aletlerin hem koşullara hem de kullanıcıya uygun olması ve kullanımını süreci boyunca takiplerinin yapılması gerekmektedir. Yardımcı teknolojilere erişim ölçek ekonomisinin faydaları gözetilerek, üretim ve montajlar yerelde yapılarak ve ithalat vergileri düşürülerek arttırılabilir.

Rehabilitasyon uzmanları dünya çapında yetersiz olduğu için eğitim kapasitesinin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Karma ya da kademelere ayrıştırılmış eğitime gerek duyulabilir. Kaynakların yetersiz olduğu bölgelerde çalışmak da güç olacağı için, bu bölgelerde çalışanların üniversite eğitimi ya da güvenilir bir teknik diploma eğitimi almış olması sağlanabilir. Orta seviyeli eğitim programları, gelişmekte olan ülkelerde rehabilitasyon personeli eksikliğini gidermek için ilk adım olabilir. Bu programlar gelişmiş ülkelerde yüksek yetkinlikte uzman temin edilirken karşılaşılan zorlukları telafi edebilir. Toplum temelli hizmet programlarında çalışanlara eğitim vermek, coğrafi erişim sorunlarına ve işgücü kıtlığına çare olabilir.

Sağlık hizmetlerindeki engelleri aşmak için bir önceki bölümde bahsedilen önerilere ek olarak, mevcut hizmetlerin yeniden düzenlenmesini (hastanelerdeki hizmetlerden toplum temelli hizmetlere ve kriz anlarında rehabilitasyonun uluslararası insani yardımlara dahil edilmesine kadar), kamu-özel ortaklıklarının oluşturulmasını ve yoksul olan engelli insanlara gelir desteğinin sağlanmasını kapsayan ekonomik önlemlere ihtiyaç vardır.

Destek ve yardım hizmetlerindeki engelleri aşmak

Engellilerin toplum ile bütünleşmiş olarak yaşamasını sağlamak, bir dizi destek ve yardım hizmeti sunmak ve enformal bakım sağlayıcılarını desteklemek bireylerin bağımsızlığına katkıda bulunacaktır ve engelli insanlar ile aile üyelerinin ekonomik ve sosyal faaliyetlere katılımına olanak tanıyacaktır.

Engelli insanların toplum içerisinde yaşamasına olanak tanımak, engellilerin kurumlardan dışarıya taşınmasını ve toplulukları bünyesinde – günlük bakım, koruyucu bakım ve evde bakım gibi - bir dizi destek ve yardım hizmetinin sağlanmasını gerektirmektedir. Ülkeler gerekli finansman ve insan kaynağı kullanarak topluma dayalı hizmet modeline geçişi iyi planlamalıdır. İyi planlanması ve kaynak sağlanması durumunda toplum temelli hizmetler daha iyi sonuçlar verecektir, fakat maliyetin artma ihtimali vardır. Hükümetler, hizmetleri özel sağlayıcılara ihale etmek, vergi teşvikleri önermek ve hizmetlerin kendileri tarafından doğrudan satın alınmasını sağlamak için engelli insanlar ve ailelerine bütçe aktarmak gibi çeşitli finansman tedbirlerini uygulamaya koyabilirler.

Adil engellilik tespit prosedürleri ve net engellilik kriterleri geliştirmek, standartlar belirlemek ve uygulamak suretiyle hizmet sunumlarını düzenlemek hizmetleri satın alamayacak durumda olan engelliler için gerekli ödemeleri yapmak ve ihtiyaç duyulması durumunda doğrudan hizmet sağlamak ümit vaad eden hükümet stratejileri arasındadır. Sağlık, sosyal hizmet ve konut sektörleri arasında koordinasyon oluşturulması yeterli desteği sağlayabilir ve korunmasızlığı azaltabilir. Bakım sağlayıcılar bakım alanlar arasındaki ilişki resmi bir hizmet sözleşmesi aracılığıyla düzenlenirse ve bakım sağlayanlar hesap verebilir olursa; hizmetlerden yararlananlar desteğin türüne ilişkin kararlara dahil edilirse; ve “herkese tek beden elbise yaklaşımı” yerine hizmetler bireyselleştirilirse sonuçlarda bir ilerleme kaydedilebilir. Destek görevlilerinin

ve kullanıcıların eğitime tabii tutulması hizmet niteliğini ve kullanıcı deneyimini geliştirebilir.

Düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde, sivil toplum kuruluşlarının sağlayacağı ek hizmet sunumu hizmetlerin kapsamını ve yelpazesini genişletebilir. Topluma dayalı rehabilitasyon programları çok yoksul ve yeterince hizmet almayan bölgelere hizmet götürülmesinde etkili olmuştur. Bilgi tedariki, ekonomik destek ve kısa süreli geçici bakım, engelli insanlara dünya çapında verilen desteğin büyük bölümünün kaynağı konumundaki enformal bakım hizmeti sunucularına önemli bir fayda sağlayacaktır.

Fırsat tanıyan çevresel koşullar yaratmak

Kamu binalarında, ulaşımında, enformasyonda ve iletişimde karşılaşılan engellerin ortadan kaldırılması, izolasyon ve bağımlılığı azaltarak bireylerin eğitim, istihdam ve sosyal yaşama katılımına olanak tanıyacaktır. Farklı alanlarda, erişebilirliği sağlamak ve olumsuz tavırları azaltmak için önemli gereklilikler şunlardır: Erişebilirlik standartları; kamu ile özel sektör arasında işbirliği; uygulamaların koordine edilmesinden sorumlu olan yönetici bir kurum; erişebilirlik eğitimi; planlamacılar, mimarlar ve tasarımcılar için evrensel tasarım; kullanıcı katılımı ve halk eğitimi.

Deneyimlerin gösterdiği üzere, binalardaki engelleri ortadan kaldırmak için zorunlu asgari standartların uygulanması yasalarla desteklenmelidir. Standartlar, farklı ortamlara uygun ve engelli insanların katılımı ile şekillenecek olan somut verilere dayalı sistematik bir yaklaşımla oluşturulmalıdır. Engellilerin kendi kuruluşları aracılığıyla gerçekleştireceği erişebilirlik denetimleri kurallara riayet edilmesini teşvik edebilir. Hedefleri kademeli olarak yükseltilecek ve çeşitli önceliklere sahip stratejik bir plan, sınırlı kaynakların verimli kullanılmasını sağlayacaktır. Örneğin, mevcut binaları uyumlu hale getirmek, yeni binalarda kurallara riayet etmenin yarattığı %1'lik maliyet artışı ile karşılaştırıldığında daha masraflı

olduğu için ilk aşamada yeni yapılan kamu binalarında erişebilirlik hedeflenebilir. Mevcut kamu binalarını kapsayacak şekilde erişebilirlik iyileştirmelerinin kapsamını genişletmek bir sonraki adım olabilir.

Tüm ulaşım sistemi boyunca erişebilirliğin devamlılığı hedefine, birincil öncelikler belirlenirken engelli insanlar ve hizmet sağlayıcılarına danışarak; düzenli bakım ve geliştirme projelerine erişebilirlik meselesini dahil ederek ve bütün yolcular için bariz faydalar sağlayacak olan düşük maliyetli evrensel tasarım iyileştirmeleri yaparak ulaşılabilir. Erişebilir otobüsleri içeren hızlı toplu taşıma sistemleri gelişmekte olan ülkelerde hızla benimsenmektedir. Erişebilir taksiler, talebe bağlı olarak esneklik gösterebildikleri için erişebilir entegre ulaşım sisteminin önemli bir parçasıdır. Ayrıca ulaşım personeline eğitim verilmesi ve engelli insanlara indirimli veya ücretsiz bilet sağlanması için hükümet finansmanının sağlanması da gerekmektedir. Kaldırımlar, kaldırım kenarlarındaki rampalar ve yaya geçitleri güvenliği artırır ve erişebilirliği sağlar.

Bilgi ve iletişim teknolojisinde ileriye dönük adımlar atabilmek için farkındalığın artırılması, yasalar ve yönetmeliklerin çıkartılması, standartların geliştirilmesi ve eğitim imkanlarının sağlanması gerekmektedir. Duyma engelliler için özel telefonlar, altyazılı yayın, işaret dili tercümesi ve erişebilir biçimde bilgi, engelli insanların katılımını kolaylaştıracaktır. Bilgi ve iletişim teknolojilerinin erişebilirliğin artırılması için ayrımcılık karşıtı bir perspektif ile piyasalar denetlenmelidir. Bu perspektif kamu ihaleleri düzenlenirken ve tüketici hakları korunurken de gözetilmelidir. Güçlü yasama ve denetleme mekanizmaları olan ülkelerde bilgi ve iletişim teknolojilerine erişebilirlik düzeyi daha iyidir, fakat yönetmeliklerin teknolojik yeniliklere ayak uydurması gerekmektedir.

Eğitimin önündeki engelleri aşmak

Engelli çocukların engelli olmayan çocuklarla birarada eğitim görebilecekleri okullarda

kapsanması ilköğretimi tamamlamayı artırır. Düşük maliyetli olmakla birlikte, ayrımcılığın da ortadan kaldırılmasına katkıda bulunur.

Engelli çocukları eğitime dahil etmek, sistemde ve okullarda değişiklikler yapılmasını gerektirir. Kapsayıcı eğitim sistemlerinin başarısı büyük ölçüde bir ülkenin gerekli yasaları uygulama kararlılığına; hedefleri belirgin politikalar oluşturmasına; ulusal bir eylem planı geliştirmesine; uygulama için altyapı ve kapasite geliştirmesine ve gerekli finansmanı uzun süreli olarak sağlamasına bağlıdır. Engelli çocukların akranlarıyla eşit eğitim standartlarına sahip olmasını teminat altına almak genellikle eğitime ayrılan bütçenin arttırılmasını gerektirir.

Kapsayıcı bir öğrenme ortamı yaratmak bütün çocukların öğrenme ve potansiyellerini gerçekleştirme süreçlerine yardımcı olacaktır. Müfredatta, öğretme yöntemleri ve araçlarında, sınav, ölçme ve değerlendirme sistemlerinde, öğrenci merkezli yaklaşımlar benimsenerek eğitim sistemleri dönüştürülmelidir. Birçok ülke, bireysel eğitim programlarını, engelli çocukların eğitim ortamına dahil edilmesini sağlayan bir araç olarak benimsemiştir. Sınıfların düzenini değiştirmek gibi basit tedbirlerle engelli çocukların eğitimde karşılaştıkları fiziksel engellerin birçoğunun üstesinden kolaylıkla gelinebilir. Bazı çocuklar, özel eğitim öğretmeni, yardımcı eğitimci ve terapi servisleri gibi ek destek hizmetlerine erişime ihtiyaç duyacaktır.

Bütün çocukların kaynaşmış ve bir arada eğitim alabileceği okullarda görev yapan öğretmenlere engellilik ile ilgili eğitim vermek, bu öğretmenlerin engelli çocukların eğitimi konusunda kendilerine olan güvenlerini ve becerilerini geliştirebilir. Bütünleştirici eğitim ilkeleri, öğretmen yetiştirme programlarına entegre edilmeli ve öğretmenlere kapsayıcı eğitim konusunda uzmanlıklarını ve deneyimlerini paylaşabilecekleri fırsatları sağlayabilecek diğer girişimlerle benimsenmelidir.

İstihdamın önündeki engelleri aşmak

Ayrımcılık karşıtı yasalar, engelli insanların istihdama dahil edilmelerini teşvik etmek için

bir başlangıç noktasıdır. İşverenler yasa gereği makul düzenlemeler yapmak durumundadır. İşe alım ve seçim prosedürlerinin erişilebilir kılınması, çalışma koşullarının değiştirilmesi, çalışma saatlerinin ayarlanması ve yardımcı teknolojilerin sağlanması gibi düzenlemeler çalışma yaşamında ayrımcılığı azaltabilir, iş yerine erişimi arttırabilir ve engelli insanların üretken olma kapasitelerine ilişkin algıları dönüştürebilir. İşverenlerin ya da çalışanların gerekli düzenlemeler sağlanmadığı takdirde maruz kalacağı ek maliyetleri azaltmak amacıyla vergi teşvikleri ve düzenlemelerin gerçekleştirilmesi için finansman sağlamak gibi bir dizi tedbir göz önünde bulundurulabilir.

Engelli insanların mesleki eğitim kurumlarında kapsanmasına ek olarak, akran eğitimi, rehberlik ve erken müdahale gibi diğer koşulların sağlanması, engellilerin becerilerini geliştirme konusunda umut vadetmektedir. Toplum temelli rehabilitasyon aynı zamanda becerileri ve tavırları geliştirebilir, meslek içi eğitimi destekleyebilir ve işverenler için yol gösterici olabilir. Engellilerin kendi kuruluşlarının çalışma hayatını denetleme işini üstlenmesi bazı ülkelerde mesleki eğitimi ve istihdamı teşvik etmiştir.

İş başındayken sakatlanan insanlar için sunulan destek programları –engel ile ilgili özel eğitim, amirlerin eğitimi, iş yerinin düzenlenmesi ve uygun desteklerle işe erken geri dönüş gibi - işe geri dönüş oranlarını yükseltmiştir. Desteklenmiş istihdam programları ciddi işlev zorlukları olanlar da dahil olmak üzere birçok engelli insanın becerilerini geliştirmesini ve istihdam edilmesini kolaylaştırabilir. Bu programlar dahilinde meslek koçluğu, özel mesleki eğitim, bireyselleştirilmiş denetim, ulaşım ve yardımcı teknoloji yer alabilir. Kayıtdışı ekonominin baskın olduğu yerlerde, engelli insanların kendi hesabına çalışmasını desteklemek ve mikrokredi uygulamalarını yaygınlaştırmak önemlidir. Kredi koşullarının ihtiyaca göre uyarlanması ve gerekli bilgilere erişimin kolaylaştırılması ile mikrokredi uygulamalarının erişilebilirliği arttırılabilir.

Temel sosyal koruma programları engelli insanları kapsarken, çalışma yaşamına katılımı

da desteklemelidir. Bunun için gelir desteği ile engellilikten dolayı maruz kalınan işe ulaşım ve çalışmayı destekleyici araçların temini gibi ek masraflar için sunulan destek birbirinden ayrı tutulabilir ve belirli süreli yardımlar kullanılabilir. Bu politikaların işe yaradığından emin olmak gerekir.

Öneriler

Her ne kadar birçok ülke engelli insanların yaşam koşullarını geliştirmek için harekete geçmeye başlamış olsa da, hala yapılması gereken çok şey var. Bu Raporda sunulan verilerin gösterdiği üzere engelli insanların karşılaştığı pek çok bariyer önlenebilir ve engellilikle bağlantılı dezavantajların üstesinden gelinebilir. Aşağıdaki dokuz öneri birbiri ile ilişkili ve çok yönlü olmakla birlikte, her bölümün sonunda ifade edilen daha spesifik öneriler yol göstericidir.

Bu önerileri uygulamak farklı sektörleri –sağlık, eğitim, sosyal koruma, istihdam, ulaşım, konut- ve farklı aktörleri –hükümetler, (engelli kuruluşlarını da kapsayan) sivil toplum örgütleri, uzmanlar, özel sektör, engelli bireyler ve aileleri, toplum ve medya- içermeyi gerektirir.

Ülkelerin, eylemleri kendi özgün koşullarına göre uyarlaması elzemdir. Ülkelerin kaynak sıkıntılarını yaşadığı durumlarda bilhassa teknik yardım ve kapasite inşa etme gibi öncelikli eylemler uluslararası işbirliği ile sağlanabilir.

Öneri 1: bütün sistemlere ve hizmetlere ayrıştırılmamış kurumlarda erişimi sağla

Engelli insanların sağlık ve refah, ekonomik ve sosyal güvence, kendilerini yetiştirmek ve becerilerini geliştirmek gibi sıradan ihtiyaçları vardır. Bu ihtiyaçlar engelli insanlar için ayrıştırılmadan, bütün toplumun kullandığı genel programlar ve hizmetler tarafından karşılanabilir ve karşılanmalıdır.

Engelli insanların eğitim, sağlık, istihdam

ve sosyal hizmetler gibi faaliyetlere diğer insanlarla birarada ve eşit katılımının önündeki engellerin aşılması için hükümetler ve konunun diğer paydaşları tarafından tasarlanan politikalar kaynaştırma (mainstreaming) olarak isimlendirilebilir. Bunu başarmak için yasalarda, politikalarda, kurumlarda ve çevresel koşullarda değişiklikler yapılmalıdır. Kaynaştırma, sadece engelli insanların insan haklarını kullanabilmesi açısından değil, maliyet bakımından da etkin olabilir.

Kaynaştırma uzun vadeli bir sorumluluk gerektirir; tüm faaliyet ve hizmet alanlarına ve yeni oluşturulan veya var olan bütün yasalara, standartlara, politikalara, stratejilere ve planlara entegre edilmelidir. Herkes için erişilebilir olan evrensel tasarımları kullanmak ve mevcut düzenlemelerde uyarlamalar yapmak iki önemli yaklaşımdır. Engelli insanların çeşitli ihtiyaçlarının yeterince karşılandığından emin olmak için, kaynaştırma politikaları, etkin planlama, yeterli beşeri kaynak ve finansal destek ile hedefleri önceden belirlenmiş programlar ve hizmetler (bkz. öneri 2) eşliğinde uygulanmalıdır.

Öneri 2: engelli insanlar için özel programlar ve hizmetler geliştir

Herkesin birarada kullanabileceği kurumlarda sağlanan hizmetlere ek olarak, bazı engelli insanlar rehabilitasyon, destek veya eğitim gibi alanlarda özel uygulamalara gereksinim duyabilir.

Tekerlekli sandalye veya işitme cihazı gibi yardımcı teknolojilerinin de dahil edilebileceği rehabilitasyon hizmetleri, işlevselliği ve bağımsızlığı geliştirir. Engelli insanların içinde yaşadıkları toplulukların bünyesinde düzenli olarak sunulan yardım ve destek hizmetleri bakıma duyulan ihtiyacı karşılayabilir; insanların bağımsız bir şekilde yaşamasına ve çevrelerindeki ekonomik, sosyal ve kültürel hayata katılmalarına olanak tanır. Mesleki rehabilitasyon ve eğitim işgücü piyasası fırsatlarının önünü açabilir.

Mevcut hizmetlerin artırılmasına duyulan

ihtiyaç bir yana, özellikle çocukluk ve yetişkinlik arasındaki geçiş sürecinde daha iyi, daha erişilebilir, esnek, entegre ve iyi koordine edilen çok yönlü hizmetlere de ihtiyaç vardır. Mevcut programların ve hizmetlerin performansları değerlendirilmelidir. Bunların kapsamlarını, etkinliklerini ve verimliliklerini geliştirmek için değişiklikler yapılmalıdır. Bu değişiklikler güçlü bulgulara yaslanmalı, kültüre ve diğer yerel unsurlara uygun olmalı ve yerelde denenmelidir.

Öneri 3: ulusal bir engellik stratejisi ve eylem planı benimse

Ulusal engellilik stratejisi, engelli insanların refahını geliştirmek için bütünlüklü, kapsamlı ve uzun erimli hedefleri ortaya koymalı ve bünyesinde, hem kaynaştırma uygulanacak politika ve program alanlarını hem de engelli insanlar için özel hizmetleri barındırmalıdır. Ulusal bir stratejinin geliştirilmesi, uygulanması ve denetlenmesi ilgili bütün sektörleri ve paydaşları biraraya getirmelidir.

Eylem planı, kısa ve orta vadede gerçekleştirilecek somut eylemleri ve eylem takvimini hazırlayarak, hedefleri belirleyerek, sorumlu aktörleri atayarak ve ihtiyaç duyulan kaynakları planlayarak ve dağıtarak stratejiyi işlevsel hale getirir. Strateji ve eylem planı bir durum analizi ile bilgilendirilmelidir. Bu durum analizi kapsamında engelliliğin yaygınlığı, ihtiyaç duyulan hizmetler, sosyal ve ekonomik statü, mevcut hizmetlerdeki eksikler ve bu hizmetlerin etkililiği ile çevresel ve sosyal bariyerler gibi faktörler hesaba katılmalıdır. Koordinasyon, karar alma, düzenli denetim ve raporlama ve kaynakların kontrolü bakımından sorumluluğun hangi kuruma ait olduğunu açık hale getirmek için mekanizmalar oluşturulmalıdır.

Öneri 4: engelli insanları dahil et

Engelli insanlar, engellilikleri ve durumları hakkında genellikle benzersiz bir kavrayışa

sahiptir. Politikalar, yasalar ve hizmetler düzenlenirken engelli insanlara danışılmalı ve engelliler bu sürece aktif olarak dahil edilmelidir. Engelli insanların kendi kuruluşlarına, engelli insanları güçlendirme ve ihtiyaçlarının savunuculuğunu yapmak için desteğe ve kapasite inşa etmeye ihtiyaç duyabilirler.

Engelli insanların yaşamları üzerinde kontrol sahibi hakkı vardır ve bu yüzden engelli insanları doğrudan ilgilendiren-sağlık, eğitim, rehabilitasyon ya da topluluk yaşamı gibi konularda kendilerine danışılmalıdır. Engelli insanların karar alma süreçlerinin desteklenmesi, ihtiyaçlarını ve seçimlerini etkin bir şekilde duyurabilmelerini sağlayabilir.

Öneri 5: insan kaynağı kapasitesini geliştir

Eğitim, kurs ve işe alım süreçlerinin etkinliği artırılarak insan kaynağı kapasitesi geliştirilebilir. İlgili alanlarda çalışanların bilgilerinin ve yeterliliklerinin analizi, bu bilgi ve yeterliliklere dair uygun ölçütlerin belirlenmesinde başlangıç noktası teşkil edebilir. İnsan hakları ilkeleri, engellilik ile ilgili mevcut müfredat ve akreditasyon programlarına entegre edilmelidir. Hizmetleri sağlayan ve yöneten mevcut çalışanlara hizmet içi eğitim sağlanmalıdır. Örneklemek gerekirse, birinci basamak sağlık ve bakım hizmetleri çalışanlarının kapasitesini arttırmak ve ihtiyaç duyulduğunda uzmanların mevcut olmasını sağlamak, engelli insanların etkili ve bütçeye uygun sağlık hizmetleri almasına katkıda bulunabilir.

Birçok ülkede özel eğitim ve rehabilitasyon gibi alanlarda çalışanların sayısı çok azdır. Farklı kategorilerde ve seviyelerde olan personel için eğitim standartları geliştirmek kaynaklardaki eksikliklerin giderilmesine yardımcı olabilir. Bazı bölgelerde ve sektörlerde, personel sürekliliğini sağlamak için çeşitli tedbirlerin geliştirilmesi gerekebilir.

Öneri 6: yeterli finansman temin et ve hizmetlerin insanların bütçesine uygun olmasını sağla

Kamu tarafından sağlanan hizmetlerin, hedeflenen insanlara ulaştığını ve iyi kalitede sunulduğunu teminat altına almak için bu hizmetlere yeterli ve sürdürülebilir finansman sağlanmalıdır. Hizmetleri ihale etmek, kamu-özel ortaklıklarını desteklemek ve engelli insanlara kendi hizmet alımlarını istedikleri gibi yönlendirebilmeleri için gelir sağlamak hizmetlerin sunumunu iyileştirebilir. Ulusal engellilik stratejisinin ve ilgili eylemlerin geliştirilmesi sürecinde, önerilen tedbirlerin insanların bütçesine uygunluğu ve sürdürülebilirliği hesaba katılmalı ve yeterince finansman sağlanmalıdır.

Hizmetlerin ve malların engelli insanların bütçesine uygun olmasını sağlamak ve engellilikle alakalı ekstra maliyetleri karşılamak için, sağlık sigortası ve sosyal güvenliğin kapsamını genişletme, yoksullara ulaşmayı hedefleyen sosyal güvenlik programlarından yoksul ve savunmasız engellilerin faydalanmasını sağlama gibi önlemler düşünülebilir. Çeşitli ödemelerden muafiyet sağlama, ulaşım ücretlerini düşürme ve dayanıklı medikal ürünlerde ve yardımcı teknolojilerde ithalat vergilerini ve gümrük ödemelerini düşürme uygulanabilecek diğer önerilerdir.

Öneri 7: toplumun farkındalığını ve anlayışını geliştir

Karşılıklı saygı ve anlayış bütünleştirici bir topluma katkıda bulunur. Toplumun engelliliğe dair anlayışını geliştirmek, olumsuz algılara karşı koymak ve engelliliği adil bir şekilde anlatmak bu yüzden çok önemlidir. Engelliliğe ilişkin bilgiler, inançlar ve tutumlar hakkında veri toplamak, eğitim ve bilgilendirme yoluyla kapatılabilecek boşlukların belirlenmesine yardımcı olabilir. Hükümetler, gönüllü kuruluşlar ve uzman

dernekleri AIDS, zihinsel hastalık ve cüzzam gibi damgalanmış sorunlar hakkında tavırları değiştirecek sosyal pazarlama kampanyaları düzenlemeyi düşünebilir. Bu sürece medyayı dahil etmek, kampanyaların başarılı olması ve engelli insanlar ile aileleri hakkında pozitif hikayelerin yayılabilmesi için hayati önem taşımaktadır.

Öneri 8: engellilik ile ilgili veri toplama sistemi geliştir

Engellilik ile ilgili veri toplama yöntemlerinin geliştirilmesi dünya çapında gerekliliktir. Bu yöntemler farklı kültürlerde test edilmeli ve veriler uluslararası düzeyde düzenli bir şekilde toplanmalıdır. Engellilik ile ilgili politikaların gelişimini ve CRPD'nin ulusal ve uluslararası düzeylerdeki uygulamalarını takip etmek için veriler standartlaştırılmalı ve dünya çapında karşılaştırılabilir olmalıdır.

Engelliliği veri toplama sistemlerine dahil etmek ülkelerin sorumluluğudur. ICF'ye dayanan evrensel tanımların kullanılması, verilerin uluslararası düzeyde karşılaştırılabilir olmasını sağlayacaktır. İlk adım olarak, ulusal nüfus sayımı verileri Birleşmiş Milletler Washington Engellilik Grubu (*United Nations Washington Group on Disability*) ve Birleşmiş Milletler İstatistik Komisyonu (*United Nations Statistical Commission*) önerileri doğrultusunda toplanabilir. Maliyet bakımından uygun ve etkin yaklaşımlardan birisi mevcut anketlerde engellilik sorularının –ya da engellilik modülünün- kapsanmasıdır. Engelli insanlar içerisindeki altgruplar hakkında örüntüleri, trendleri ve bilgileri açığa çıkarmak amacıyla verilerin nüfus özelliklerine göre ayrıştırılabilir olması gerekmektedir.

Engellilik ile ilgili özel olarak hazırlanmış araştırmalarla engelliliğin yaygınlığı, ilgili sağlık sorunları, mevcut hizmetlerin kullanımı ve ihtiyaç duyulan diğer hizmetler, yaşam kalitesi, fırsatlar ve rehabilitasyon gereksinimleri gibi konularda kapsamlı bilgiler elde edilebilir.

Öneri 9: engellilik araştırmalarını destekle ve geliştir

Engellilik ile ilgili konularda toplumun anlayışının geliştirilmesi, engellilik politikalarının ve programlarının bilgilendirilmesi ve kaynakların etkin bir şekilde dağıtılması için engellilik araştırmalarının yapılması zorunludur.

Bu Rapor, çevresel faktörlerin (politikalar, fiziksel çevre, tavırlar) engelliliğe olan etkisi ve bu etkilerin ölçümü, yaşam kalitesi ve engelli insanların iyi olma hali, farklı bağamlarda engellerin aşılmasını sağlayan unsurlar, engelli insanlara yönelik programların ve hizmetlerin sonuçları ve etkinliği gibi alanlarda araştırmaların yapılmasını önermektedir.

Engellilik üzerine eğitim görmüş ve mevzuoya eleştirel yaklaşımı benimsemiş bir araştırmacı kitlesi oluşturulmalıdır. Epidemiyoloji, engellilik çalışmaları, sağlık, rehabilitasyon, özel eğitim, ekonomi, sosyoloji ve kamu politikası gibi bir dizi disipliner alanda araştırma becerileri güçlendirilmelidir. Gelişmekte olan ülkelerdeki üniversiteler ile yüksek ve orta gelirli ülkelerdeki üniversiteler arasında ilişkilerin kurulmasını sağlayan uluslararası eğitim ve araştırma imkanları faydalı olacaktır.

Önerileri eyleme dönüştürmek

Önerileri uygulamaya geçirmek için konu ile ilgili bir dizi paydaş, sağlam bir kararlılık göstermeli ve eylemleri hayata geçirmelidir. Bütün paydaşların misyonları önemlidir, ancak en önemli rol hükümetlere düşmektedir. Aşağıdakiler çeşitli paydaşların gerçekteştirebileceği eylemlere dikkat çekmektedir.

Hükümetler:

- CRDP ile tutarlı olmak için, mevcut yasaları ve politikaları gözden geçirebilir ve değiştirebilir; CRPD'ye uyum ve uygulamaları teşvik mekanizmalarını gözden geçirebilir ve değiştirebilir.

- Eksiklikleri ve engelleri belirlemek ve bunların aşılmasını sağlayacak eylemleri planlamak amacıyla, bütün kamunun kullanımı için veya özel olarak engellilerin kullanımı için tasarlanmış politikaları, sistemleri ve hizmetleri gözden geçirebilir.
- Farklı sektörlerin sorumluluklarını ve birbirleri arasındaki koordinasyon, denetim ve raporlama mekanizmalarını açıkça belirten ulusal bir engellilik stratejisi ve eylem planı geliştirebilir.
- Hizmet standartları oluşturarak ve denetleyerek ve riayet etmeye mecbur bırakarak hizmetleri düzenleyebilir.
- Kamu tarafından sağlanan mevcut hizmetlere yeterli kaynak aktarabilir ve ulusal engellilik stratejisi ile eylem planının hayata geçirilmesi için uygun bir finansman sağlayabilir.
- Ulusal erişilebilirlik standartlarını oluşturabilir ve yeni binalarda, ulaşımda ve bilgi ve iletişimde bu standartlara uyulmasını sağlayabilir.
- Engelli insanların yoksulluktan korunması için önlem alabilir ve mevcut yoksullukla mücadele programlarından yeterince faydalanmalarını temin edebilir.
- Engelliliği ulusal veri toplama sistemleri kapsamına alabilir ve engelliliğe göre ayrıştırılmış verileri sağlayabilir.
- Toplumun bilgi düzeyini yükseltmek ve engelliliğe dair anlayışı geliştirmek için iletişim kampanyaları düzenleyebilir.
- İnsan hakları ihlalleri ve riayet edilmeyen yasalar hakkında bildirimde bulunabilmeleri için engelli insanlar ve üçüncü kişiler arasında ilişkiler kurabilir.

Birleşmiş Milletler temsilcileri ve kalkınma örgütleri:

- Çift yönlü yaklaşım kullanarak kalkınma yardımı programlarına engelliliği dahil edebilir.
- Önceliklerde anlaşmak, farklı ülke deneyimlerinden dersler çıkarmak ve hataların tekrarını azaltmak amacıyla bilgi paylaşabilir ve eylemleri koordine edebilir.

Dünya Engellilik Raporu

- Kapasite inşası ve mevcut politikaları, sistemleri ve hizmetleri güçlendirmek için ülkelere teknik yardım sağlayabilir - örneğin, iyi ve umut vadeden pratikleri paylaşabilir.
- Uluslararası manada karşılaştırılabilir araştırma yöntemlerinin gelişimine katkıda bulunabilir.
- İstatistiksel yayınlarında engellilik verilerini düzenli olarak kapsayabilir.
- Engelli insanlara, ve gerektiğinde ailelerine danışarak bireysel hizmet planları geliştirebilir.
- Sağlanan hizmetleri koordine etmek ve entegre bir şekilde sunmak için vaka yönetimi, sevk sistemi ve elektronik kayıt sistemi uygulamaya koyabilir.
- Hakları ve şikayet mekanizmaları konusunda engelli insanların bilgilendirilmesini temin edebilir.

Engelli kuruluşları:

- Engelli insanların kendi haklarının farkında olmalarını sağlayabilir; yaşamlarını bağımlı olmadan sürdürebilmelerini ve becerilerini geliştirmelerini destekleyebilir.
- Engelli çocukların eğitimde kapsanmaları için çocukları ve ailelerini destekleyebilir.
- Uluslararası, ulusal ve yerel karar alıcılar ve hizmet sağlayıcılar karşısında engellilerin görüşlerini temsil edebilir ve haklarını savunabilir.
- Hizmetlerin değerlendirilmesine ve denetlenmesine katılabilir ve hizmet gelişimine katkıda bulunabilecek uygulamalı araştırmaları desteklemek için araştırmacılarla işbirliği yapabilir.
- Engelli insanların hakları konusunda toplumun farkındalığını ve anlayışını arttırabilir - örneğin, kampanyalar düzenleyebilir ve engellilik ve eşitlik konularında eğitimler verebilir.
- Engellerin ortadan kaldırılmasını teşvik etmek için çevresel faktörlerin, ulaşım ve diğer hizmetlerin denetimlerini gerçekleştirebilir.

Hizmet sunucular:

- Engelli insanları dışlayan fiziksel engelleri ve enformasyon engellerini tespit etmek için, engellilerin yerel gruplarıyla ortaklık içerisinde erişim denetlemeleri gerçekleştirebilir.
- Personelin engellilik konusunda yeterince eğitim aldığı ve hizmet alanlara gerektiği gibi eğitim verildiğini temin edebilir; bu eğitimleri geliştirirken ve iletirken hizmet alanları kapsayabilir.

Akademik kurumlar:

- Engelli öğrencilerin ve çalışanların üniversitelere kabulü ve katılımı önündeki engelleri ortadan kaldırabilir.
- Mesleki eğitim derslerinin engellilik konusunda insan hakları ilkelerine uygun bilgileri içermesini sağlayabilir.
- Engelli insanların yaşamları ve karşılaştıkları engeller üzerine, engellilerin kendi kuruluşlarına danışarak araştırmalar gerçekleştirebilir.

Özel sektör:

- Engelli insanların istihdam edilmesini kolaylaştırabilir; işe alımın adil olmasını, gerekli uyarlamaların yapılmasını ve engelli olan çalışanların işe geri dönmelerinin desteklenmesini sağlayabilir.
- Mikrofinans erişimin önündeki engeller kaldırılabilir, böylece engelli insanlar kendi işlerini geliştirebilir.
- Yaşam döngüsünün farklı evrelerinde engelli insanlar ve aileleri için bir dizi kalite destek hizmetleri geliştirilebilir.
- Kamu binaları, işyerleri ve konutların inşaat projelerinde engelli insanlar için yeterli erişim sağlayabilir.
- Bilgi ve iletişim teknolojisi ürünlerine, sistemlerine ve hizmetlerine engelli insanların erişilebilmesini sağlayabilir.

Engellilerin birlikte yaşadığı topluluklar:

- Kendi inançlarını ve tutumlarını sorgulayabilir ve geliştirebilir.
- Engelli insanların birlikte yaşadıkları

topluluklara katılmalarını ve onlarla bütünleşmelerini teşvik edebilir.

- Okulları, eğlence ve dinlenme alanlarını ve kültürel tesisleri kapsayan topluluğun yaşadığı çevrenin engelli insanlar için erişilebilir olmasını sağlayabilir.
- Engelli insanların karşılaştığı şiddete ve zorbalığa meydan okuyabilir.

Engelli insanlar ve aileleri:

- Akran desteği, eğitim, bilgi ve nasihat aracılığıyla diğer engelli insanları destekleyebilir.
- Yerel toplulukları bünyesinde engelli insanların haklarını teşvik edebilir.
- Farkındalık artırma ve sosyal pazarlama kampanyalarına dahil olabilir.
- Değişim önceliklerini belirlemek, politikaları etkilemek ve hizmet iletimini şekillendirmek için (uluslararası, ulusal ve yerel) forumlara katılabilir.
- Araştırma projelerine katılabilir.

Sonuç

CRDP değişim için bir gündem ortaya koydu. Dünya engellilik raporu ise engelliliğin güncel durumunu belgelemektedir. Bu rapor bilgi eksikliğine dikkat çekmekte ve ileride daha fazla araştırma yapılması ve politika geliştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Buradaki öneriler, engelli insanların mutlu ve rahat bir hayat yaşayabileceği, kapsayıcı ve engellerin aşıldığı bir toplumun kurulmasına katkıda bulunabilir.

Referanslar

1. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. Grech S. Living with disability in rural Guatemala: exploring connections and impacts on poverty. International Journal of Disability, Community and Rehabilitation, 2008, 7(2) (http://www.ijdcrc.ca/VOL07_02_CAN/articles/grech.shtml, 4 Ağustos 2010'da erişildi).
3. Grammenos S. Illness, disability and social inclusion. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003 (<http://www.eurofound.europa.eu/pub-docs/2003/35/en/1/ef0335en.pdf>, 6 Ağustos 2010'da erişildi)
4. World Health Survey. Geneva, World Health Organization, 2002–2004 (<http://www.who.int/health-info/survey/en/>, 9 Aralık 2009'da erişildi)
5. United Nations Children's Fund, University of Wisconsin. Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys. New York, United Nations Children's Fund, 2008.
6. Bines H, Lei P, eds. Education's missing millions: including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans. Milton Keynes, World Vision UK, 2007 (http://www.worldvision.org.uk/upload/pdf/Education%27s_Missing_Millions_-Main_Report.pdf, 22 Ekim 2009'da erişildi).
7. Eide AH et al. Living conditions among people with activity limitations in Zimbabwe: a representative regional survey. Oslo, SINTEF, 2003a (<http://www.safod.org/Images/LCZimbabwe.pdf>, 9 Kasım 2009'da erişildi).
8. Eide AH, van Rooy G, Loeb ME. Living conditions among people with activity limitations in Namibia: a representative, national study. Oslo, SINTEF, 2003b (<http://www.safod.org/Images/LCNamibia.pdf>, 9 Kasım 2009'da erişildi).
9. Loeb ME, Eide AH, eds. Living conditions among people with activity limitations in Malawi: a national representative study. Oslo, SINTEF, 2004 (<http://www.safod.org/Images/LCMalawi.pdf>, 9 Kasım 2009'da erişildi).
10. Eide A, Loeb M. Living conditions among people with activity limitations in Zambia: a national representative study. Oslo, SINTEF, 2006 (<http://www.sintef.no/upload/Helse/Levek%C3%A5r%20og%20tjenester/ZambiaLCweb.pdf>, 15 Şubat 2011'de erişildi).
11. People with disabilities in India: from commitments to outcomes. Washington, DC, World Bank, 2009.
12. McFarlane L, McLean J. Education and training for direct care workers. Social Work Education,

- 2003,22:385-399. doi:10.1080/02615470309140
13. Testing a disability question for the census. Canberra, Family and Community Statistics Section, Australian Bureau of Statistics, 2003.
 14. Disability, ageing and carers: summary of findings, 2003 (No. 4430.0). Canberra, Australian Bureau of Statistics, 2004 (<http://tinyurl.com/ydr4pbh>, 9 Aralık 2009'da erişildi).
 15. Disability supports in Canada, 2001: participation and activity limitation survey. Ottawa, Statistics Canada, 2001 (<http://www.statcan.ca/english/freepub/89-580-XIE/help.htm>, 30 Ağustos 2007'de erişildi).
 16. Supports and services for adults and children aged 5-14 with disabilities in Canada: an analysis of data on needs and gaps. Ottawa, Canadian Council on Social Development, 2004 (<http://www.socialunion.ca/pwd/title.html>, 30 Ağustos 2007'de erişildi).
 17. Living with disability in New Zealand: a descriptive analysis of results from the 2001 Household Disability Survey and the 2001 Disability Survey of Residential Facilities. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2004 (<http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/238fd5fb4fd051844c256669006aed57/8fd2a69286cd6715cc256f33007aade4?OpenDocument>, 30 Ağustos 2007'de erişildi).
 18. Kennedy J. Unmet and under met need for activities of daily living and instrumental activities of daily living assistance among adults with disabilities: estimates from the 1994 and 1995 disability follow-back surveys. *Medical Care*, 2001,39:1305-1312. doi:10.1097/00005650-200112000-00006 PMID:11717572
 19. Regional report of the Americas 2004. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2004 (<http://www.idrmnet.org/content.cfm?id=5E5A75andm=3>, 9 Şubat 2010'da erişildi).
 20. Regional report of Asia 2005. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2005 (<http://www.idrmnet.org/content.cfm?id=5E5A75andm=3>, 9 Şubat 2010'da erişildi).
 21. Regional report of Europe 2007. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2007 (<http://www.idrmnet.org/content.cfm?id=5E5A75andm=3>, 9 Şubat 2010'da erişildi).
 22. Michailakis D. Government action on disability policy: a global survey. Stockholm, Institute on Independent Living, 1997 (http://www.independentliving.org/standardrules/UN_Answers/UN.pdf, 10 Şubat 2010'da erişildi).
 23. Haualand H, Allen C. Deaf people and human rights. Helsinki, World Federation of the Deaf and Swedish National Association of the Deaf, 2009.
 24. Filmer D. Disability, poverty, and schooling in developing countries: results from 14 household surveys. *The World Bank Economic Review*, 2008,22:141-163. doi:10.1093/wber/lhm021
 25. Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.
 26. Understanding the health-care needs and experiences of people with disabilities. Menlo Park, CA, Kaiser Family Foundation, 2003.

ANA RAPORDAN ÖRNEKLER

Kutu 2.1. İrlanda nüfus sayımı ve 2006 engellilik anketi

İrlanda İstatistik Merkez Ofisi Nisan 2006'da (*Central Statistics Office in Ireland*) gerçekleştirdiği nüfus sayımında kullandığı ankette kişilere uzun-dönemli bir sağlık sorunlarının bulunup bulunmadığını ve varsa bu sorunun kişinin işlevselliğine etkisini sordu. Bu anket, İrlanda'da 393.785 kişinin, yani nüfusun % 9.3'ünün engelli olduğunu saptadı. 2006'nın ilerleyen aylarında İstatistik Merkez Ofisi nüfus sayımında engelli olduğunu belirtmiş bir grup insanı ve buna ek olarak özel hanelerde¹ yaşayan ve engellilik bildirmemiş bir grup insanı kapsayan bir örnekleme Ulusal Engellilik Araştırması (NDS) ismini verdiği bir araştırma gerçekleştirdi.

NDS'de, ağrı ve nefes alma sorunları dahil olmak üzere daha fazla alanı ve mevcut sorunların şiddetinin ölçümünü kapsayan ve nüfus sayımında kullanılan daha geniş olan bir engellilik tanımı kullanıldı. Nüfus sayımında engelli olduğunu belirten 14.518 ve belirtmemiş olan 1551 kişi anket sorularını tamamen yanıtladı.

Nüfus sayımı ve NDS cevapları arasında yüksek düzeyde tutarlılık söz konusuydu:

- Nüfus sayımında özel hanelerde yaşayan ve engelli olduğunu belirtenlerin %88'i NDS'de engelli olduğunu belirtti.
- Nüfus sayımında özel-olmayan hanelerde kalan ve engelli olduğunu belirtenlerin %97'si NDS'de de engelli olduğunu belirtti.
- Özel hanelerde yaşayan ve nüfus sayımında engelli olduğunu bildirmeyen kişilerin %11.5'i NDS'de engellilik bildiriminde bulundu.

NDS bulgularının tüm nüfusa yansıtılmasıyla toplam ulusal engellilik oranının % 18.5 olduğu sonucuna ulaşıldı. Nüfus sayımında ve NDS'de elde edilen engellilik oranları arasındaki fark aşağıdaki nedenlerden ileri gelmiş olabilir:

- NDS yüz yüze görüşme yöntemini kullanırken, nüfus sayımı formları kişilerin kendisi tarafından dolduruldu.
- Nüfus sayımı bir dizi amaç için tasarlanmış geniş bir anketi. NDS tamamen engellilik üzerine odaklandı ve engelliliği şu alanlardaki işlev bozuklukları olarak tanımladı: Görme, işitme, konuşma, hareket kabiliyeti ve el becerisi, hatırlama ve konsantre olma, entellektüel gelişimi ve öğrenme yetisi, duygusal, psikolojik ve zihinsel sağlık, ağrı ve soluk alma.
- NDS'de kullanılan engellilik tanımına ağrının dahil edilmesi kayda değer derecede daha yüksek engellilik oranı ile sonuçlandı, nüfus sayımında engellilik bildirmeyenlerin % 46'sı NDS'de ağrı bildiriminde bulundu.
- Sadece NDS'de engellilik bildiriminde bulunmuş olanlar, daha düşük bir seviyede zorluk yaşamaktaydı ve birden fazla alanda engelliliğe sahip olmak yerine yalnızca bir engellilik türünü yaşıyor olma olasılıkları daha fazlaydı.
- Muhtemelen NDS'de soruların daha detaylı olması sebebiyle nüfus sayımına kıyasla NDS'de daha fazla sayıda çocuk engellilik bildiriminde bulunuldu.

Bu örneğin gösterdiği üzere soruların türü ve sayısı, yaşanan zorluk seviyesi skalası, engellilik kapsamı ve anket metodolojisi engellilik yaygınlığı hesaplamalarına etki edebilir. İki ölçüm arasındaki farklar esasen kapsanan alanlar ve engellilik tanımına ilişkin alt sınırın farklı olmasından ileri gelmektedir. Kapsanılan alan dar tutulursa (örneğin, ağrı kapsam dışı bırakılırsa), işlevlerini yerine getirme zorlukları yaşayan birçok insan da dışarda tutulmuş olabilir. Kaynakların yeterli olduğu durumlarda, nüfus sayımına ek olarak engellilik hakkında kapsamı geniş, spesifik anketler gerçekleştirilmelidir. Bu araştırmalar, politika ve programlar için farklı yaş gruplarına dair daha kapsamlı veriler sağlar.

Not: İki ankette kullanılan sorular yayınlanan raporlar içerisinde mevcuttur.

Kaynaklar (1 ve 2)

¹ Burada "özel hane" tabiri bir kişinin yalnız ya da birden fazla kişinin beraberce yaşadığı bir haneyi ifade ederken; "özel-olmayan hane" tabiri, oteller, misafirhaneler, manastırlar, hastaneler, yurtlar, bakımevleri ve askeri kişilər gibi kurumları ifade etmektedir. (ç.n.)

Kutu 2.5. Yeni ihtiyaçları ve mevcut uygulamalarla karşılanmayan ihtiyaçları daha iyi anlamak için farklı kaynakları birarada kullanmak - Avustralya'dan bir örnek

Spesifik engellilik destek hizmetlerinin karşılamakta yetersiz kaldığı ihtiyaçlar hakkında Avustralya'da son on yıl içerisinde dört ulusal çalışma gerçekleştirildi (3-6). Bu çalışmalarda, başta ulusal nüfus engellilik anketleri ve engellilik hizmetleri hakkında toplanan idari veriler olmak üzere farklı veri kaynaklarının bir bileşimi kullanıldı (7).

Bu çalışmalarda *İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması'nın* (ICF) kullanılmış olması iki konuda başarı sağlamıştır. Bunlardan birincisi, farklı engellilik veri setlerini azami ölçüde karşılaştırılabilir hale getiren ulusal veri standartlarının oluşturulmasıdır. İkinci başarısı ise, ihtiyaç duyulan destekler hakkındaki verilerle (nüfus anketlerinden gelen "talep" verilerini) mevcut hizmet türlerindeki ihtiyaçlar hakkındaki verileri (engellilik hizmetlerinden elde edilen, "kayıt verileri" olarak da bilinen, "arz" verileri) ilişkilendiren bir çerçeve ortaya koymasındır. Bunların gerçekleşmesinde ICF çok önemli bir rol oynamıştır.

Elde edilen talep ve arz verilerini birleştiren analiz sayesinde hizmetlerin karşılayamadığı ihtiyaçlar hakkında bir tahmine ulaşıldı. Dahası, kullanılan kavramlar sabit kaldığından karşılanmayan ihtiyaçlara ilişkin tahminleri güncellemek mümkün oldu. Örneğin, barınma ve geçiçi bakım hizmetleri konularında ihtiyaçları karşılanmayanlara dair 2003 yılı tahmini 26.700 kişiydi. Bu tahmin, nüfusun büyüme oranına ve 2003-2005 aralığında hizmet arzında yaşanan artışa göre düzeltilerek, 2005 yılı tahmini 23.800 kişi olarak hesaplandı (6). 2003-2004 yılında 53.722 olan barınma ve geçiçi bakım hizmetlerini kullanan kişi sayısı, % 7.5'lik bir artışla 2004-2005 yılında 57.738'e yükseldi.

Kutu 4.2. Uganda'da yumru ayak tedavisi

Tek veya her iki ayakta da meydana gelebilen ve kalıtsal bir bozukluk olan yumru ayak, düşük ve orta gelirli ülkelerde genellikle ihmal edilmektedir. Yumru ayağın tedavi edilmemesi, fiziksel deformasyon, ayakta ağrı ve hareket kabiliyetinin bozulması gibi sonuçlara sebebiyet verebilir. Bu sonuçlar, eğitime erişim başta olmak üzere kişinin topluma katılımını sınırlayabilir.

Uganda'da, her 1.000 canlı doğumda 1,2 yumru ayak vakası görülmektedir. Sorun genellikle teşhis edilmez, teşhis edildiğinde ise mevcut kaynaklarla gelişmiş invazif cerrahi tedavi mümkün olmadığı için görmezden gelinir (8).

Manipülasyon, alçıya alma, aşılotomi (aşıl tendonunun küçük bir kesiyle gevşetilmesi) ve ayak bilekliği giydirilmesi gibi yöntemleri kapsayan Ponseti yumru ayak tedavisinin ayakları ağrısız ve işlevsel hale getirmek suretiyle yüksek bir başarı oranına sahip olduğu kanıtlanmıştır (Ponseti, 1996). Bu tedavi düşük maliyete ve yüksek başarı oranına sahip olduğu için ve tıp doktoru olmayan kişiler tarafından da öğrenilebildiği ve uygulanabildiği için gelişmekte olan ülkelerde yararlıdır. Malawi'de tedavilerin eğitilmiş ortopedik klinik görevlileri tarafından yapıldığı yumru ayak tedavi projesinde, vakaların % 98'inde öncül iyileşme sağlandı (9).

Uganda Sağlık Bakanlığı, Uluslararası CBM ve Uganda ve Kanada üniversiteleri tarafından ortaklaşa gerçekleştirilen Uganda Sürdürülebilir Yumru Ayak Tedavisi Projesi, Kanada Uluslararası Kalkınma Ajansı (*Canadian International Development Agency*) tarafından finanse edildi. Bu projenin amacı Ponseti yöntemini kullanarak sürdürülebilir, yaygın, etkin ve güvenli yumru ayak tedavisi gerçekleştirmektir. Proje mevcut sağlık ve eğitim sektörlerine dayanmaktadır. Öte yandan projeyi yetkinleştirmek ve sonuçlarını değerlendirmek için proje kapsamında çeşitli araştırmalar gerçekleştirildi.

Proje, iki yıl içerisinde şu başarılı sonuçlara ulaştı:

- Uganda Sağlık Bakanlığı, Ponseti yönteminin bütün hastanelerde yumru ayak için tercih edilen tedavi yöntemi olmasını onayladı.
- Ülkedeki kamu hastanelerinin %36'sı, Ponseti tedavisini uygulayabilme kapasitesine kavuştu ve bu yöntemi kullanmaya başladı.
- 798 sağlık hizmeti uzmanı yumru ayak sorununu teşhis ve tedavi etmek için özel eğitim aldı.
- Yumru ayak ve Ponseti yöntemi üzerine eğitim modülleri iki medikal ve üç paramedikal okulda kullanılmaya başlandı.
- Farklı sağlık disiplinlerinden 1152 öğrenci Ponseti yöntemine dair kurslar aldı.
- Yumru ayak sorunu olan 872 çocuk tedavi gördü. Bu sayının, ilgili zaman dilimi boyunca yumru ayak sorunu ile dünyaya gelen çocukların %31'i olduğu tahmin edilmektedir. Doğumların yalnızca %41'inin sağlık hizmeti merkezlerinde gerçekleştiği düşünülürse, bu sayı oldukça yüksektir.
- Genel kamuoyunu yumru ayak sorununun tedavi edilebilir olduğuna dair bilgilendirmek için yapılan halkı bilinçlendirme kampanyalarında radyo mesajları yayınlandı ve köy sağlık ekiplerine bilgilendirici afiş ve kitapçık dağıtıldı.

Bu proje, yumru ayağın kaynakları kıt olan bölgelerde bile teşhis ve tedavisi mümkün olan bir hastalık olduğunu göstermiş oldu. Söz konusu yöntemin gerektirdikleri şunlardır:

- Sakatlığı teşhis etmek için doğumdan hemen sonra bebeklerin ayaklarında deformasyon olup olmadığını incelemek.
- Deformasyonu tetkik edecek ebelerden, bileklikleri yapacak olan STK teknisyenlerine ve tendonu gevşetme işlemini yapan ortopedi uzmanına kadar, bakım zinciri içerisindeki tüm sağlık hizmeti çalışanlarının kapasitelerini yükseltmek.
- Tetkikin topluluk içerisinde yapılması (örneğin toplum kökenli rehabilitasyon çalışanları tarafından) ve hastanın tedaviye devamlılık sağlamada sorun yaşamaması için tedavinin yerel kliniklerce sağlanması gibi adımlarla yumru ayak bakımı hizmetlerinin sorumluluğunu bir merkezden idare etmek yerine dağıtmak.
- Ponseti metodu eğitimini tıp, hemşirelik, paramedikal ve bebek sağlığı hizmetleri öğrencilerinin kullandığı eğitim müfredatı bünyesine dahil etmek.
- Seyahat mesafeleri ve maliyetler gibi tedaviye devam etmeyi zorlaştıran engelleri aşmak için mekanizmalar kurmak.

Kutu 4.4. İtalya'da akıl sağlığı yasası reformu - psikiyatrik kurumları kapatmak yetmez

1978 yılında İtalya, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin aşama aşama kapatılmasını ve psikiyatrik tedavi için topluma dayalı bir sisteme geçilmesini öngören 180 no.lu yasayı uygulamaya soktu. Akıl hastalığı yaşayan insanların toplum için bir tehlike olduğu varsayımını reddeden bu yeni yasanın arkasında duran önemli figürlerden birisi, sosyal psikiyatrist Franco Basaglia'ydı. Basaglia, Kuzey İtalya'daki bir ruh ve sinir hastalıkları hastanesine müdür olduğu zaman şahit olduğu insanlık dışı koşullardan ötürü dehşete kapılmıştı. Basaglia toplumsal faktörlerin akıl hastalıklarının temel belirleyicileri olduğuna inandı. Toplum temelli akıl sağlığı hizmetlerini ve akıl hastalarının ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri yerine genel hastanelerde yatırılmasını savundu (10).

Bugün geleneksel akıl hastanelerinin kanunen yasak olduğu tek ülke İtalya'dır. Söz konusu yasa genel bir çerçeve çizmekteydi ve eylemin zaman çizelgesinin, norm ve yöntemlerinin belirlenmesini bölgelerin kendi inisiyatifine bırakmaktaydı. Yasa uyarınca psikiyatri hastanelerine yeni hasta kabul edilmedi ve yatılı psikiyatrik hastaların hastanelerden çıkartılması etkin şekilde teşvik edildi. 1978 ile 1987 arasında yatılı hastaların sayısı %53 oranında azaldı ve ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin nihai olarak ortadan kaldırılması 2000 yılında tamamlandı (11).

Akut sorunların tedavisi, genel hastanelerin her biri en fazla 15 yataktan oluşan psikiyatri birimlerinde sağlandı. Holistik perspektif uyarınca akıl hastalarına, akıl sağlığı ve rehabilitasyon hizmeti veren toplum merkezlerinden oluşan bir ağ hizmet verildi. Hizmetlerin organizasyonunda, farklı tedavi yöntemleri, tedavi aşamaları ve uzmanların koordine edilmesi suretiyle departman modeli kullanıldı. Damgalanma karşıtı kampanyalar, akıl sağlığı sorunları yaşayan insanları toplumla bütünleştirmeyi ve hasta ile ailesini güçlendirmeyi hedefleyen kampanyalar merkezi ve bölgesel olarak teşvik edildi ve desteklendi.

Bu politikalar sonucunda İtalya, diğer ülkelere göre psikiyatrik yatak sayısı daha az olan bir ülke haline geldi. 2001 yılında her 10.000 insan için 1.72 yatak vardı. İtalya'da kişi başına düşen psikiyatrist sayısı İngiltere'dekine yakın olsa da; psikiyatrik hemşire ve psikolog sayıları İngiltere'dekinin üçte biri kadardır. Bu oran sosyal hizmetlerde çalışanların sayısı için sadece onda birdir. İtalya'da zorla hastaneye yatırılma oranı da düşüktür. 2001 yılında İngiltere'de 10.000'de 5,5 olan bu oran, İtalya'da 2,5'tir (12). Psikotropik ilaç kullanım oranları da diğer Avrupa ülkelerine göre daha düşüktür. Hastaneye tekrar tekrar geri dönen "döner kapı" sendromlu hastalar sadece kıt kaynaklara sahip bölgelerde görülür.

Ancak İtalya'daki akıl sağlığı hizmetleri hiç de mükemmel değildir (11). Uzun dönemli tedavi isteyen hastalar için devlet, akıl hastaneleri yerine, küçük, korumalı topluluklar veya apartmanlar işletmektedir ve bazı bölgede uzun dönemli bakım özel işletmeler tarafından sağlanmaktadır. Ancak akıl sağlığı hizmetleri bölgeden bölgeye kayda değer biçimde farklılık göstermekte ve bazı bölgelerde bakım yükü hala ailelere düşmektedir. Kimi bölgelerdeki toplum temelli akıl sağlığı ve rehabilitasyon merkezleri inovasyon yapmakta başarısız olmuştur ve optimum tedavileri sunabilmekten uzaktır. İtalya toplum temelli bakım sistemini yeniden güçlendirme, ortaya çıkan önceliklerle yüzleşme ve bölgesel akıl sağlığı hizmeti performansını standartlaştırma amacıyla yeni bir ulusal strateji hazırlamaktadır.

İtalya'nın deneyimi şunu göstermiştir ki psikiyatrik kurumları kapatırken alternatif yapıların oluşturulması bir zorunluluktur. Reform yasaları ana hatlar değil aynı zamanda asgari standartlar da sağlamalıdır. Siyasi kararlılık, binalara, personele ve eğitime yapılması gereken yatırımlar kadar asli bir gerekliliktir. Hizmetlerin gerçekleştirilmesi, kontrolü ve karşılaştırılması için oluşturulacak merkezi mekanizmalarla birlikte araştırma ve değerlendirme yapmak da hayati öneme sahiptir.

Kutu 4.5. Don Bosco Üniversitesi aracılığıyla protezcilik ve ortotik eğitimi

1996 yılında, El Salvador'un San Salvador şehrinde Don Bosco Üniversitesi, Alman Teknik İşbirliği (*German Technical Cooperation*) organizasyonunun desteği ile Orta Amerika'da ilk resmi protezcilik ve ortotik eğitim programını başlattı.

Günümüzde Latin Amerika'da protezcilik ve ortotik eğitiminde öncü kurum haline gelen Don Bosco Üniversitesi'nden şimdiye kadar 20 farklı ülkeden yaklaşık 230 protezci ve ortotist mezun oldu. Dışarıdan gelen finansmanın sonlanması nedeniyle program genişlemeye devam etti. Üniversite şimdi dokuz tam zamanlı protezcilik ve ortotik öğretmeni istihdam etmekte; Uluslararası Protezcilik ve Ortotik Topluluğu (*International Society for Prosthetics and Orthotics*) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) gibi uluslararası kuruluşlar, başka üniversiteler ve özel şirketlerle işbirliği yapmaktadır.

Bu eğitim girişiminin başarısında etkili olan birkaç yaklaşımdan bahsedilebilir:

- **Güçlü ortaklık.** Pedagojik uzmanlığa sahip oturmuş bir eğitim kurumu olan Don Bosco Üniversitesi eğitimin bütün sorumluluğunu üstüne aldı. Asya ve Afrika'da protezcilik ve ortotik eğitimi programları geliştirme konusunda deneyimli olan Alman Teknik İşbirliği kurumu finansal ve teknik destek sağladı.
- **Sürdürülebilir bir eğitim hizmeti için uzun vadeli vizyon.** Altı aylık oryantasyon dönemi ortakların projenin uygulanmasındaki ayrıntılara, yani hedefler, aktiviteler, göstergeler, sorumluluk ve kaynaklara dair uzlaşmalarına imkan verdi.
- **Uluslararası ölçekte kabul gören prensipler.** Bütün Don Bosco eğitim programları, Uluslararası Protezcilik ve Ortotik Topluluğu desteğiyle geliştirildi ve Topluluk ve WHO tarafından geliştirilen uluslararası prensiplere dayanarak akreditasyon elde etti.
- **Kapasite İnşası.** Üç yıllık ilk eğitim programı (ISPO/WHO Kategori II) için Alman Teknik İşbirliği'nden iki danışman, teknik içeriği geliştirdi ve sağladı. Alınan ilk 25 öğrenci arasından iki başarılı mezun Almanya'da lisansüstü eğitim almaları için seçildi. Bu öğrencilerin 2000 yılında geri dönmelerini izleyen süreçte sorumluluk tedricen danışmanlardan mezunlara devredildi. 2000 yılında program Latin Amerika'nın her yerinden en fazla 25 öğrenci kabul ederek genişledi, 2002 yılında WHO'dan gelen ek yardım sayesinde en az beş yıllık deneyimi olan protezci ve ortodistler için uzaktan eğitim programı kuruldu. İspanyolca, Portekizce, İngilizce ve Fransızca dillerinde verilebilen uzaktan eğitim programı, artık Andola ile Bosna-Hersek'te de verilmektedir. 2006 yılında, beş yıllık bir protezcilik ve ortotik diploma programı (ISPO/WHO Kategori I) başlatıldı.
- **İşe alımları garanti etmek.** Protezcilik ve ortotik uzmanları ve mühendisleri El Salvador'da genel sağlık sistemine dahil edildi ve diğer ülkelere benzer programlar kurulabilmesi için destek sağlandı.
- **Uygun teknolojileri seçmek.** Uygun teknolojilerin belirlenmesi ve geliştirilmesi, hizmetin sürdürülebilir olmasını sağladı.

Kutu 4.6. Brezilya- São Paulo Hastanesi'ndeki sadeleştirilmiş rehabilitasyon programları

São Paulo, yaralanma sonucu oluşan engellilik vakalarında büyük bir artışa şahit oldu. 162 yataklı bir kamu sevk hastanesi olan São Paulo Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Hastane'sindeki Ortopedi ve Travmatoloji Enstitüsü en ciddi travmatik yaralanma vakalarını kabul etmektedir. Her ay kabul edilen 1400 acil hasta arasından omurilik yaralanması, yaşlılarda görülen kalça kırığı, bacak-kol organları kesilmesi ve birden çok yerden yaralanma gibi nedenlerle oluşan ciddi sakatlıkları olan hastalardan yaklaşık 50'si uzun dönemli geniş rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyaç duyar. 1980'lerde ve 1990'larda yaralanma nedeniyle engelli olan hastalar, bir rehabilitasyon merkezinde kendilerine yer bulana kadar bir yıl veya daha uzun bir süre beklemek durumundaydı. Bu gecikme kontraktür, bası yaraları ve enfeksiyon gibi ikinci seviye komplikasyonların sayısını arttırdı ve bu komplikasyonlar sonucu rehabilitasyon hizmetlerinin etkisinde azalma gözlemlendi.

Bu duruma çare olarak, hastanedeki Enstitü öncelikle omurilik yaralanmaları olan insanlar için Sadeleştirilmiş Rehabilitasyon Programı oluşturdu ve bu program daha sonra kalça kırıkları olan yaşlıları ve şiddetli iskelet kası yaralanmalarına maruz kalmış kişileri de kapsayacak şekilde genişletildi. Program, eklem deformasyonları ve bası yaralarını önlemeyi, hareket kabiliyetini ve tekerlekli sandalye kullanımını artırmayı, mesane ve bağırsak sorunlarının üstesinden gelmeyi, ağrıları kontrol altına almayı, kendi kendine bakım yoluyla kişisel bağımsızlığı geliştirmeyi ve bakıcıları eğitmeyi (özellikle boyundan aşağısı felçliler ve yaşlı hastalar için) amaçlamaktadır.

Rehabilitasyon ekibi yardımcı aletler ve evde yapılacak küçük değişiklikler hakkında tavsiyelerde de bulunmaktadır. Hastaların ve bakıcıların oryantasyonu için çalışan bu ekip fizik tedavi uzmanı, psikoterapist ve rehabilitasyon hemşiresinden oluşmaktadır. Ek olarak, boyundan altı felç olan hastalar gibi birden çok ve karmaşık sakatlıkları olan insanlar için rehabilitasyona bir fizyolojist, sosyal yardımcı ve uzman terapist de dahil edilebilir. Bu ekibin hastane içerisinde özel bir birimi yoktur, ekip hastalara ilgili servislerde bakım sağlamaktadır.

Program öncelikli olarak eğitimi hedeflemektedir ve özel ekipman gerektirmez. Program genellikle, yaralanma ertesinde hastanın klinik olarak dengeli hale geldiği ikinci veya üçüncü haftalarda başlar ve hastaların çoğunun hastanede kalma süresi olan iki ay boyunca devam eder. Hastalar, hastaneden ayrıldıktan 30-60 gün sonra ilk kontrolleri için geri dönerler ve gerekli görülmesi durumunda belirli aralıklarla hastaneye gelmeye devam ederler. Bu ziyaretlerde genel tıbbi bakım, komplikasyonların engellenmesi ve işlevselliği azami düzeye çekmek için temel rehabilitasyon tedavisine odaklanılır. Aşağıdaki tabloda gösterildiği üzere, ikinci derece komplikasyonların önlenmesinde Program önemli başarılarla imza atmıştır.

Travmatik omurilik yaralanmaları olan hastaların komplikasyonları: 1981-1991 ve 1999-2008 arasında karşılaştırmalı veriler

Komplikasyonlar	1981-1991 (n= 186)	1999-2008 (n= 424)	Orandaki azalış
Üriner enfeksiyon	% 85	% 57	28
Bası yarası	% 65	% 42	23
Ağrı ^a	% 86	% 63	23
Spastisite	% 30	% 10	20
Eklem şekli bozukluğu	% 31	% 8	23

^a Ağrıdan kasıt, işlevsel iyileşmeye engel olan kronik ağrıdır.

Not: İki dönemdeki hastalar ortalama yaş (sırasıyla 29 ve 35) ve cinsiyet (% 70 ve % 84 erkek) bakımından makul derecede karşılaştırılabilirlik arz eder. İki dönem arasında hastalığın nedenleri farklılaşmıştır, öyle ki önceki grupta yer alan hastalardan %54'ü ateşli silah yaralarına sahipken bu oran sonraki grupta %19'dur. Yaralanma seviyesi bakımından birinci grubun %65'i belden aşağı felç ve %35'i boyundan aşağı felçli durumdayken; ikinci grupta bu oranlar sırasıyla %59 ve %41'di. Kaynaklar (13 ve 14).

Bu örnek bize, sınırlı kaynaklara sahip ve çok sayıda yaralanmanın yaşandığı gelişmekte olan ülkelerde ikincil sorunları azaltmak için temel rehabilitasyon stratejilerinden faydalanılabileceğini göstermektedir. Bunun koşulları şunlardır:

- hangi hastaların engelliliğe yol açacak yaralanması olduğunu fark edebilecek ve rehabilitasyon ekibini mümkün olan en erken aşamada bu hastaların bakımına dahil edebilecek akut bakım doktorları;
- genel hastanelerde küçük ve iyi eğitim görmüş ekiplerin bulunması;
- travma tedavisinin akut safhasından hemen sonra sağlık gelişimi ve komplikasyonların önlenmesine yönelik temel rehabilitasyon tedavisi;
- temel ekipman ve teçhizatın sağlanması.

Kaynak (15)

Kutu 4.7. Gujarat, Hindistan'da deprem mağdurlarına sunulan fiziksel yardım ve rehabilitasyon hizmetlerinin iyileştirilmesi

26 Ocak 2001'de, Hindistan'ın Gujarat eyaletinde Richter ölçeğine göre 6.9 olarak ölçülen bir deprem meydana geldi. Gujarat'ın Kutchch bölgesinde tahmini olarak 18.000 insan yaşamını yitirdi ve 130.000 kişi yaralandı. Deprem, halihazırda parçalanmış durumda olan sağlık sistemi üzerine ağır bir yük bindirdi. Bu durum karşısında geliştirilen tepki şunu ortaya koymaktadır: genel sağlık hizmetleri ve engellilere sunulan özel rehabilitasyon hizmetleri, düşük gelirli bölgelerde ve felaket sonrası dönemlerde bile ciddi olarak güçlendirilebilir, hem de bütçeye uygun ve sürdürülebilir bir şekilde.

Felaketin hemen ardından, Gujarat eyaleti hükümeti, Handicap International (uluslararası bir sivil toplum kuruluşu) ve Blind People's Association (yerel bir engelli STK'sı) arasında mevcut hizmetlere yönelik kapasite inşası için ortaklık kuruldu.

Üçüncül seviye

- Proje, Kutchch'da bulunan Sivil Paraplejik Hastanesi'ndeki (*Civil Paraplegic Hospital*) fizyoterapi ekipman ve altyapısını ve tesis-bazlı rehabilitasyonun diğer olanaklarını geliştirdi.
- Sosyal bakım çalışanlarını eğiterek, Sivil Paraplejik Hastane Merkezi'ne kabul edilen engelli insanları taburcu etme planını geliştirdi.
- Depremden önce sevk sistemi mevcut değildi. Engellilerin Sivil Paraplejik Hastanesi'nden, 39 tane engellilik ve kalkınma örgütünün oluşturduğu, topluma dayalı rehabilitasyon hizmetleri sunan yeni bir topluluk ağına sevk edilme oranlarını arttırdı.

Bölgesel, ikincil seviye

- Proje, Görme Engelliler Derneği'ne (*Blind People's Association*) ikinci basamak rehabilitasyon merkezi kurması için teknik yardım sağlayarak rehabilitasyon hizmeti sunumunu arttırdı. Bu merkez yeni Kutchch Bölgesi Hastanesi yanında, protezcilik ve ortotik ve fizikal terapi (görme kusurlu sekiz fizyoterapist tarafından) hizmeti sağlamakta. Yaklaşık 3000 kişi ortopedik aletler edildi, ek olarak 598 kişi Hükümet yardım programı ile ücretsiz yardımcı alet edildi ve 208 kişinin evi fizyoterapistler tarafından aletlerle donatıldı. Depremden sonra altı ay boyunca sevk merkezi yardımcı merkezleri destekledi.
- Sevk, tedavi ve tedavi sonrası kontrol mekanizmalarıyla sağlık hizmeti sunan farklı hükümet birimleri arasındaki koordinasyon ile bu birimler ve sivil toplum kuruluşları arasındaki koordinasyon geliştirildi. Bu şekilde hizmete erişim ve hizmetin sürekliliği güvence altına alındı. Birinci basamak tedavi merkezleri tarafından, bireysel vaka kayıt sistemi ve Kutchch içinde ve civarında yer alan tüm rehabilitasyon tesislerini idare eden bir yönetim birimi oluşturuldu ve işletildi.

Topluluk düzeyi

- 275 sağlık hizmeti çalışanına, engelli insanları belirlemek, uygun müdahalelerde bulunmak ve sevklerini sağlamak için eğitim verilerek proje birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirdi. Eğitimden sekiz ay sonra gerçekleştirilen bir değerlendirme, bilgi dağarcığının yüksek oranda korunduğunu, çalışanların çoğunun 10 aydan küçük engelli çocukları tespit edebildiklerini ortaya koydu.
- Proje, bir toplum sağlık merkezinde fizyoterapi programı kurarak merkezde sağlanan sağlık hizmetlerini geliştirdi.
- Proje, 128 köyden 84'ünde topluluk kalkınması için çalışan 24 görevliye, engelli insanları belirleyebilmeleri, temel sağlık hizmetlerini verebilmeleri ve sevklerini yapabilmeleri amacıyla özel eğitim vererek engelli insanların kalkınma girişimlerinin kapsamına dahil olmasını sağladı.
- Proje, hem hastaneye hem de topluma dayalı rehabilitasyon hizmetlerine erişebilen omurilik felçli hastaların oranını arttırdı.
- Proje, yerel dilde sekiz adet yeni bilinçlendirme materyali yayınlamaya çalışarak engelliliğin önlenmesi ve idaresi hakkında toplum, aile üyeleri, engelli insanlar ve uzmanlar arasında farkındalığı arttırdı.

2001-2002 yıllarında gerçekleştirilen ilk faaliyetler omurilik yaralanması geçirmiş insanlara odaklandı ve bu sayede hastaneden tahliye edildikten sonraki beş yıl içerisinde yaşamını yitiren hastaların oranı %60'tan %4'e düşürüldü. Bu başarının ardından, proje hem coğrafi olarak genişletildi, hem de tüm engellilik türlerini kapsam altına aldı. Gujarat eyaletinin tümü şimdi proje kapsamındadır ve engellilikle ilgili faaliyetler bu eyaletin kamusal sağlık sisteminin her aşamasına dahil edilmiştir.

Kaynak: *Handicap International, iç raporlar.*

Kutu 5.1. İsveç'te karar alma süreçlerini desteklemek için kişisel ombudsman

Engellilerin Haklarına İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'nin (CRPD) 12. maddesi insanların engelliliklerinden ötürü hukuki haklarını kullanma kapasitelerini kaybetmemelerini güvence altına alır. Bu kapasitenin kullanılması destek gerektirebilir ve destek verilen kişinin destekçi tarafından suistimal edilmesini engellemek için bir takım tedbirlere ihtiyaç vardır. CRPD, insanların hukuki kapasitelerini kullanmak için ihtiyaç duydukları desteği almaları için hükümetlerin uygun ve etkili önlemler almalarını zorunlu kılar.

Destekli karar alma birçok şekilde olabilir. Engelli insanların; kendilerini tanıyan, seçimlerini ve isteklerini anlayabilen ve yorumlayabilen, bu seçimleri ve istekleri diğer kişilere aktarabilen bir savunucuya ya da destekçiye sahip olması anlamına gelir. Destek ağıları, kişisel "ombudsman", toplum hizmetleri, akran desteği, kişisel asistanlar ve geliştirilmiş planlama, desteklenmiş karar alma biçimlerinden bazılarıdır (16).

Bu ihtiyaçları karşılamak her zaman dosdoğru olmaz. Kurumlarda kalan insanlar bu destekten yoksun kalabilirler. İlgili destekçi kişi ya da yapılar halihazırda bulunmayabilir. Bir birey güvenilir insan belirleme yetisine sahip olmayabilir. Ciddi bir çabaya ve finansal yatırıma ihtiyaç duyulabilir. Bununla birlikte, var olan vekalet yoluyla karar alma veya velayet modelleri de maliyetli ve karmaşıktır. Bundan dolayı desteklenmiş karar alma biçimi, ek bir maliyet olarak değil de var olan kaynakların yeniden organize edilmesi olarak görülmelidir (17). Karar alma süreçlerinin desteklenmesi örnekleri Kanada ve İsveç'te bulunabilir. İsveç'in en güneyinde yer alan Skåne şehrinde Kişisel Ombudsman (*Personal Ombudsman*) programı psiko-sosyal engellilikleri olan insanları destekler, yasal haklarını savunmalarına ve yaşamları hakkında önemli kararları almalarına yardımcı olur (18).

PO - Skåne, hukuk veya sosyal hizmet gibi alanlarda uzmanlık derecesi olan, psiko-sosyal engellilere sahip insanlarla etkileşim içerisinde olma konusunda yeteneği ve bu konuya ilgisi bulunan kişileri istihdam eder. Bu insanlar belirli bir ofiste çalışmazlar, destek sağladıkları insanlar her neredeyse onların yanına giderler. Hizmetin başlaması için gerekli olan tek şey gizli tutulan bir sözel anlaşmadır. Bu şekilde, daha önce yardımcı olacağını iddia eden kişilerin suistimaline uğramış engellilerle bile bir güven ilişkisinin kurulmasının imkanı yaratılmış olur.

PO ilişkisi anlaşma yoluyla bir kez kurulduğunda, PO yalnızca engellinin belirli talepleri olduğu durumlarda, örneğin engellinin devletten kişisel para yardımı almasına yardımcı olmak için harekete geçer. Genellikle, en önemli ihtiyaç hayat hakkında sohbet etmektir. PO'dan, diğer aile üyeleri ile ilişkilerin iyileştirilmesi gibi, uzun süredir var olan sorunların aşılmasına yardımcı olması da talep edilebilir.

PO programı birçok insana yaşamını idare edebilmesi için yardımcı olmuştur. İnsanlar muhtemelen varolan haklarından istifade etmek ve bu yüzden hizmetleri tam kapasiteyle kullanmak isteyecekleri için, ilk maliyetler yüksek olabilir. Fakat sorunlar birer birer çözülüp, destek ihtiyacı azaldığında maliyetler de düşer.

Kaynaklar (19-21)

Kutu 5.2. Toplum temelli rehabilitasyon yoluyla ilerleme işaretleri

1990'lı yıllarda Uganda hükümeti Doğu Uganda'nın Tororo bölgesinde, çeşitli partnerlerin bilhassa da Norveç Engelliler Derneği'nin (*Norwegian Association of the Disabled*) desteğiyle topluma dayalı rehabilitasyon (CBR) için bir pilot programı gerçekleştirdi. İşitme engelli insanlar programın erken safhalarında kendilerinin rehabilitasyon hizmetlerine dahil edilmediğini fark ettiler. İşitme engelliler, bu duruma ulusal şemsiye organizasyonları Uganda Ulusal İşitme Engelliler Derneği (UNAD) aracılığıyla tepki gösterdiler. CBR çalışanlarının işaret dilini kullanmadığı, dolayısıyla kendileri ile iletişime geçemediğini, hizmetlere, enformasyona ve desteğe erişmeleri için yardım alamadıklarını CBR yöneticileri ve diğer partnerlere bildirdiler.

1970'lerde UNAD tarafından gayri-resmi şekilde geliştirilen Uganda İşaret Dili (USL), 1995 yılında Uganda hükümeti tarafından resmi olarak tanındı ve onaylandı. UNAD, CBR çalışanlarına işaret dilini öğretmek amacıyla 2003 yılında Tororo'da pilot bir proje uyguladı. Esas amaç, duyma engelli insanların toplumla bütünleşmesi ve topluma katılımını sağlamak, fiziksel ve zihinsel potansiyellerini gerçekleştirmelerine olanak tanımaktır. CBR çalışanları, duyma engelliler ve ailelere verilen USL eğitimini, duyma engelli on iki gönüllü verdi. Bu şekilde şimdiye kadar 45'ten fazla CBR çalışanına işaret dili öğretildi. Her ne kadar sadece 10 çalışan akıcı düzeye ulaşabilse de, geriye kalan çalışanlar duyma engellilerle selamlaşmaya ve eğitim, istihdam ve sağlık gibi konular hakkında kilit öneme sahip bilgileri engellilere aktarmaya kafi gelen temel bir USL seviyesine ulaştı.

Her ne kadar proje geniş ölçüde başarılı olsa da, hedef grubun yüksek beklentileri, projenin daha geniş bir alana yayılması için finansmanın yetersiz olması, bazı olumsuz tavırların ısrarla sürmesi, işitme engelli insanlar ve aileleri arasındaki yüksek yoksulluk ve okuma-yazma bilmeme oranları gibi bazı önemli sorunlarla karşılaşıldı. Bu sorunların aşılması için duyarlılık ve farkındalık kampanyaları ve yoğun başış toplama etkinlikleri düzenlenmekte, dahası hükümetle işbirliği yapılarak işitme engelli insanların sorunlarına hükümet programları ve bütçelerinde yer verilmesine çalışılmaktadır.

Projeden faydalanan işitme engellilerden biri olan Okongo Joseph'in hikayesi, CBR programlarının işitme engellileri de kapsamalarını sağlayan böyle bir girişimin insanların hayatlarını nasıl değiştirebileceğini göstermektedir. Merkezden uzak bir bölgede yaşayan Okongo işitme engelli olarak dünyaya geldi, hiç okula gitmedi, fakat şimdi kendisini evinde ziyaret eden UNAD gönüllülerinden işaret dilini öğrenmiş durumda. Okongo aşağıdakileri yazmaktadır:

"Duyma engelli bir insan olarak bana ve aile üyelerime böyle bir gelişim imkanı sağladığınız için UNAD'a en içten teşekkürlerimi sunuyorum. Bu programın başlamasından bu yana birçok şey başardım. Bana, aileme ve CBR'de çalışan yeni arkadaşlarıma öğretmiş olduğunuz işaret dili programı için UNAD'a gerçekten teşekkür ederim. Şimdi, öncesinde olduğu gibi ilkel bir insan değilim. Bana verilen keçi son derece iyi durumda. Sizden daha da fazlasını bekliyorum. Sizlere iyi şanslar dilerim".

Kaynak (22)

Kutu 5.3. Paraguay'da akıl sağlığı sistemi reformu ve insan hakları

2003 yılında Uluslararası Engellilik Hakları (*Disability Rights International- DRI*) Paraguay'da devlet psikiyatri hastanesinde gözetim altında tutulan insanların hayatları için tehdit oluşturan hak ihlallerini belgeledi. Otizm teşhisi konmuş yaşları 17 ve 18 olan iki genç erkek çocuğun küçük hücrelere kapatılması bu ihlallerden sadece biriydi. Bu çocuklar dört yıl boyunca çıplak bir şekilde tualete erişimleri olmadan bu hücrelerde tutulmuşlardı. Bu kurumda bulunan 458 kişi şu acımasız koşullar altında yaşam savaşı vermekteydi:

- açık kanalizasyon, kokuşan çöpler, kırık camlar, koğuşlar ve ortak alanları kaplayan dışkı ve sidik,
- yetersiz çalışan sayısı,
- gerekli tıbbi dikkat ve özenin gösterilmemesi ve tıbbi kayıtların yetersiz tutulması,
- yiyecek ve ilaç eksiklikleri,
- çocukların yetişkinlerle birlikte gözetim altında tutulması,
- rehabilitasyon veya akıl sağlığı hizmetlerinin yetersiz olması.

DRI, Adalet ve Uluslararası Hukuk Merkezi (CEJIL) ile birlikte Amerikan Devletleri Örgütü'nün Amerika-İçi İnsan Hakları Komisyonu'na bir başvuruda bulunup bu kurumda tutulanlar için acil müdahalede bulunulmasını talep etti. Bunun üzerine Komisyon, Paraguay hükümetine akıl hastanesinde tutulan hastaların yaşamlarını, sağlık ve güvenliklerini korumak için tüm gerekli adımların atılması çağrısında bulundu.

Kurumsallaştırma karşıtı anlaşma

2005 yılında, ülkede bir akıl sağlığı reformu başlatmak için DRI ve CEJIL, Paraguay hükümeti ile tarihi bir anlaşmaya imza attı. Akıl sağlığı engelliliği olan insanların toplum içerisinde yaşama ve orada hizmet ve destek alma haklarını güvence altına alan anlaşma, Latin Amerika için bir ilkti. Paraguay, hijyen sorununu çözmeye ve çocukları yetişkinlerden ayrı tutma konusunda da adımlar attı. Uzun süredir hastanede kalan sekiz kişi için toplum içerisinde bir ev açıldı. Hücrelerinde çıplak bir şekilde gözetim altında tutulan çocuklardan birisi ailesi ile birlikte yaşamaya başladı. Fakat insan hakları ihlallerinin arkasındaki zihniyet ve uygun tedavi hizmeti eksikliği hastanenin büyük ölçüde değişmeyen özellikleri olarak kaldı.

Temmuz 2008'de, Komisyon, önceki altı ay içerisinde kurumda gerçekleştiği iddia edilen bir dizi ölüm, cinsel istismar ve ağır yaralanma vakaları hakkında kendisine yapılan yeni bir başvuru için lehte karar verdi. Komisyon, kurumda bulunanların korunması ve ölüm ve hak ihlalleri iddialarının araştırılması konusunda acilen eyleme geçilmesi için hükümete çağrıda bulundu.

İnsan haklarıyla uyumlu reformlar

Sonuç: İlk defa, Pan-Amerikan Sağlık Örgütü'ne (PAHO) üye ülkelerinden birisi resmi olarak bölgesel insan hakları anlaşmaları ve bölgesel insan hakları kuruluşlarının önerileri doğrultusunda kamu sağlık sisteminde reform yapma kararı aldı. Bu anlaşma kısmen PAHO ve WHO'nun Paraguay hükümeti ile oluşturduğu insan hakları ve akıl sağlığı için teknik işbirliğinin bir parçası olarak ortaya çıktı.

2008 yılı aciliyet tedbirlerinden bu yana, CRPD'nin ve opsiyonel protokolün onaylanmasını izleyen süreçte Paraguay hükümeti akıl sağlığı reformuna yönelik olumlu adımlar atmış durumda. 2003 yılından bu yana hastanedeki hasta sayısı neredeyse yarı yarıya azaldı ve toplum temelli hizmet ve destek sistemi hükümet tarafından genişletilmekte. Bugün, hastanede uzun süre yatmış olan hastalardan 28'i toplum içerisindeki grup evlerinde bağımsız yaşamakta ve işgücüne katılmış durumdadır. Aynı şekilde "kronik hastalardan" birkaçı da işgücüne dahil olmuş ve bağımsız yaşamaktadır. Önümüzdeki iki yıl içinde dokuz yeni grup evinin açılması planlanmaktadır.

Kaynak (23)

Kutu 6.3. Malezya'nın engellerden arındırılmış binaları

Engelli insanların engelli olmayanların sahip olduğu hak ve fırsatların aynısına sahip olmasını güvence altına almak için Malezya yasalarında son yıllarda önemli değişiklikler yapıldı. 1990 ve 2003 yılları arasında Malezya, erişilebilirlik ve mobilite uygulamaları hakkında standartlar getirdi ve yeni düzenlemeler yaptı. 2008 yılında Engelliler Yasası kabul edildi. CRPD ile uyumlu olan bu yasa, engellilerin sadece kamu tesisleri, barınma, ulaşım ve ICT gibi alanlara değil, eğitim ve istihdam, kültürel yaşam ve spor gibi alanlara da erişim haklarını desteklemektedir.

Engelli insanların ihtiyaçları hakkında toplumun farkındalığının artırılması ve genç tasarımcıların daha yenilikçi ve kapsayıcı tasarımlar yaratması için desteklenmesi hükümetin öncelikleri arasındadır. Yerel yetkililer ülkedeki mimarların ve müteahhitlerin inşaat planlarının onaylanması için Malezya Standart Uygulama Esaslarına bağlı kalınmasını şart koştu. Herhangi bir binanın inşa edilmesinden sonra, "erişim denetimi" yapılmakta ve engelli insanlar için binanın kullanılabilirliği değerlendirilmektedir. Bu denetimin amaçları şunlardır:

- engelsiz çevre uygulamalarına dair planlamacılar ve mimarlar arasındaki farkındalığı arttırmak,
- hem yeni binalarda hem de eskilerin tadilatında, evrensel tasarım anlayışının kullanılmasını ve engellilere ilişkin standart esaslara bağlı kalınmasını sağlamak,
- var olan kamu binalarına erişim seviyesini değerlendirmek ve iyileştirme önerilerinde bulunmak.

Üniversite mimarlık fakülteleri, öğrencilere ve çalışan profesyonellere yönelik eğitim ve araştırma faaliyetlerinin odağı haline getirilebilir. Malezya Uluslararası İslam Üniversitesi, Mimarlık Lisans programına 'engelsiz mimari' dersini seçmeli ders olarak ekledi. Ek olarak, üniversitenin Mimarlık ve Kentsel Tasarım Külliye Okuluna bağlı olarak yeni kurulan Kaed Evrensel Tasarım Birimi aşağıdakileri amaçlamaktadır:

- çocuklar, engelli insanlar ve yaşlı insanların yaşadığı tasarım sorunları hakkında farkındalık yaratmak,
- araştırmalar yapmak ve yeni teknolojiler geliştirmek,
- bilgiyi yaygınlaştırmak,
- tasarım yönetmelikleri hakkında uzmanları ve halkı eğitmek.

Kutu 6.4. Hindistan'da herkes için erişilebilir bir çevre yaratmak

Hindistan, 1995 yılında kabul ettiği Engelli İnsanlar Yasası ve binalara erişilebilirlik yönetmelikleriyle erişilebilirlik meselesine yaklaşımını ortaya koymuştu. Yerel bir kalkınma örgütü olan Kalkınma Eğitimi için UNNATTI Organizasyonu tarafından Gujarat'ın dört bölgesinde gerçekleştirilen araştırma, engelli insanların haklarını genel olarak kabul görür hale getirmek için fiziksel mekanların erişilebilirliği konusunun kilit öneme sahip olduğunu belirledi. Erişilebilirlik hakkında bölgede farkındalık oluşturmayı, yerel uygulama kapasitesini artırmayı ve engelli haklarını savunmak için stratejik işbirlikleri kurmayı hedefleyen bir proje hayata geçirildi. Bu projede sayesinde:

- mimarları, müteahhitleri, tasarımcıları, mühendisleri, engelli insanları ve kalkınma ve rehabilitasyon uzmanlarını bir araya getiren bir enformal "erişim kaynak grubu" kuruldu;
- erişimi artırmak adına neler yapılabileceğine dikkat çekmek için halka açık etkinlikler düzenlendi ve bu etkinliklerde "erişim herkes için faydalıdır" mesajı vurgulandı. Kullanıcı grupları hakları için kolektif olarak ne kadar harekete geçebildiyse, kampanyalar o kadar etkili oldu.
- medya eğitimleri gerçekleştirildi;
- erişilebilirlik üzerine atölyeler düzenlendi, bu atölyelerde engellilik ve erişime ilişkin ulusal politikalar da incelendi;
- eğitici materyaller üretildi.

Erişim grubu öncelikle, daha iyi erişilebilirliğe ihtiyaç duyulduğuna dair farkındalığı artırmak için kamu kurumları ve özel kurumlarla bağlantıya geçti. İki yıl içerisinde, bina denetimleri yapmaları için başvuru alır duruma geldiler. Erişim grubu üyeleri bu denetlemelerde, teknik önerileri formüle etmek için engelli insanlarla beraber çalıştı.

2003-2008 arasında gerçekleştirilen 28 denetlemenin yapıldığı yerler arasında parklar, devlet ofisleri, akademik kurumlar, bankalar, ulaşım hizmetleri, kalkınma kuruluşları ve halka açık etkinlikler vardı. Mekanların neredeyse yarısında değişiklikler yapıldı. Bu değişiklikler şunlardı:

- erişilebilir park alanları, rampalar ve asansörlerin yapılması
- erişilebilir tuvaletlerin kurulması
- tezgah ve bankoların yüksekliklerinin ayarlanması
- dokunmatik haritalar sağlanması ve yön işaretlerinin geliştirilmesi.

Eyalet başkenti Ahmedabad'da devlet görevlilerine hizmet veren İdari Eyalet Eğitim Enstitüsü, hükümet desteği sayesinde erişilebilir binalar için örnek bir model haline geldi. Modifikasyon programlarının ardından yapılacak düzenli kontroller, belirli standartlara uyulmasını sağlamak için gerekiyordu. Kullanıcılar ve mekan yöneticileri konuya gereken önemi verdikleri zaman, erişim özelliklerinin muhafazası en iyi şekilde başarıldı.

Bu proje, mimar ve müteahhitlere 1995 Engelli İnsanlar Yasası ve yerel erişim yönetmeliklerindeki erişim hükümlerine nasıl uyacaklarını göstermiş oldu. Bugün Ahmedabad'da bir tasarım enstitüsü, evrensel tasarım üzerine seçmeli bir ders vermektedir. Engelli insanlar daha fazla itibar, rahatlık, güvenlik ve bağımsızlığın faydalarını gördü. Öte yandan yeniliklere uyum sağlayamama yeni engellerin ortaya çıkmasına sebep oldu. Görme engelliler için erişilebilirlik bir sorun teşkil etmeye devam etmektedir, çünkü erişilebilir kullanıcı dostu formatlara ilişkin bilginin sınırlı olmasından ötürü yön işaretleri standartlarına genellikle uyulmamaktadır.

Kaynak (24)

Kutu 6.5. Brezilya’da entegre toplu taşıma

1970’lerde Brezilya’da Curitiba şehrinde, birbirleriyle koordinasyonu zayıf özel otobüs hatlarından oluşan halihazırdaki sistemi kaldırarak, özel olarak tasarlanmış modern bir ulaşım sistemine geçildi. Özel ulaşımın çok az ihtiyaç duyulmasını sağlayacak derecede etkili bir toplu taşıma sisteminin kurulması hedeflenmişti. Sistem engelli insanlar için tam erişilebilirlik sağlayacak ve ayrıca evrensel tasarımın uygulanmasından herkes faydalanacaktı. Yeni sistem şunları kapsıyordu:

- özel geçiş hakkına sahip rotalarla şehir merkezine giren ekspres otobüs hatları;
- büyük terminaller ile birbirine bağlanan geleneksel yerel otobüs rotaları;
- şehrin çevresinde dolaşan “bağlayıcı” rahat otobüsleri;
- ihtiyaç duyanlar için kapıdan terminale götüren “parataksi” minibüsleri,

Bütün terminaller, duraklar ve araçlar erişilebilir şekilde tasarlandı. Farklı ulaşım araçlarının kesiştiği terminalerde, yerel otobüsler yolcuları ekspres otobüs sistemi duraklarına taşımaktadır. Bu araçlar -iki veya üç üniteli körüklü otobüsler- büyük “otobüs-trenler”dir ve her biri 250-300 insan taşıyabilir. Bu otobüs-trenler platform boşluğu üzerine kapanan mekanize köprülerle yüksek platformlara doğrudan yükleme ve boşaltma yapar. Bütün ekspres otobüs terminallerinde rampalar veya asansörler mevcuttur.

“Parataksi” minibüslerini özel kişiler işletmektedir. Bu araçlar başlangıçta sadece engellilere hizmet vermek, onları evlerinden istasyonlara taşımak için tasarlandı. Ancak bu haliyle minibüsleri ekonomik olarak verimli kılmaya yetecek bir talep oluşmadı ve minibüsler tüm yolcular tarafından kullanılabilir hale getirildi.

Curitiba sistemi evrensel tasarımın iyi bir örneğidir. Bu sistem, yüksek seviyede erişime sahiptir ve entegre edilmiş yerel rotalar, rahat rotaları ve ekspres rotalar rahat ve kesintisiz bir ulaşım sağlar. Farklı hatlardaki araçlar farklı renklerle kodlanmıştır ve bu durum okuma bilmeyen insanlar için ayrıştırmayı kolaylaştırmaktadır. Her ne kadar günümüzde başka şehirlerde daha yeni ve hızlı ulaşım sistemleri bulunsada, Curitiba’da dersler çıkarılabilir.

- Erişilebilirlik eğer başından itibaren kapsamlı bir planın bütünsel bir ögesi haline getirilirse, gelişmekte olan ülkelerde bile görece kolay bir şekilde ulaşım sistemi boyunca sağlanabilir.
- Hareketli platform, yolcuların hızlı ve uygun bir şekilde hareket etmelerine olanak tanır ve tam manasıyla erişilebilirlik sağlar.
- İstasyonların “tüp” biçiminde inşa edilmiş olmalarından ötürü, ekspres otobüslerin kavisli istasyon duvarlarına çarpıpması için platformun kenarından belirli bir mesafede durması gerekir. Curitiba’da üzerinde durulan nokta, hareket kabiliyeti yitimi olan insanların araçlara binmesi ve araçlardan inmesinin kolaylaştırılmasıydı. Belirli özellikler diğer engelli insanların sistem içerisinde yollarını bulmalarına yardımcı olsa da, duyuşsal ve bilişsel yeti yitimi olan insanlara daha fazla ilgi gösterilmesi gereklidir.

Kutu 7.2. Birleşik Devletler’de okuldan işe geçiş

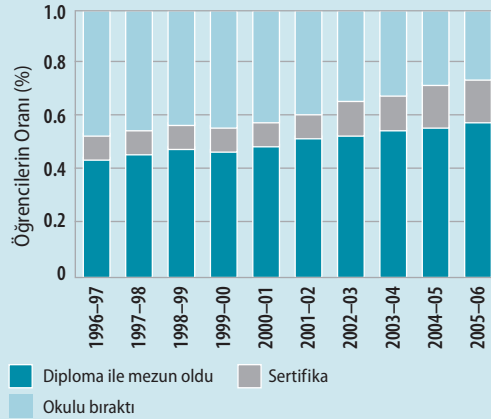
Birleşik Devletler’de engelli olduğu belgelenmiş bütün ortaöğretim öğrencileri Mesleki Rehabilitasyon Yasası’nın (*Vocational Rehabilitation Act*) 504. bölümünün ve Amerikan Engelliler Yasası’nın (**American Disabilities Act**) koruması altındadır. Engelli öğrencilerin bir alt grubu, Engelli Bireyler Eğitim Yasası (*Individuals with Disabilities Education Act –IDEA*) B Bölümünde belirtilen niteliklere sahiptir. Engellilik durumu öğrenme yetilerini kötü şekilde etkilemeyen, yani engelsiz akranlarının ulaştığı kaynaklara ve öğrenime erişim sahibi olmalarına olanak tanıyacak basit düzenlemelerle okul yaşamını devam ettirebilecek öğrenciler, birinci kategoridedir. IDEA’nın B Bölümü kapsamına giren öğrenciler ise, “ücretsiz ve uygun kamu eğitimi” haklarını, bireyselleştirilmiş bir eğitim planı aracılığıyla kullanırlar. Bu vaka incelemesi bu tür planlarla eğitim alan öğrencileri konu almaktadır.

Uzun Erimli Ulusal Dönüşüm Çalışması 2 (NLTS2), IDEA kapsamına giren engelli öğrenciler hakkında veri toplamıştır. NLTS2, 2000 yılında özel eğitim almakta olan 13-16 yaş arasındaki 11.272 öğrenciden oluşan bir örnekleme sahip ulusal temsiliyeti olan bir araştırmanın ardından başlatıldı. Bu örneklem içerisindeki öğrencilerin %35’i, yıllık geliri 25.000 USD veya daha altında olan dargelirli hanelerde yaşamaktaydı. Dahası, bu öğrencilerin %25’i tek ebeveynli evlerde yaşıyordu. Örneklem içerisindeki bütün öğrencilerin %93.3’ü 2000 yılı itibarıyla düzenli olarak ortaöğretim okullarına devam etmekte, %2.6’sı özel okullara gitmekte ve geri kalanı alternatif, mesleki veya diğer türden okullara devam etmekteydi.

Mezuniyet oranları

Aşağıdaki şekil 14-21 yaş aralığındaki öğrencilerden, 10 yıllık süre içerisinde liseyi bitirenlerin oranını ve okulu bırakanların oranını göstermektedir.

14-21 yaş aralığında çıkış yapan engelli öğrencilerde mezun olan, sertifika alan veya okulu bırakanların oranları, 1996-2005



Kaynak (25).

Eğitimin çıktıları

NLTS2’ye göre, engelli gençlerin %85’i okuldan ayrıldıktan sonraki dört yıl içerisinde istihdama, ortaöğretim sonrası eğitime veya mesleki eğitime dahil oldu. Ortaöğretim sonrası herhangi bir türde eğitim kurumuna kayıt yaptıranlar genel nüfus içinde %53 oranındayken, örneklem içerisindeki öğrenciler için bu oran %45’tir. Ortaöğretim sonrası eğitime devam edenlerin %6’sı işletme okullarına, mesleki veya teknik okullara, %13’ü iki yıllık yüksekokullara ve %8’i dört yıllık üniversitelere kayıt yaptırdı. Genel nüfus içerisinde aynı yaş aralığında kayıt yaptıran oranı iki yıllık yüksekokullar için %12, dört yıllık kurumlar için %29’dur (26).

2005 yılında takip amaçlı yapılan araştırmaya göre 17-21 yaş aralığında bulunan genç engelli insanların yaklaşık olarak %57’si istihdam edilmişken, genel nüfus içerisinde aynı yaş grubunda bulunanlar arasında istihdam oranı %66’dır. Entellektüel yeti kaybı ya da çoklu yeti kaybı bulunan gençler, okula kayıt, çalışma ya da çalışma hazırlığı içerisinde olma oranlarının en düşük olduğu alt gruptur.

Bilişsel, davranışsal, duygusal veya öğrenme kapasitesine ilişkin bir yeti kaybı bulunan gençlerin adli yargıya intikal eden olaylara karışma ihtimali, genel nüfus içerisindeki gençlere kıyasla 4-5 kat daha fazladır.

Entelektüel yeti kaybı bulunanlar, bütün engellilik kategorileri içerisinde bir diploma ile mezun olma olasılığı ve istihdam edilme oranları en düşük olan gruptur. Bu gruptan okulu bırakanların, okul sonrası istihdama veya eğitime dahil olma oranları ise sıfıra yakındır. Öte yandan tutuklanma oranları, liseyi bitiren engelli öğrencilere kıyasla 10 kat daha fazladır.

Görsel veya işitsel yeti kaybı bulunan öğrencilerin %90'ından fazlası normal bir diploma sahibi olmuştur. Bu grubun ortaöğretim sonrası eğitim türlerinden birine kayıt yaptıрма oranı diğer engelli öğrencilere göre iki kat daha fazladır.

Duygusal bozukluklar yaşayanlar başta olmak üzere, bazı öğrencilerin eğitim başarıları rahatsız edici derecede düşüktür. Eğitim ve işe geçiş süreçlerinde öğrencilerin farklı ihtiyaçlarına daha iyi şekilde cevap verebilecek müfredat biçimleri, pedagojiler ve değerlendirme yöntemleri bulmak için araştırma yapılmalıdır.

Kutu 7.3. Vietnam'da kapsayıcılık mümkündür - fakat daha fazlası yapılabilir

Vietnam 1990'lı yılların başında, engelli öğrencilerin eğitime dahil olmalarını geliştirme amacıyla önemli bir reform programı başlattı. Özel Eğitim Merkezi (*Centre for Special Education*) bir uluslararası sivil toplum örgütü ile birlikte çalışarak biri kırsal diğeri kentsel olmak üzere iki pilot proje başlattı. Her iki projede de, topluluk içerisinde farkındalığı artırma faaliyetleri yapan ve resmi okul listelerinde eksik olan çocukları ev ev arayan yerel komiteler bulunmaktaydı. Pilot projeler farklı sakatlıkları olan dışlanmış 1078 çocuk tespit etti.

Proje kapsamında yöneticilere, öğretmenlere ve ebeveynlere aşağıdaki konular hakkında eğitim verildi:

- kapsayıcı eğitimin faydaları,
- özel eğitim hizmetleri,
- bireylere özel eğitim programları,
- evlerde ve umuma açık mekanlarda modifikasyonlar gerçekleştirilmesi,
- değerlendirme yapılması,
- aile hizmetleri.

Ek olarak, görme engelli çocuklara hareket kabiliyeti eğitimleri verilmesi ve serebral palsili çocukların hareket kabiliyetlerini arttıran egzersizlerin ebeveynlere öğretilmesi gibi alanlarda teknik yardım sağlandı.

Dört yıl sonra yapılan bir değerlendirme 1078 engelli çocuk arasından 1000 çocuğun başarılı bir şekilde yerel okullardaki genel eğitim sınıflarına dahil edildiği bulgusuna ulaştı. Bu hem öğretmenler hem de ebeveynler tarafından memnuniyetle karşılanan bir gelişmeydi. Bu başarının ardından uluslararası bağışçıların desteği ile benzer programlar, farklı üç şehirde uygulamaya kondu. Üç yıl içerisinde engelli çocukların normal sınıflara devam oranları %30'dan %86'ya yükseldi, nihai olarak 4000 yeni öğrenci mahallelerindeki okullara kayıt yaptırdı.

Takip amaçlı yapılan değerlendirmelerde öğretmenlerin, engelli öğrencileri kapsama konusunda eskiye göre daha istekli hale geldikleri; kapsayıcı uygulamalar konusunda daha donanımlı ve daha bilgili oldukları gözlemlendi. Daha önemlisi, çocuklar kendi topluluklarıyla daha fazla bütünleşti. Bu kapsayıcı ortamda verilen eğitim programının engelli bir öğrenci için ortalama maliyeti yıllık 58 ABD dolarıyken, engelsiz öğrencinin ortalama maliyeti 20 dolar, ayrılaştırılmış ortamda verilen engelli eğitiminin kişi başı yıllık maliyeti ise 400 dolardır. İşitme cihazları, tekerlekli sandalyeler ve Braille yazıcıları gibi birçok engelli öğrencinin ihtiyaç duyduğu, ancak birçok aile için satın alınması imkansız özel donanımlar bu toplama dahil değildir.

İlerlemeye rağmen, Vietnam'daki anaokulları ve ilköğretim okullarından sadece %2'si kapsayıcıdır ve engelli çocukların %95'inin hala okula erişimi yoktur (27). Fakat pilot projelerin başarısı, engelliliğe dair tutumların ve politikaların değişmesine yardımcı oldu ve engelli çocukların eğitime dahil edilmesi için daha fazla gayret gösterilmesini sağladı. Eğitim ve Öğretim Bakanlığı normal sınıflarda eğitim gören engelli çocukların yüzdesini artırma hedefini benimsedi. Kapsayıcı eğitimi destekleyen yeni yasalar ve politikalar uygulamaya kondu.

Kutu 7.4. Etiyopya'da öğretmenlerin eğitimi

Etiyopya'da 1990'lardan bu yana öğretmenler özel eğitim ihtiyaçları için eğitilmektedir. Bu konu uluslararası yardımlarda da önceliklidir. 1990'ların başlarına kadar özel eğitim ihtiyaçları için öğretmen eğitimi, asıl olarak sivil toplum kuruluşları tarafından desteklenen kısa çalıştaylar yoluyla gerçekleştirilmekteydi. Bu yaklaşım eğitim ve öğrenim süreçlerinde kalıcı etkiler bırakmadığı gibi, kamunun özel eğitim personeli yetiştirme konusunda yeterli hale gelmesini de sağlamadı.

Finlandiya hükümetinin desteği ile, 1992'den itibaren bir öğretmen yetiştirme enstitüsünde altı aylık kurs başlatıldı (28). Bu uygulama mevcut özel okulları destekleme, daha fazla özel sınıf açma ve gezici öğretmenlerin desteği ile kaynaştırma sınıflarında öğrenim gören engellilerin sayısını arttırma atılımının bir parçasıydı. 50 kişi Finlandiya üniversitelerinde eğitim aldı. Bu eğitimlerin 44'ü, doğrudan eğitimin %10'u maliyetindeki uzaktan eğitim aracılığıyla yapıldı.

Addis Ababa Üniversitesi'nde destek amaçlı kısa süreli dersler açıldı ve Sebete Görme Engelliler Okulu'nun bir bölümü olarak Sebete Öğretmen Eğitim Enstitüsü ismiyle özel bir merkez kuruldu. 1994 ve 1998 yılları arasında 155 kişi özel eğitim öğretmeni olarak mezun oldu ve binlerce başka öğretmen hizmet içi eğitim gördü. Fakat bu kurumlar kapsayıcı eğitime yönelik tüm talepleri karşılayabilecek sayıda öğretmen yetiştirememektedir (29).

Günümüzde Etiyopya'daki diğer sıradan yükseköğretim ve üniversiteler özel ihtiyaçlar eğitimi derslerini seçmeli olarak vermekte ve Sebete, vasıflı öğretmenler için 10 aylık özel bir kurs vermeye devam etmektedir. Sebete'nin eğitim programı sayesinde özel sınıfların ve okula giden engelli çocukların sayısında artış yaşanmıştır. Ancak Eğitim Bakanlığı verileri kullanıldığında, yaklaşık 15 milyonluk ilköğretim okulu nüfusu içerisinde eğitime erişimi olan engelli olduğu tespit edilmiş çocuk sayısı sadece 6000 olarak tahmin edilmektedir (30).

Kutu 7.5. Fiji'de engelli çocuklar için spor

Mart 2005'ten bu yana, Fiji'deki 17 özel eğitim merkezinde engelli çocuklara kapsayıcı spor faaliyetleri sağlamak için Fiji Paralimpik Komitesi (*Fiji Paralympic Committee -FPC*) ve Avusturya Spor Komisyonu (*Australian Sports Commission*) birlikte çalışmaktadır. Bu faaliyetler, toplumsal kalkınmaya katkı sağlayan, kapsayıcı ve yüksek kalitede spor programları düzenleyen kişilere ve kuruluşlara yardım etmeyi amaçlayan Avusturya Spor Yardım Programı'nın (*Australian Sports Outreach Program*) bir parçasıdır.

FPC'nin halk programları, Fiji okullarında çocuklara sunulan spor dallarının kalitesini ve çeşitliliğini artırmak için tasarlanmıştır. Bu faaliyetler arasında şunlar yer almaktadır:

- Pasifik Çocuk Sporları - çocuklar için katılm ve beceri geliştirme fırsatları sağlayan oyun temelli program,
- Daha küçük çocuklar için *qito lai lai* ("çocukların oyunu"),
- Golf, masa tenisi, tenis ve okçuluk gibi spor federasyonlarının okullarda ders vermesi için düzenlemeler yapmak,
- Öğrencilerin futbol, voleybol, netbol ve boccia, golbol ve oturarak voleybol gibi popüler paralimpik sporları yapabilmesi için okulları desteklemek,
- Bölgesel ve ulusal spor turnuvaları düzenlemek ve özel eğitim kurumlarındaki engelli öğrencilerin futbol, netbol ve voleybol gibi dallardaki becerilerini diğer okullardaki çocuklara karşı test edebilecekleri festivalleri düzenlemek,
- Engelli atletlerin bütün okulları düzenli olarak ziyaret ettiği atlet temsilci programı aracılığıyla rol model ihtiyacını karşılamak.

Spor, engelli insanların kapsanmasını ve iyi olma hallerini aşağıdaki yollarla geliştirebilir:

- Toplumun engelli insanlar hakkındaki düşüncelerini ve hislerini değiştirebilir ve böylece ayrımcılığı ve damgalanmayı azaltabilir,
- Engelli insanların kendileri hakkındaki düşüncelerini ve hislerini değiştirebilir ve böylece engellileri kendi potansiyellerinin farkına varmaları için güçlendirebilir,
- Sosyal izolasyonu azaltarak, engellilerin toplum ile daha fazla bütünleşmelerinde yardımcı olabilir,
- Genç insanlara (iskelet, kas, kalp ve damarlara ilişkin) sağlıklı vücut sistemleri gelişimi için yardımcı olabilir ve koordinasyonlarını geliştirme fırsatları tanıyabilir.

Binden fazla engelli çocuğun her cuma günü öğleden sonra spor yapması FPC'nin faaliyetleri sayesinde gerçekleşmiştir. FPC'nin spor geliştirme yöneticisinin belirttiği gibi "insanlar engelli bir çocuğun spor yaptığını gördüğünde, engellilerin birçok şey yapma yetisine sahip olduğunun farkına varıyor".

Kaynak (31-33)

Kutu 8.2. Yeni Zelanda'da engelli insanlar için mesleki hizmetleri geliştirmek

Yeni Zelanda hükümeti, 2001 yılında engelli insanların hem sosyal hayata katılımını, hem de işgücüne katılımını arttırmak için İçerme Yolları (*Pathways to Inclusion*) isimli bir program başlattı (34).

Korumalı işyerlerinde çalışan engelli insanlar, becerilerinden ve yeteneklerinden bağımsız olarak asgari ücretten daha az ücret almaktaydı.

Korumalı iş sağlayan kurumlar, hükümet finansmanı ve tavsiyesi ile destekli istihdam ve toplum temelli katılım hizmetlerini faaliyetlerine dahil etti. Korumalı istihdam, hala Sosyal Kalkınma Bakanlığı tarafından destek sağlanan mesleki hizmetlerin parçası olsa da; destekli istihdam hizmetleri artık büyük ölçüde korumalı istihdamın yerine geçmektedir.

İçerme Yolları programındaki uygulamaları başlangıcından itibaren inceleyen bir değerlendirme aşağıdaki bulgulara ulaştı (35):

- 2003'te 10.577 olan mesleki hizmetlere katılan kişi sayısı 2007'de 16.130'a yükseldi,
- İstihdam çıktıları iyileşti; sosyal yardım kapsamından çıkan katılımcı sayısı arttı; bir kısım katılımcı ise sosyal yardım almayı sürdürmekle birlikte gelirlerinin arttığını belirtti,
- Üç yıl içerisinde, ücretli istihdamı hedefleyen mesleki hizmet sunucularının oranı %44'ten %76'ya çıktı,
- Engellilere ayrıştırılmış istihdam sağlayan hizmet sunucuları arasında, çalışanlarına her zaman veya çoğu zaman en azından asgari ücret ödeyenlerin oranı üç yıl içerisinde %10'dan %60'a yükseldi,
- Sosyal yardım programlarından ayrılan veya hizmet almaya başladıktan sonraki 12 ile 24 aylık süre içerisinde gelir kazanabildiğini beyan eden hizmet kullanıcılarının sayısı artış gösterdi. Bu durum hizmetlerin uzun süreli olarak etkili olduğunu göstermektedir.

Kutu 8.3. Malezya'da işe geri dönmek

Sosyal güvenlik programları engelli insanların topluma ve iş yaşamına bağlanmasına yardımcı olur. Nakdi ve aynı yardımlar, ister sosyal sigorta aracılığıyla ister vergi düzenlemeleri aracılığıyla finanse edilsin, engelli insanların topluma katkıda bulunabilmesinin koşullarını yaratabilir. Bu yardımlar dolayısıyla engellilik ile ilgili daha olumlu tutumlar gelişebilir ve toplumun kapsayıcılığı artar.

Malezya'da, 2005 yılında gerçekleştirilen bir yıllık pilot uygulama sonrasında, Sosyal Güvenlik Kurumu, çalışmalarını etkileyen yaralanmalar ve hastalıklar yaşayan işçilerin işe dönüşlerine yardımcı olmak için fiziksel ve mesleki rehabilitasyon ile sosyal güvenlik ödemeleri aracılığıyla yapılan yardımları biraraya getiren İşe Dönüş (*Return to Work*) programını ülke geneline yaymaktadır. Pilot uygulama, işyerinde yaralananların % 60'ının rehabilitasyon sayesinde tam zamanlı çalışmaya geri döndüğünü ortaya koymaktadır.

Bu program rehabilitasyon hizmeti sunan kurumlar ile birlikte çalışmaktadır. Ayrıca, katılımcılara iş sağlanması için birkaç büyük işverenle bağlantı kurmuştur. Bir vaka yöneticisi, rehabilitasyondan yaralanan kişi, ailesi, işveren ve doktor arasındaki ilişkileri koordine eder; ihtiyaç duyulması durumunda fizyoterapi, mesleki terapi, danışmanlık ve ağrı yönetimi gibi farklı alanlarda uzmanları biraraya getirir.

Referanslar

1. National Disability Survey 2006: first results. Dublin, Stationery Office, 2008 (<http://www.cso.ie/releasespublications/nationaldisabilitysurvey06first.htm>, 15 Kasım 2009'da erişildi).
2. *Census 2006, Volume 11: disability, carers and voluntary activities*. Dublin, Stationery Office, 2007 (http://www.cso.ie/census/census2006_volume_11.htm, 15 Kasım 2009'da erişildi).
3. Madden R vd. The demand for disability support services in Australia: a study to inform the Commonwealth/State Disability Agreement evaluation. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 1996.
4. *Demand for disability support services in Australia: size, cost and growth*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 1997.
5. *Unmet need for disability services: effectiveness of funding and remaining shortfall*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2002.
6. *Current and future demand for specialist disability services*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2007.
7. *Disability support services 2004–05: national data on services provided under the Commonwealth State/Territory Disability Agreement*. Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2006.
8. Pirani S vd. Towards effective Ponseti clubfoot care: the Uganda sustainable clubfoot care project. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 2009,467:1154-1163. doi:10.1007/s11999-009-0759-0 PMID:19308648.
9. Tindall AJ vd. Results of manipulation of idiopathic clubfoot deformity in Malawi by orthopaedic clinical officers using the Ponseti method: a realistic alternative for the developing world? *Journal of Pediatric Orthopedics*, 2005, 25: 627-629. doi:10.1097/01.bpo.0000164876.97949.6b PMID:16199944
10. Palermo GB. The 1978 Italian mental health law—a personal evaluation: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1991, 84: 99-102. PMID:1999825
11. Barbui C, Tansella M. Thirtieth birthday of the Italian psychiatric reform: research for identifying its active ingredients is urgently needed. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62: 1021- doi:10.1136/jech.2008.077859 PMID:19008365
12. de Girolamo G vd. Compulsory admissions in Italy: results of a national survey. *International Journal of Mental Health*, 2008,37:46-60. doi:10.2753/IMH0020-7411370404
13. Greve JMD, Chiovato J, Batisttella LR. Critical evaluation: 10 years SCI rehabilitation treatment in a developing country 1981–1991, Sao Paulo, Brazil. Free paper in the 3rd Annual Scientific Meeting of the International Medical Society of Paraplegia. Kobe, Japan, 30 May–2 June 1994.
14. Souza DR vd. Characteristics of traumatic spinal cord injuries in a referral center: Institute of Orthopaedics and Traumatology, Clinical Hospital, Faculty of Medicine, University of São Paulo, IOT-HCFMUSP, São Paulo, Brazil. Free paper in International Society of Physical and Rehabilitation Medicine World Congress. Istanbul, Turkey, 13–17 June 2009.
15. Mock C vd. Evaluation of trauma care capabilities in four countries using the WHO-IATSIC Guidelines for Essential Trauma Care. *World Journal of Surgery*, 2006,30:946-956. doi:10.1007/s00268-005-0768-4 PMID: 16736320
16. *Principles for implementation of CRPD Article 12*. New York, International Disability Alliance, CRPD Forum, 2008 (<http://www.internationaldisabilityalliance.org/representation/legal-capacity-working-group/>, 20 Ağustos 2009'da erişildi).
17. *From exclusion to equality: realizing the rights of persons with disabilities. Handbook for parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol*. Geneva, United Nations, 2007 (<http://www.un.org/dis-abilities/default.asp?id=212>, 20 Ağustos 2009'da erişildi).

18. Jespersen M. Personal ombudsman in Skåne: a user-controlled service with personal agents. Stastny P, Lehmann P, (ed.) *Alternatives beyond psychiatry*. Shrewsbury, United Kingdom, Peter Lehmann Publishing, 2007:299–303.
19. Canadian Association for Community Living [web sitesi]. (<http://www.cacl.ca/>, 20 Ağustos 2009'da erişildi).
20. Nidus Personal Planning Resource Center and Registry [web sitesi]. (<http://www.rarc.ca/textual/home.htm>, 20 Ağustos 2009'da erişildi).
21. Personal Ombud programme in Skåne, Sweden [web sitesi]. (<http://www.po-skane.org/>, 20 Ağustos 2009'da erişildi).
22. Nkwangu R. Sign language and community based rehabilitation (CBR). Hartley S, Okune J, (ed.) *CBR: inclusive policy development and implementation*. Norwich, University of East Anglia, 2008: 214–231.
23. Disability Rights International [web sitesi]. (<http://www.disabilityrightsintl.org/>, 8 Mart 2011'de erişildi).
24. *Civil society engagement for mainstreaming disability in development process report of an action research project initiated in Gujarat with multi-stakeholder partnership*. Gujarat, UNNATI and Handicap International, 2008.
25. Table 4–3. Students with disabilities served under IDEA, Part B, in the U.S. and outlying areas who exited school, by exit reason, reporting year, and student's age: 1995–96 through 2004–05. Rockville, Data Accountability Centre, 2009 (https://www.ideadata.org/tables30th/ar_4-3.xls, 16 Ekim 2009'da erişildi).
26. Newman L vd. *The post-high school outcomes of youth with disabilities up to 4 years after high school: a report of findings from the National Longitudinal Transition Study-2 (NLTS2) (NCSE 2009–2017)*. Menlo Park, SRI International, 2009 (www.nlts2.org/reports/2009_04/nlts2_report_2009_04_complete.pdf, 22 Ekim 2009'da erişildi).
27. Villa RA vd. Inclusion in Viet Nam: more than a decade of implementation. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 2003, 28: 23-32. doi:10.2511/rpsd.28.1.23
28. Lasonen J, Kemppainen R, Raheem K. *Education and training in Ethiopia: an evaluation of approaching EFA goals*. Jyväskylä, Finland, Institute for Educational Research, University of Jyväskylä, 2005 (http://ktl.jyu.fi/arkisto/verkkojulkaisuja/TP_23_Lasonen.pdf, 30 Eylül 2009'da erişildi).
29. *Putting children at the centre of education: how VSO supports practice and policy in primary schools*. Addis Ababa, VSO Ethiopia, 2008.
30. Bines H, Lei P, eds. Education's missing millions: including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans. Milton Keynes, World Vision UK, 2007 (http://www.worldvision.org.uk/upload/pdf/Education%27s_Missing_Millions_-_Main_Report.pdf, 22 Ekim 2009'da erişildi).
31. *Development for all: towards a disability-inclusive Australian aid program 2009–2014*. Canberra, Australian Agency for International Development, 2008a.
32. Australian Agency for International Development Sport and Development. Focus Magazine, 2008b, 23: 2-22.
33. Sport for Development and Peace International Working Group. *Harnessing the power of sport for development and peace: recommendations to governments*. Toronto, Right to Play, 2008.
34. *Pathways to inclusion: improving vocational services for people with disabilities*. Wellington, New Zealand Department of Labour, 2001 (<http://www.od.govt.nz/documents/publications/pathways.pdf>, 17 Temmuz 2009'da erişildi).
35. *Pathways to inclusion: strategy evaluation* [Final evaluation report]. Wellington, New Zealand Ministry of Social Development, 2008 (<http://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/evaluation/pathways-inclusion/pathways-to-inclusion-strategy-evaluation.html>, 20 Temmuz 2009'da erişildi).

