

**T.C.**

**ATILIM ÜNİVERSİTESİ**

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**İŞLETME ANABİLİM DALI**

**SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ENGELLİ BİREYLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNE  
ULAŞILABİLİRLİK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ VE  
MEMNUNİYET ANALİZİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Özgür Meydan**

**Ankara-2021**



T.C.

ATILIM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

İŞLETME ANABİLİM DALI

SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ENGELLİ BİREYLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNE  
ULAŞILABİLİRLİK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ VE  
MEMNUNİYET ANALİZİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Özgür Meydan**

**Tez Danışmanı**

**Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu**

**Ankara-2021**

## KABUL VE ONAY

Özgür Meydan tarafından hazırlanan “Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik Düzeylerinin Belirlenmesi ve Memnuniyet Analizi: Ankara İli Örneği” başlıklı bu çalışma, 12.01.2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi programında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yusuf Çelik(Başkan)

Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu(Danışman)

Dr. Öğrt. Üyesi Pelin ÖZGEN(Üye)

**Enstitü Müdürü**

**Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu**

## ETİK BEYAN

Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi' ne uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasını;

- Akademik ve etik kurallar çerçevesinde hazırladığımı,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

Aksi durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Tarih ve İmza

Özgür Meydan



## ÖZ

MEYDAN, Özgür. Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik Düzeylerinin Belirlenmesi ve Memnuniyet Analizi: Ankara İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2020

Sağlık hizmetleri, toplumlarda ve toplumu oluşturan bireylerde var olan veya ilerde var olması öngörülen hastalıklar için çeşitli tedaviler uygulamak adına oluşmuş bir sistemdir. Sağlık hizmetleri, taşıdığı özelliklerinden dolayı diğer hizmetlere göre bireyler için önemi biraz daha farklıdır. Engelli bireyler engelleri sebebiyle toplumsal alanda birçok sorun ile karşılaşabilmektedir. Engelliler öncelikle günlük hayattaki sıradan ihtiyaçlarını karşılamak başta olmak üzere istihdam, eğitim, sağlık, ulaşım, gibi birçok alanda engelleri sebebiyle ayrımcılığa maruz kalabilmekte ve toplumsal imkânlardan tam anlamıyla faydalanamamaktadırlar. Bu çalışmada; toplumun her kesiminde sorunlar ile karşılaşan engelli bireylerin sağlık hizmeti alımında engel yaşamamaları ve sunulan sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanmalarının sağlanmasının önünde yer alan engellerin tespit edilerek çözüm önerilerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Veriler Ankara ilinde ikamet eden 282 engelli birey ile yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak elde edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre engellilerin ulaşım, engellilere yönelik kolaylaştırıcı uygulamaların sunulmaması, sağlık tesisi içerisinde hareket güçlüğü yaşama, öncelik hakkının kullanılamaması, sağlık tesislerindeki işlemlerinin başka günlere ertelenmesi gibi problemler ile karşılaştıkları belirlenmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre ulaşım sorununa yönelik yerel yönetimlerin engellilere yönelik iyileştirmeler yapması, sağlık hizmetine yönelik tespit edilen çeşitli sorunların çözümü için politika belirleyicilerin ve hastane yönetimlerinin engellilerin sorunları dikkate alınarak çözümler üretmeleri önerilmektedir.

**Anahtar Kelime:** Engelli, sağlık hizmetleri, memnuniyet, ulaşılabilirlik, Ankara

## ABSTRACT

MEYDAN, Özgür. Determination of Disabled Persons Accessibility to Health Services and Satisfaction Analysis; Ankara Example; Master Thesis, Ankara, 2020

Health services is a system formed to apply various treatments for existing or predicted diseases in societies and individuals who make up society. Health services have slightly different importance for individuals compared to other services due to their characteristics. Disabled individuals may encounter many problems in the social field due to their disabilities. Disabled individuals may be exposed to discrimination and cannot fully benefit from social opportunities due to their barriers in many areas such as employment, education, health, poverty, transportation and environment, primarily to meet their ordinary needs in daily life. It is observed that there are some obstacles in healthcare institutions and organizations to get effective healthcare services. In this study; It is aimed to identify the obstacles that prevent disabled individuals who encounter problems in every part of the society not to experience obstacles in the procurement of health services and to benefit effectively from the health services provided and to develop solutions.

A survey form developed by the researcher was used as a data collection tool in the study. The data were obtained through face-to-face interviews with 282 disabled individuals residing in Ankara. According to the findings obtained, it was determined that disabled people faced problems such as transportation, not providing facilitating applications for the disabled, having difficulty in moving within the health facility, not being able to use the right of priority, and postponing their operations in health facilities to other days. According to the results of the study, it is recommended that local governments make improvements regarding the transportation problem for the disabled and that policymakers and hospital administrations produce solutions by taking into account the problems of the disabled in order to solve the various problems determined for health services.

**Keywords:** Disabled individuals, health services, satisfaction, accessibility, Ankara.

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamda bilgi ve birikimiyle bana her zaman destek olan, yol gösteren değerli danışman hocam, Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu'na ve tez yazım sürecinde desteklerini esirgemeyen arkadaőım Dr. Mustafa Korkmaz'a sonsuz teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

<b>ÖZ</b> .....	i
<b>ABSTRACT</b> .....	ii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	iv
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	vii
<b>GİRİŞ</b> .....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### KAVRAMSAL AÇIDAN ENGELLİLİK

<b>1.1. Engellilik Kavramı</b> .....	3
<b>1.2. Engelliliğe Yaklaşım Modelleri</b> .....	5
1.2.1. Geleneksel yaklaşım.....	5
1.2.2. Tıbbi-Medikal yaklaşım.....	6
1.2.3. Sosyal Model yaklaşımı.....	6
<b>1.3. Engellilik Nedenleri ve Türleri</b> .....	9
1.3.1. Ortopedik engelli.....	10
1.3.2. Görme engelli.....	10
1.3.3. İşitme engelli.....	11
1.3.4. Zihinsel engelli.....	11
1.3.5. Dil ve konuşma engelli.....	12
1.3.6. Süreğen engelli.....	12
<b>1.4. Uluslararası Düzenlemelerde Engelli Hakları İle İlgili Gelişmeler</b> .....	13
<b>1.5. Türkiye’de Engelli Hakları İle İlgili Gelişmeler</b> .....	15
<b>1.6. Türkiye’de Engelli Nüfusu</b> .....	18

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI, KAPSAMI ve SAĞLIK KURUMLARINDA ENGELLİ BİREYLER İÇİN ULAŞILABİLİRLİK

2.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı.....	21
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Amaçları.....	21
2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	23
2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	24
2.4.1. Koruyucu sağlık hizmetleri.....	24
2.4.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri.....	25
2.4.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri.....	26
2.4.4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri.....	27
2.5. Ulaşılabilirlik Kavramı.....	27
2.6. Ulaşılabilir Sağlık Kurumlarının Özellikleri.....	28
2.7. Ulaşılabilirlik ve Engellilik İlişkisi.....	28

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### ENGELLİ BİREYLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ULAŞILABİLİRLİK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ VE MEMNUNİYET ANALİZİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	31
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	32
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	33

<b>3.4. Veri Toplama Araçları.....</b>	<b>34</b>
<b>3.5. Analiz.....</b>	<b>34</b>
<b>3.6. Bulgular.....</b>	<b>35</b>
3.6.1. Engellilerin demografik özelliklerinin değerlendirilmesi.....	35
3.6.2. Engellilerin sağlık hizmetlerine ulaşma düzeyleri.....	39
3.6.3. Engelli bireylerin sağlık hizmetlerinden memnuniyeti .....	40
3.6.4. Engellilerin sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet değerlendirmeleri.....	48
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>69</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>79</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>86</b>
EK-1 Anket Formu.....	85
EK-2 Sağlık Ulaşılabilir Sağlık Kurumlarının Özellikleri.....	90
EK-3 Etik Beyan Kabul Formu.....	99
Turnıtın Raporu.....	101
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>107</b>

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1 Tıbbi model ile sosyal model karşılaştırması .....	8
Tablo 2 IQ (Intelligence Quotient) Ölçülendirmesi .....	12
Tablo 3 BM tarafından gerçekleştirilen bazı etkinlikler ve belgeler.....	13
Tablo 4 Türkiye tarafından gerçekleştirilen bazı önemli yasal düzenlemeler .....	16
Tablo 5 Veri sisteminde kayıtlı ve hayatta olan engellilerin engel gruplarına göre dağılımları .....	19
Tablo 6 Veri tabanında kayıtlı ve hayatta olan engellilerin yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımları .....	19
Tablo 7. Engelli bireylerin cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim demografik verileri .....	35
Tablo 8 Engelli bireylerin sosyal güvence, meslek ve gelir düzeyi verileri .....	36
Tablo 9 Engelli bireylerin engel durumları, engel oranları, engel sebepleri ve engelli maaşı alıp almamaları .....	37
Tablo 10 Engelli bireylerin engelli veri tabanı ve sivil topluluk üyelik bilgileri.....	38
Tablo 11 Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşma durumlarına ilişkin veriler .	39
Tablo 12 Engelli bireylerin memnuniyet durumlarına ilişkin veriler - 1 .....	41
Tablo 13 Engelli bireylerin memnuniyet durumlarına ilişkin veriler - 2.....	42
Tablo 14 Engelli bireylerin memnuniyet durumlarına ilişkin veriler - 3.....	43
Tablo 15 Engelli bireylerin memnuniyet durumlarına ilişkin veriler - 4.....	44
Tablo 16 Engelli bireylerin memnuniyet durumlarına ilişkin veriler - 5.....	45
Tablo 17 Engelli bireylerin memnuniyet durumlarına ilişkin veriler - 6.....	46
Tablo 18 Engelli bireylerin memnuniyet durumlarına ilişkin veriler - 7.....	47
Tablo 19 Farklı cinsiyetler arasında öncelik hakkı tercihi .....	48
Tablo 20 Farklı cinsiyetler arasında sağlık hizmetlerinin kalitesindeki memnuniyet durumu .....	48
Tablo 21 Farklı cinsiyetler ile iletişim problemi yaşama arasındaki ilişki .....	49

Tablo 22 Farklı cinsiyetler ile bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma arasındaki ilişki .....	50
Tablo 23 Farklı cinsiyetler ile randevu sisteminden yararlanma arasındaki ilişki.....	50
Tablo 24 Farklı cinsiyetler ile ilk başvuru sağlık kurumu arasındaki ilişki .....	51
Tablo 25 Farklı cinsiyetler ile hastane hizmet yeterliliği arasındaki ilişki .....	51
Tablo 26 Cinsiyet ile engelli maaşı alma arasındaki ilişki.....	52
Tablo 27 Cinsiyet ile STK üyeliği arasındaki ilişki .....	52
Tablo 28 Medeni durum ile öncelik hakkının kullanılması arasındaki ilişki.....	53
Tablo 29 Medeni durum ile sağlık hizmetlerinin kalitesindeki memnuniyeti arasındaki ilişki .....	53
Tablo 30 Medeni durum ile iletişim problemi yaşama arasındaki ilişki.....	54
Tablo 31 Medeni durum ile hastane yeterliliği arasındaki ilişki.....	54
Tablo 32 Medeni durum ile engelli maaşı alma arasındaki ilişki .....	55
Tablo 33 Medeni durum ile STK üyeliği arasında ilişki.....	55
Tablo 34 Medeni durum ile bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma arasındaki ilişki .....	56
Tablo 35 . Yaş ile sağlık hizmetlerinin kalitesindeki memnuniyeti arasındaki ilişki	57
Tablo 36 Yaş ile randevu sisteminden yararlanma arasındaki ilişki.....	58
Tablo 37 Yaş ile engelli maaşı alma arasındaki ilişki.....	58
Tablo 38 Meslek ile öncelik hakkının kullanılması arasındaki ilişki.....	60
Tablo 39 Meslek ile ilk başvuru sağlık kurumu arasındaki ilişki .....	61
Tablo 40 Meslek ile hastane hizmet yeterliliği arasındaki ilişki.....	62
Tablo 41 Meslek ile STK üyeliği arasındaki ilişki .....	63
Tablo 42 Eğitim durumu ile randevu sisteminden yararlanma arasındaki ilişki.....	64
Tablo 43 Eğitim durumu ile hastane hizmet arasındaki ilişki.....	65
Tablo 44 Eğitim durumu ile engelli maaşı alma arasındaki ilişki.....	66
Tablo 45 Gelir düzeyi ile engelli maaşı alma arasındaki ilişki .....	66
Tablo 46 Gelir düzeyi ile STK üyeliği arasındaki ilişki .....	67

## GİRİŞ

Ülkemizde engellilerin toplumla bütünleşme açısından birçok sorun ile karşılaştığı bilinmektedir. Hayatın her alanına yayılan engelli bireylerin sorunları, engelli bireylerin yaşadıkları toplum ile işlevsel bir bütünlük içinde yaşamalarını zorlaştırmaktadır.(Karakaş 2002).

Engelli bireyler sağlık, eğitim, istihdam ve rehabilitasyon ve buna benzer birçok alanda ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Bu ayrımcılığa ve sonuçlarına bağlı olarak da toplumla bütünleşmeleri güçleşmektedir. Engelli bireylerin çeşitli etmenlere bağımlılıkları minimize edilerek, toplum içerisinde kendilerine yeter hale gelmeleri için engellerin kaldırılması, engellilerin toplum ile bütünleşmesi açısından olumlu yönde etki edecektir. Dolayısıyla toplumsal tutum ve davranış ile birlikte fiziki ve yasal haklar bakımından ilgili tüm alanlarda engellilere yönelik olumsuz durumların tespit edilerek bu olumsuzlukların giderilmesi gerekir. Engellilerin sağlık hizmetleri ihtiyaçları, engeli olmayan bireylere oranla daha fazladır.

Yapılan araştırmalarda engellilerin sağlık hizmetine ulaşımında birçok sorun ile karşılaştığı görülmektedir. Karşılaşılan bu sorunlar araştırıldığında; engellilerin sağlık kurumlarına ulaşımını öncelikli olmak üzere, kurumlarda karşılaştıkları engellerden dolayı hareket gücünü yaşaması, kurumlardaki rutin işlemlerin uzun sürmesi, kurum personeli ile engelli bireyler arasında iletişim problemlerinin yaşanması, engelli bireylere tanınan öncelik hakkının kullanılamaması gibi bazı temel olumsuz durumların görüldüğü bildirilmiştir.

Bu çalışmada; her açıdan çeşitli problemler yaşayan engelli bireylerin sağlık hizmeti kullanımında yaşadıkları engellerin tespiti ve sunulan sağlık hizmetlerinden engelli bireylerin verimli şekilde faydalanmasını güçleştiren engellerin tespit edilerek çözüm önerilerinin sunulması amaçlanmıştır. Çalışma engellilere sunulan sağlık hizmetinin yeterliliği ve memnuniyetine yönelik engelli bireylerin düşüncelerinin belirlenmesi ve teorik olarak uygulamada olması gereken engellilere yönelik kolaylaştırıcı unsurların ne ölçüde başarılı olduğunun belirlenmesi yönünden önemlidir.

XXXXXS  
GCPS

## BİRİNCİ BÖLÜM

### 1. KAVRAMSAL AÇIDAN ENGELİLİK

#### 1.1. Engellilik Kavramı

Literatürde engellilik kavramı, genellikle aynı anlama gelen farklı kavramlarla karşımıza çıkmaktadır. Bu kavramlardan bazıları: “bozukluk”, “özürlü” ve “sakat” kavramlarıdır. Engellilik kavramı ise aslında yerine kullanılan bu kavramların tamamını içine alan daha kapsamlı bir kavramdır. Engellilik henüz evrensel bir çerçevede değerlendirilemediği için literatürde çok farklı tanımları bulunmaktadır (Öztürk, 2011).

Ulusal ve uluslararası bazı kurum ve kuruluşların engellilik hakkında yaptıkları tanımlara bakacak olursak;

Türk Dil Kurumu engelliliği : “engeli olan, manialı” olarak tanımlamıştır (TDK, 1998).

Engelli tanımı 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanununda şöyle tanımlanmıştır;

“Doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle normal yaşamın gereklerine uymama durumunda olup; korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyacı olan kişi”(Resmi gazete, 1983).

Engelli bireylerin toplumsal hayata katılımlarını sağlamak, temel hak ve özgürlüklerden faydalanmalarını ve toplumdaki saygınlıklarını arttırmak amacıyla TBMM’de 2005 yılında çıkarılan 5378 sayılı kanunda engelliliğin tanımı yapılırken;

“Fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duygusal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını

kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen birey” ifadeleri kullanılmıştır (Aile Bakanlığı, 2020).

Birleşmiş Milletlerin 2006 yılında yapmış olduğu engelli hakları sözleşmesinde: “çeşitli engellerle etkileşim içinde olan, diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişiler” olarak açıklanmıştır (Hisar, 2019).

Engelli Amerikalılar Yasası’nda (American Disability Act) engelli bireyler “bir ya da birden çok yaşamsal aktiviteyi yapmayı kısıtlayan fiziksel ya da zihinsel engeli olan, geçmişte bu tür bir engele sahip olmuş ya da diğer insanlar tarafından bu tür bir engeli olduğu algılanan kişi” olarak tanımlanmıştır (Ada, 2009).

İngiltere’de yayınlanan “Engellilik ve Eşitlik Yasası”na [Disability Discrimination Act (DDA)] göre ise engelli “bir fiziksel veya zihinsel engeli olan kişidir. Bu engelin günlük faaliyetleri gerçekleştirmek için kendi yetenekleri üzerinde önemli ve uzun vadeli olumsuz etkileri olan kişilerdir” (DDA, 2010).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) “Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı” sözleşmesinde engelli tanımını; “Bir iş temini, muhafazası ve işinde ilerleme hususundaki beklentileri, kabul edilmiş fiziksel veya zihinsel engeli sonucu önemli ölçüde azalmış olan bireydir” şeklinde yapmıştır (Pouya, 2016).

Dünya Sağlık örgütü (WHO) engelli tanımını yaparken sağlık yönü ağır basan hastalık sonuçlarına göre tanımlama yapmış ve bu tanımlamayı yaparken aşağıdaki gibi bir sınıflama yapmıştır.

*Noksanlık:* “Sağlık bakımından ‘noksanlık’ psikolojik, anatomik veya fiziksel yapı ve fonksiyonlardaki bir noksanlığı veya dengesizliği ifade eder.”

*Özürlülük:* “Sağlık alanında ‘sakatlık’ bir noksanlık sonucu meydana gelen ve normal sayılabilecek bir insana oranla bir işi yapabilme yeteneğinin kaybedilmesi ve kısıtlanması durumunu ifade eder.”

*Engellilik:* “Sağlık alanında ‘engellilik’ bir noksanlık veya sakatlık sonucunda, belirli bir kişide meydana gelen ve o kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre normal sayılabilecek faaliyette bulunma yeteneğini önleyen ve sınırlayan dezavantajlı bir durumu ifade eder” (Koca, 2010).

Her ne kadar Dünya Sağlık Örgütü (WHO) engelliliğe sağlık açısından yaklaşmış olsa da, kavramları incelediğimizde, engellilik sadece bireylerin sağlık yetilerinin kaybetmesiyle açıklanan bir durum olmadığı, engelli bireylerin topluma katılımın aşamasında farklı çevresel etmenlerin de göz önünde bulundurulması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bağlamda engellilik kavramı; dinamik bir olgu olmasının yanı sıra, karmaşık, ve çok yönlü tartışmalı bir olgudur (Ekenci, 2014).

## **1.2. Engelliliğe Yaklaşım Modelleri**

Tarihsel süreç içerisinde toplumların engelli bireylere karşı yaklaşımları farklılık göstermiştir. Tarihin ilk safhalarında dinsel bir bakış açısıyla yaklaşılacak engelli bireylere karşı tutum zaman içerisinde teknolojik ve bilimsel gelişmeler ışığında olumlu yönde somut gelişmeler yaşanmıştır (Çalık, 2008). 20.yy da yapılan çalışmalar neticesinde, tarihin ilk safhalarındaki toplumların engelli bireylere olan dinsel açıdan yaklaşımına geleneksel yaklaşım, bilim ve teknolojinin gelişmesiyle engelli bireylerin sağlık sorunlarına tıbbi açıdan yaklaşılacak tıbbi-medikal model yaklaşımı ve son olarak 1960’lı yıllardan sonra engelli bireylerin sosyal hayatı ve toplumsal sorunları ile ilgilenen sosyal model yaklaşımları geliştirilmiştir.

### **1.2.1. Geleneksel yaklaşım**

İlk çağ anlayışını yansıtan geleneksel model, dinsel inanışlara dayanmaktadır. Bu yaklaşıma göre genel kabul görmüş kanı, bireylerin engelliliği insanın kaderiyle bağdaştırılmış ve tanrı tarafından bireye verilmiş bir ceza olarak algılanmıştır (Erten ve Aktel, 2017).

Bu dönemler incelendiğinde, toplumlarda engelli bireylerin dışlandığı, hor görüldüğü hatta öldürüldüğü görülmektedir.

### **1.2.2. Tıbbi-Medikal yaklaşım**

18. yy'dan itibaren tıp alanında yaşanan gelişmelerle beraber insan bedeni ve işlevi hakkında daha fazla bilgi sahibi olunmuş, insan bedenindeki aksaklıklar tedavi edilmeye çalışılmış ve bunun neticesinde engelli bireylere karşı geleneksel düşünce yaklaşımı yerini tıbbi-medikal yaklaşıma bırakmaya başlamıştır (Retrief ve Letšosa, 2018). Bu dönemde engelli bireyler için ifade edilen tanımlar da değişmeye başlamıştır (Ghosh, 2012).

Medikal yaklaşıma göre engellilik insan bedeninde oluşmuş fizyolojik ya da psikolojik bir kusurdur. Engelli bireylere yapılacak müdahale fiziksel durumun iyileştirilmesidir (Olkin, 1999) Tıbbi-Medikal yaklaşımda engelli bireyler engel durumları nedeni ile zayıf ve normal olmayan olarak algılanıp, düzeltilmesi gereken insan olarak nitelendirilmiştir ve normal olarak tanımlanan bireylerden farklı konuma yerleştirilmiştir (Genç ve Çat, 2013). Medikal yaklaşımda bireyin rehabilitasyonu ve tedavisi ön plandadır. Engelli bireyleri onarılabilir, düzeltilebilir bir makine olarak görüp çevre faktörünü göz ardı ederek sosyal adalet ve eşitlik kavramlarından uzaklaşmışlardır. Bu tutumları nedeni ile eleştirilmiş, ayrımcılığa ve eşitsizliğe neden olduğu düşünülerek sosyal model yaklaşımının oluşmasına zemin hazırlamıştır (Erten ve Aktel, 2017)

### **1.2.3. Sosyal model yaklaşımı**

1960'lı yıllara kadar engelli bireyler rehabilitasyon ve bakım merkezlerinde toplumdan soyutlanarak tedavi ediliyor, sosyal ve ekonomik haklardan mahrum bırakılıyor, kötü yaşam koşullarıyla karşı karşıya kalıyorlardı. Bu durum karşısında engelli bireyler sessiz kalmamışlar ve haklarını aramaya yönelmişlerdir (Mermer, 2020). 1965 yılında İngiltere başlatılan hak arama mücadelesi bütün dünyaya yayılmış, 1974 yılında Union of The Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) kurulmuştur. 1976 yılında UPIAS tarafından "Engelliliğin Temel İlkeleri"

bildirgesi yayınlanmış ve sosyal model yaklaşımının temelleri atılmıştır (Shakespeare ve Watson, 2002).

Engelli hakları hareketinin küresel boyuta ulaşmasıyla birlikte, engelliler uluslararası arenada temel hak ve özgürlükleri konusunda kendilerini ifade etmeye başlamıştır. Küresel ölçekte ABD ve BM öncülüğünde atılan adımlar sayesinde, tüm devletlerde engellilere yönelik farkındalık oluşmuş ve her devlet kendi engelli politikalarını oluşturmaya ve uygulamaya başlamıştır. Zamanla geliştirilen bu politikalar sayesinde engellilerin sosyal ve kültürel alanlarda topluma entegre olması sağlanmış, çeşitli bilim dallarının çalışmalarıyla bu süreç desteklenmiştir. Örneğin, engellilerin sosyal hayata tam katılımları için mimarlık alanında, fiziksel çevre erişilebilirliği, erişilebilir binalar konularında gelişmeler sağlanmıştır (Mermer, 2020).

Sosyal model yaklaşımı; engelliliğin psikolojik, fizyolojik ya da patolojik bir bozukluk olmadığını vurgulamış ve medikal model yaklaşımındaki bireyci görüşü yıkıp toplumsal sorun olarak açıklayarak yeni bir bakış açısı getirmiştir (Okur ve Erdugan, 2010)

Sosyal model yaklaşımında engelli bireylerin yaşadığı sorunlar toplumsal ve çevresel nedene bağlıdır. Yaşanan bu sorunların çözülmesi için toplumsal değişime ihtiyaç vardır (Barnes, Mercer, Shakespeare, 2010). Sosyal modelin ana konusu engelliliğin sosyal olarak yaratılmış bir problem oluşu ve bireyin sosyal çevreye entegrasyonudur (WHO, 2001).

Tıbbi model yaklaşımı ve sosyal model yaklaşımında engellilere bakış açısı aşağıda tablo olarak verilmiştir.

Tablo 1 Tıbbi model ile sosyal model karşılaştırması

<b>Tıbbi Model</b>	<b>Tıbbi Model ve Toplumsal Bakış Üzerindeki Etkisi</b>	<b>Sosyal Model</b>	<b>Sosyal Model ve Toplumsal Bakış Üzerindeki Etkisi</b>
Engellilik noksanlık/eksiklikler /anormal/ patolojik bir durumdur	Engellilik bireyi diğer bireylerden geride tutan bir durum olarak görülmektedir. Kimsenin istemeyeceği ya da bireyin kötü bir şekilde farklı kılındığı bir durumdur.	Engellilik farklılıktır	Engellilik sadece farklılıktır, cinsiyet ya da ırk gibi
Engelli olmak olumsuz/negatif bir durumdur	Engellilik kötü/istenmeyen/ kaçınılması gereken/trajik bir durumdur	Engelli oluş özünde nötr bir durumdur	Engelli olmak ne iyidir ne de kötüdür, sadece senin düşüncene, sana bağlıdır
Engellilik bireysel bir durumdur	Engellilik bireysel bir problemdir, 'sen engellisin' ve 'bu sadece senin problemdir' demektir	Engellilikte birey ve toplum arasında etkileşim sağlanmalıdır	Sorunlar, girişinin engellendiği bir toplumda işlevlerini yerine getirmeye çalışan engelli bireyin Engellenmişliğinden kaynaklanmaktadır
Engelliliğin yarattığı sürekliliği olan problemlerin çözümü/çaresi bireysel tedavi, iyileştirmeye ve normalleştirme eye yönelik	Sorunların çözümü, insanları tedavi etmek ya da engellerini mümkün olduğunca az göstermektir.	Engelliliğin sürekli olan problemlerinin çözümü/çaresi birey ile toplum arasındaki iletişimin değişmesidir.	Engelli bireylerin daha iyi konuma gelmesinde ilgili sorun ve konular toplumdaki değişimle ilgilidir; örneğin her şeyin ulaşılabilir hale getirilebilmesi gibi

müdahalelerle mümkündür			
Temsili çözüm ise profesyoneldir/ uzmanlık gerektirir	Yalnızca profesyonel müdahale ve yardım alınarak engelli bireylerin tamlığı, toplumsal uyumu ve toplumla bütünleşmesi gerçekleşebilir	Çözüm aracı bireyin kendisiyle ya da birey ile toplum arasındaki düzenlemelerle uğraşanlardır	Bu değişiklik, engelli bireyden ya da engelli bireylerin topluma eşit bir şekilde katılmasını isteyen herhangi bir bireyden gelebilir

\*Kaynak: Engellilik Sosyolojisi kitabından alınmıştır (Burcu, 2015)

### 1.3. Engellilik Nedenleri ve Türleri

Bireylerde bedensel ve zihinsel engelin oluşmasına neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Engelliliğin neyden kaynaklandığına bakacak olursak; doğum öncesinden kaynaklanan engellilik, doğum sırasında oluşan engellilik ve doğum sonrasında ortaya çıkan engellilik nedenleri olarak kaynaklarına göre engelliği sınıflandırabiliriz. Genetik nedenler, akraba evlilikleri doğuştan gelen engellilik nedenleri arasında yer alırken, doğum sırasında meydana gelen olumsuzluklar da bebeğin dünyaya engelli gelmesine sebep olmaktadır. Doğum sonrasında yaşanan kazalar, depremler, savaşlar vb. bireyin sağlık durumu kalıcı şekilde bozacak her türlü olumsuz etkenler de engelliliğin temel nedenleri arasındadır. Engelliliğin nedenleri dikkatle araştırıldığında, engelliliğe neden olan etmenlerin birçoğunun önlenemez veya kaçınılmaz nedenler olduğu görülmektedir(Koca, 2010).

Bu çalışmada farklı nedenlere oluşan engellilik türleri altı grupta incelenmiştir. Bu türler sırasıyla aşağıdaki gibi sınıflandırılmıştır;

- Görme Engelli
- İşitme Engelli
- Dil ve Konuşma Engelli

- Zihinsel Engelli
- Süreğen Engelli
- Ortopedik Engelli

### 1.3.1. Ortopedik engelli

Kısaca insanların fiziksel durumundaki eksikliklerdir. Bu eksiklik nedeni ile kendi ihtiyaçlarını tamamıyla ya da hiç karşılayamamaktadır. Eğer bir tanım yapılacak olursa; “kemiklerin ve mafsalların şekil ve yapısında özür bulunan, kas gücü gelişimi ve koordinasyonunda inhiraflar gösteren kişiler” olarak ifade edilebilir (Çağlar, 1982). Ortopedik engelli birey sayısı oransal bazda diğer engel türlerine sahip bireyler arasında en fazla paya sahip engel türüdür. Hareket kısıtlılığı olması, fizyolojik yapının bozuk olması bu engel türüne sahip bireylerin günlük hayatta diğer engel türüne sahip bireylere göre bağımlılıkları biraz daha fazladır (Kaya, 2006).

### 1.3.2. Görme engelli

Bu konuda genel kabul görmüş tanım; “kişinin görüşü 20/200 oranından daha düşük veya görüş alanı düzeltici merceklere rağmen bu orandan halen düşük ise bu bireyler görme engelli” olarak kabul edilir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) görme fonksiyonunu beşe ayırmıştır.

- **Normal Görme Düzeyi:** 6/6 değerinde olması
- **Hafif Görme Bozukluğu Düzeyi:** 6/12-6/18 değerleri arasında olması
- **Orta Düzeyde Görme Bozukluğu:** 6/18-6/60 değerleri arasında olması
- **Şiddetli Görme Bozukluğu Düzeyi:** 6/60-3/30 değerleri arasında olması ya da görüş açısının 20 dereceden daha düşük olması
- **Körlük:** Gözün görme düzeyinin 3/60 değerinden daha düşük olması ya da görüş açısının 10 dereceden daha düşük olması (WHO,2019)

### 1.3.3. İşitme engelli

İnsanlar beş duyu organı aracılığıyla algılayabildikleri her şeyi beyinde yorumlayarak anlamlandırır. Bu beş duyu organlarından biri olan işitme duyusunun yetersizliği veyahut hiç olmaması engel durumunun ortaya çıkmasına neden olur (MEB 2013).

Literatürde işitme kaybı dereceleri aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır.

- 10-15dBHL: “Normal” işitme düzeyi
- 16-25dBHL: “Çok Hafif” derecede işitme kaybı
- 26-40dBHL: “Hafif Derecede” işitme kaybı
- 41-55dBHL: “Orta Derecede” işitme kaybı
- 56-70dBHL: “Orta İleri Derecede” işitme kaybı
- 71-90dBHL: “İleri Derecede” işitme kaybı
- 91dBHL ve üstü: “Çok ileri derecede” işitme kaybı

olarak sınıflandırılır (MEB, 2013).

### 1.3.4. Zihinsel engelli

Zihinsel engellileri tanımlama ve sınıflandırmada ölçülendirme tekniklerinden biri olan IQ testi ile bireylerde zekâ düzeyini belirleyen eşikler oluşturulmuştur. Dünya Sağlık Örgütü(WHO)'nün bu düzeyleri belirleyen eşikleri Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2 IQ (Intelligence Quotient) Ölçülendirmesi

IQ Seviyesi	Zeka Durumu
130 ve üstü	Çok Üstün Zeka
120-129	Üstün Zeka
110-119	Parlak Zeka
90-109	Normal-Ortalama Zeka
80-89	Donuk Normal Zeka
70-79	Sınırdaki Zeka Geriliği
50-69	Hafif Derece Zeka Geriliği
35-49	Orta Derece Zeka Geriliği
20-34	Ağır Derece Zeka Geriliği
0-19	Derin Zeka Geriliği

Kaynak: Pratt ve Donald, 2007:375

### 1.3.5. Dil ve konuşma engelli

Sözel iletişimde görülen aksaklık ve düzensizlikler sebebiyle dili doğru bir şekilde kullanma, konuşmayı edinme ve iletişimdeki güçlüklerin, bireyin temelde eğitim performansını ve doğrudan sosyal uyumunu olumsuz yönde etkileyen durumdur.

İşittiği halde konuşamayan, konuşmak için ek aletler kullanmakta olan, kekeme, afazi, konuşma ile ilgili yapılarda bozukluk olan bireylerin bulunduğu engel grubudur.

### 1.3.6. Süreğen engelli

Süreğen hastalıklar, sürekli bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır. Bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve çalışma kapasitesine mani olan hastalıklardır (Öztürk, 2011). Kalp-damar hastalıkları, kanser, solunum yetmezliği, böbrek yetmezliği veya eksikliği, cilt ve deri hastalıkları vb. süreğen hastalıklara örnektir.

#### 1.4. Uluslararası Düzenlemelerde Engelli Hakları ile İlgili Gelişmeler

İnsanın engeli, yetersizliği ne olursa olsun yaratılışı gereği sosyal bir varlıktır. Bu yüzden engelli bireyler de diğer sağlık sorunu olmayan insanlar gibi özgür ve eşit bir birey olarak sosyal yaşamın dışında tutulamazlar(Andaç 2008).

Engelli bireylere yönelik somut adımlar 1970’lerde başlamış, Amerika Birleşik Devletleri, 1975 yılında engelli çocukların topluma uyum sağlaması için ve eğitim almaları için “Engelli Çocuklar için Eğitim” yasası çıkarmıştır.(Batu ve Uysal, 2010).

1900’lü yılların ortalarına yaşanan savaşları ve barışa yönelik tehditleri ortadan kaldırmak için 2. Dünya savaşından galip çıkan büyük devletler önderliğinde Birleşmiş Milletler (BM) kurulmuştur ve kurulduktan sonra engelli bireylerin toplum içerisinde yaşadıkları sosyal, kültürel, ekonomik, fiziksel zorlukların önüne geçmek için yoğun ve önemli çalışmalar başlatmışlardır (Çitil ve Üçüncü, 2018).

Tüm insanların eşitliği anlayışıyla kurulan bireysel özgürlüklerin korunmasını amaçlayan BM, engelli bireyler için de ayrımcılık yapmamış ve engelli bireylerin haklarını savunmak için uğraş içinde olmuştur. Bu bağlamda BM’ye bağlı ulusal ve uluslararası organların birçoğunda engelli bireyler için çalışmalar yapılmış ve yapılmaya devam etmektedir. Bu organlardan bazıları; Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Organizasyonu (UNESCO), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO). Aşağıdaki Tablo 3’de BM’nin engelliler konusunda 1950 yılından günümüze yapmış olduğu bazı etkinlikler ve bilgiler verilmiştir(Çitil ve Üçüncü, 2018).

Tablo 3 BM tarafından gerçekleştirilen bazı etkinlikler ve belgeler

YASAL DÜZENLEME	TARİH	KONU
Cenova Konferansı	1950	Engellilerin sosyal rehabilitasyonu
BM UNDP, ILO, WHO, UNESCO, UNICEF Toplantısı	1952	Yeni ve özgün eğitim ve rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi.

Engellilerin Mesleki Rehabilitasyonu Hakkında 99 Sayılı ILO Tavsiye Kararı	1955	Engellilerin mesleki rehabilitasyonu
Eğitimdeki Ayrımcılığın Önlenmesine Dair Sözleşme UNESCO Genel Konferansı	1960	Engellilere yönelik ayrımcılığın önlenmesi
Çocuk Hakları Bildirisi	1959	Engelli çocukların durumlarına uygun özel muamelede bulunulması
Zihinsel Engelli Bireylerin Hakları Hakkında Bildirge	1971	Zihinsel yetersizliğe sahip bireylerin temel hakları
Birleşmiş Milletler (Sakat) Engelli Hakları Bildirisi	1975	-Sakatlara hiçbir ayrıcalık gözetilmeden hakların tanınması Düzgün yaşam koşullarına yönelik gerekli düzenlemelerin yapılarak önlemlerin alınması -Medeni hakları konusunda ve ekonomik, sosyal ve siyasi haklar konusunda gerekli düzenlemelerin yapılması - Uygun koşullarda tedavi hakkına sahip olmaları -Kendi kendilerine yeterli olmalarının sağlanması -İstihdamlarının ve ulaşım imkânlarının geliştirilmesi
Engellilerin Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı Hakkında 159 ILO Sözleşmesi	1983	Engellilerin mesleki rehabilitasyonu

Engellilerin Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı Hakkında 168 Sayılı ILO Tavsiye Kararı	1988	Engellilerin istihdamı ve mesleki eğitimleri
Çocuk Haklarına Dair BM Sözleşmesi	1989	1959 BM Çocuk Hakları Bildirgesindeki önceki hükümler korunmuştur.
UNESCO Herkes İçin Eşit Eğitim Bildirgesi	1990	Engellilerin eğitim hakkı
Engellilere yönelik İnsan Kaynakları Geliştirme Eylem Planı için Talim Çerçevesi	1990	İstihdam
Sakatlar İçin Fırsat Eşitliği Standart Kuralları	1994	Engellilerin rehabilitasyonuna yönelik hizmetler bütünü ele alınmaktadır.
Kopenhag Sosyal Kalkınma Bildirgesi ve Sosyal Kalkınma Eylem Planı BM Sosyal Kalkınma Dünya Konferansı Raporu	1995	Engelli bireylerin kendi kendilerine yeterli hale gelebilmeleri için eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerinin kaliteli sunumu
Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi	2006	Engelli bireylerle ilgili en kapsamlı ve temel uluslararası düzenleme

\*Kaynak: Çitil, M, Üçüncü, M, 2018

### 1.5. Türkiye’de Engelli Hakları İle İlgili Gelişmeler

Cumhuriyetin ilanından 1950’li yıllara kadar geçen sürede devletin engelliler ile ilgili yasal bir adım attığı söylenemez. Tablo 4’te Türkiye Cumhuriyeti Devleti’nin 1950’li yıllardan sonra engelliler için gerçekleştirdiği bazı önemli yasal düzenlemeler aktarılmıştır.

Tablo 4 Türkiye tarafından gerçekleştirilen bazı önemli yasal düzenlemeler

Yasal Düzenleme	Tarih	Konu
Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı olan İzmir'deki Sağır-Dilsiz ve Körler Okulu'nun Milli Eğitim Bakanlığı'na devredilmesini düzenleyen 5822 sayılı Kanun	1951	Bu Kanun ile özel gereksinimli bireyleri yetiştirme işinin bir sağlık hizmeti olarak algılanmasından vaz geçilmiştir. Ayrıca farklı engel türlerindeki öğrencilerin aynı eğitim kurumunda öğrenim görmeleri uygulamasına son verilmiştir.
Korunmaya Muhtaç Çocuklar Hakkında Kanun	1957	Bu kanunla 1949 yılında çıkarılan 5387 sayılı kanunun aksaklıklarının giderilmesi amaçlanmıştır
222 Numaralı İlköğretim ve Eğitim Kanunu	1961	Kanunun 12. Maddesine göre <i>"mecburi ilköğretim çağında buldukları halde zihnen, bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan özürlü olan çocukların özel eğitim ve öğretim görmeleri sağlanır"</i> denilerek Türk Milli Eğitim sistemi içerisinde özel eğitimin resmen devlet tarafından kabul edildiği ve özel eğitim hizmetlerinin devlet tarafından yürütüldüğü vurgulanmıştır.
1961 Anayasası	1961	50. madde <i>"Devlet, durumları sebebiyle özel eğitime ihtiyacı olanları, topluma yararlı kılacak tedbirleri alır."</i> hükümleri yer almaktadır. Böylece engellilerin eğitimi anayasal güvenceye alınmıştır.
Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Yönetmeliği	1962 1967 1968	Yönetmelikte özel eğitime muhtaç çocukların tanımları, sınıflandırılmaları, engel grupları ve bunların oranları, özel eğitimin amaçları ve özel eğitim kurumları personellerinin görevleri belirtilmiştir.
Gümrük Kanunu	1972	Özel gereksinimli bireyler tarafından kullanılacak makine,

		teçhizat, teşhis ve tedavide kullanılacak ilaçlardan gümrük vergisi alınmayacağı yasal olarak hükme bağlanmıştır.
1739 Sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu	1973	8. maddede "... Özel eğitime ve korunmaya muhtaç çocukları yetiştirmek için özel tedbirler alınır" hükmü getirilmiştir.
Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Yönetmeliği	1975	Kapsamı genişletilmiştir.
1982 Anayasası	1982	42. maddede "... Devlet, durumları sebebiyle özel eğitime ihtiyacı olanları topluma yararlı kılacak tedbirleri alır...." denilmiş, bu madde ile özel gereksinimli vatandaşlarımızın eğitimle ilgili hakları 1961 Anayasası'nda olduğu gibi korunmuştur.
2916 sayılı Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanunu	1983	Özel eğitimle ilgili doğrudan çıkarılan ilk ve en kapsamlı kanun
3308 Sayılı Mesleki Eğitim Kanunu	1986	Kanun'un 39. maddesi ile "Bakanlık, özel eğitime muhtaç kişilere iş hayatında geçerliliği olan görevlere hazırlayıcı özel meslek kursları düzenler. Kursların düzenlenmesinde ve uygulanmasında bu kişilerin ilgi, ihtiyaç ve yetenekleri dikkate alınır" hükümleri getirilmiştir.
573 sayılı KHK	1997	2916 sayılı Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanununun yerine geçmiştir.
Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği	2000 - 2006	573 sayılı KHK'ya göre hazırlanmış kapsamlı yönetmeliktir.
Türk Medenî Kanunu	2001	340. Maddesinde "Ana ve baba, çocuğu olanaklarına göre eğitirler ve onun bedensel, zihinsel, ruhsal, ahlâkî ve toplumsal gelişimini sağlar ve korurlar. Ana ve baba çocuğa, özellikle bedensel ve zihinsel özürli olanlara, yetenek ve eğilimlerine uygun düşecek ölçüde, genel ve

		meslekî bir eğitim sağlarlar” hükmü getirilmiştir.
5378 sayılı Engelliler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun	2005	Engelliler ile ilgili birçok düzenlemeyi içeren doğrudan engelliler için çıkarılmış ilk kanundur.

\*Kaynak: Çitil, M, Üçüncü, M, 2018

Türkiye’de 1950’li yıllardan sonra kapsamlı çalışmalar yapılmaya başlanmış ve bu çalışmalar yasal dayanaklarla desteklenmiştir.

Ülkemizde engelli bireyler ile ilgili hizmetlerin zeminini 573 sayılı Özel Eğitim Hakkında KHK( Kanun Hükmünde Kararname) ve 5378 Sayılı Engelliler Kanunu oluşturmaktadır. Bu kanun ve KHK ile özel gereksinime ihtiyacı olan bireylere sunulacak hizmetler yasal bir çerçeve içine alınmıştır. Bu çerçeve içerisinde ülkemizde engelli bireylere ve ailelerine yönelik hayatlarını idame ettirmek ve ekonomik durumlarını güvence altına almak adına ayırıcı, ekonomik ve sosyal haklar tanınmıştır.

### 1.6. Türkiye’de Engelli Nüfusu

Ülkemizde engelli bireylere yönelik politikalar geliştiren kurumlar açısından, engelli sayısının kayıt altında tutulması önem arz etmektedir. Bu ihtiyacı karşılamak için; Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı öncülüğünde "Ulusal Engelli Veri Sistemi" oluşturulmuştur. Ülkemizde, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının oluşturduğu Ulusal Engelli Veri Sisteminde Ekim 2020 tarihi itibari ile kayıtlı ve hayatta olan engelli sayısı 2.535.233 kişidir. Bunların; 1.425.667’si erkek, 1.109.566’sı kadındır. Toplam engelli sayısı içerisinde 764.271 kişi ise ağır engelli olarak açıklanmıştır. TÜİK verilerine göre 2020 yılında Türkiye’nin nüfusu 83.154.997 kişi olarak açıklanmıştır. Bu verilere göre Türkiye’de engelli kişi oranı yaklaşık olarak %6.6’dır. Ankara nüfusunun %6.6 ‘sı hesaplandığında Ankara’da yaklaşık olarak 372 bin engelli birey ikamet etmektedir. Aşağıdaki Tablo 5’te Ulusal Engelli Veri Sistemine kayıtlı ve halen hayatta olan engel gruplarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 5 Veri sisteminde kayıtlı ve hayatta olan engellilerin engel gruplarına göre dağılımları

Engel Grubu	Kişi Sayısı	Oranı (%)
Görme	277.001	9,83
İşitme	228.589	8,11
Dil ve Konuşma	40.981	1,45
Ortopedik	383.134	13,59
Zihinsel	486.676	17,27
Ruhsal ve Duygusal	215.915	7,66
Süreğen Hastalık	1.119.007	39,70
Diğer	67.324	2,39

Kaynak: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020

Not: Engelli Sağlık Kurulu Raporu almak için yetkili hastanelere başvurmamış ve hizmet almak için devletle temasa geçmemiş bireyleri kapsamamaktadır.

Tablo 6'da Ulusal Engelli Veri Sistemine kayıtlı ve halen hayatta olan engelli bireylerin yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 6 Veri tabanında kayıtlı ve hayatta olan engellilerin yaş grubu ve cinsiyete göre dağılımları

Yaş Grupları	Erkek	Kadın	Toplam
0-4	18.756	13.627	32.383
5-9	57.936	35.624	93.560
10-14	74.365	48.649	123.014
15-19	80.793	55.156	135.949
20-24	87.566	59.992	147.558
25-29	83.275	51.379	134.654
30-34	87.585	55.124	142.709
35-39	105.680	71.220	176.900
40-44	122.085	81.654	203.739
45-49	136.164	86.730	222.894
50-54	121.058	77.741	198.799
55-59	112.329	81.894	194.223
60-64	97.095	72.473	169.568
65-69	74.274	62.465	136.739
70-74	55.636	57.551	113.187
75-79	42.313	53.704	96.017
80-84	31.182	55.786	86.968
85+	36.166	88.034	124.200

Kaynak: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020

XXXXXS  
GCPS

## İKİNCİ BÖLÜM

### 2. SAĞLIK HİZMETLERİNİN TANIMI, KAPSAMI ve SAĞLIK KURUMLARINDA ENGELLİ BİREYLER İÇİN ULAŞILABİLİRLİK

#### 2.1. Sağlık Hizmetleri Kavramı

Günümüzde sağlık hizmetleri anlayışı, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF)'in öncülüğünde 1978 yılında gerçekleştirilen ve hemen hemen bütün ülkelerin ve uluslararası kuruluşların katıldığı, Kazakistan'ın Alma-Ata şehrindeki "Temel Sağlık Hizmetleri Konferansında" şekillenmiştir. Temel sağlık hizmetleri, bireylere ilk ve en yakın temas noktasıdır (Öztek, 2018). Öztek (2018)'e göre temel sağlık hizmetleri bulunduğu ülkelerde ulusal kalkınma için büyük önem taşır. Temel Sağlık Hizmetleri;

- Sağlık hizmetlerinin genelini ilgilendiren bir görüştür,
- Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinin anahtarıdır,
- Sağlık hizmetlerinin ilk basamağıdır,
- Sağlık hizmetleri bir faaliyetler topluluğudur.

#### 2.2. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Amaçları

Dünya sağlık örgütünün tanımına göre sağlık: Sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir" biçiminde tanımlamaktadır (Tekin,2007). Bireylerin tam bir iyilik halinde olmaları için gerek duydukları sağlık hizmetleri ise, toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesi için yapılan ve uygulanan bütün hizmetlerdir. Hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu için uygulanan ve oluşabilecek her türlü hastalıkların önüne geçmek için yapılan faaliyetler sağlık hizmetleri kapsamına girmektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yapılan her türlü faaliyetlerdir.

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergeye göre sağlık hizmetleri;

“İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve becerileri azalmış olanların iyileştirilmesi için yapılan hizmetlerdir” (Somunoğlu ve diğerleri, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nün sağlık hizmetleri tanımı ise; “Belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinden yararlanarak toplumun gereksinme ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem” olarak açıklanmıştır(Kavuncubaşı,2000).

Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetleri tanımını yaparken; insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi bedeni ve ruhi melekleri azalmış olanların rehabilitasyonu için yapılan tıbbi faaliyetler” ifadelerini kullanmıştır (Filiz,2010).

Tanımlar çerçevesinde; sağlık hizmetlerinin, farklı faaliyet kollarının birleşmesiyle oluştuğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde farklı faaliyet kollarının biraya gelmesini temel nedeni; sağlığın birçok faktörden etkilenmesidir (Somunoğlu ve diğerleri, 2012).

Sağlık hizmetleri, toplumlarda ve toplumu oluşturan bireylerde var olan veya ilerde var olması öngörülen hastalıklar için çeşitli tedaviler uygulamak adına oluşmuş bir sistemdir. Sağlık hizmetleri, taşıdığı özelliklerinden dolayı diğer hizmetlere göre bireyler için önemi biraz daha farklıdır. Sağlık değişken, dayanıksız, elle tutulamayan, stoklanamayan, tekrarlanamayan ya da nadiren tekrarlanabilen özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetlerinde hata telafi edilemez, hizmetlerin yetersizliği bireysel ve toplumsal sorunlara yol açar (Kırmızı, 2010). Sağlık hizmetleri diğer hizmetlere göre daha soyut bir kavramdır. Hastaların kendilerine sunulan hizmeti satın almadan önce deneme ve tecrübe kazanma imkânları yoktur. Daha iyi hizmet sağlayabilmek ve hasta memnuniyetini daha üst seviyelere çıkarabilmek için, sağlık hizmetleri özellikleri geliştirilmeli ve sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar tarafından etkili sağlık hizmetleri verilmelidir (Tengilimoğlu, 2001).

Sağlık hizmetlerinin nihai amacı bireylerin sağlıklı bir şekilde yaşamlarını devam ettirmelerini sağlamak ve bu durumu önce koruyup sonra geliştirmektir. (Sargutan, 2005). Diğer bir amacı ise toplumlarda ortaya çıkabilecek hastalıklara karşı gerekli önlemleri alarak toplumun sağlık standardını yükseltmektir. Sağlık hizmetlerinin bir diğer temel amacı ise alınan önlemlere rağmen doğabilecek sağlık sorunlarında olabilecek en kısa sürede, en uygun maliyetle ve etik ilkeler doğrultusunda kişilerin sağlık ihtiyacını karşılamaktır (Erdem 2007).

Sağlık hizmetlerini bireylere ihtiyacı doğrultusunda sunmak çok önemlidir. Aksi halde hizmet alıcısı olan bireyin faydası etkin olmayacaktır.

### 2.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık sektörünün öneminin günden güne artması sebebiyle bu sektör kendini sürekli yenilemek ve geliştirmek zorundadır. Sağlık sektörünün bir takım özelliklerini ön plana çıkarması ve bu konularda ihtiyaçlara cevap verebilmesi için, küresel olarak gündeme gelen sorunlara çözüm sunması mecburidir. Sağlık hizmetleri sektörü bir takım önlemler alarak kendine has bazı özellikleri meydana çıkarması gerekmektedir(Ergüden, 2015)

Sağlık hizmetleri diğer hizmet sektörlerine göre çok daha kapsamlı ve kapsayıcıdır. Hitap ettiği kesim sınırlı değil toplumun tamamını ilgilendiren bir faaliyet alanıdır. Sağlık hizmetleri özellikleri bakımından çeşitli başlık altında toplanabilir. Aşağıda sekiz başlık altında toplanmış olan sağlık hizmetleri özellikleri(Mutlu ve Işık, 2005);

- Kamusal özelliği
- Dışsallık özelliği
- Erdemli mal olma özelliği
- Devlet müdahalelerinin boyutu
- Belirsizlik altında seçim faktörü
- Asimetrik bilgi faktörü
- Hastalık riskinin ve tüketiminin önceden belirlenememesi

- Sağlık malının yetersiz tüketiminin toplumu da etkilemesi

## 2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri genel olarak tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olarak sınıflandırılır.

### 2.4.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri sadece hasta olan bireyleri değil toplumun tamamını kapsayan bir hizmettir. Hastalığa veya sakatlığa sebep olan nedenlere karşı önceden önlem alınmasıdır. Koruyucu sağlık sistemi diğer sağlık sistemlerine göre daha etkili ve daha düşük maliyetli olduğu için ülkeler koruyucu sağlık sistemlerine büyük önem vermektedirler.

Koruyucu sağlık hizmetleri bireye ve çevreye yönelik olarak 2 grupta incelenmektedir.

*Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri;* Hekim, hemşire gibi sağlık hizmeti verenlerin yürüttüğü hizmetlerdir. Hastalıkların erken teşhis ve tedavisinin sağlanmasında önemli katkısı vardır.

- Bağışıklama
- Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- İlaçla koruma
- Kişisel temizlik ve bakım
- Yeterli ve dengeli beslenme
- Aşırı doğurganlık kontrolü
- Sağlık Eğitimi gibi hizmetler bireye yönelik sağlık hizmetleridir ve sağlık mensupları tarafından verilir (Somunoğlu ve diğerleri, 2012)

*Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri;* İnsan sağlığını olumsuz yönde etkileyecek çevre faktörlerini en aza indirmek veya ortadan kaldırmayı amaçlayan sağlık hizmetleridir ve bu alanda eğitim almış meslek mensupları tarafından yürütülen faaliyetlerdir.

- Yeteri kadar ve temiz su sağlanması,
- Katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,
- Vektörlerle (haşerelerle) savaş,
- Hava kirliliği ile savaş,
- Radyasyonla ve gürültü ile savaş (Erginöz ve Erdoğan, 2010)

#### **2.4.2. Tedavi edici sağlık hizmetleri**

Hastalık riskinin ortaya çıkması durumunda verilen hizmet tedavi edici sağlık hizmetleridir. Tedavi hizmetleri ayakta tedavi, yataklı tedavi ve evde bakım şeklinde sınıflandırılabilir. Bunlardan yataklı tedavi sistemi en pahalı olanıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerine göre, tedavi edici sağlık hizmetlerinde kişisel fayda ön plandadır. Tedavi hizmetleri, en uç noktadaki ayakta tedavi birimi veya hastaneden, en üst seviyedeki modern üst müracaat hastanelerine kadar uzanan bir yapı içerisinde verilir(Yıldırım, 1994)

Tedavi edici sağlık hizmetlerini ayakta ve yatarak sağlık hizmeti veren kurumlar sunar ve birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılır.

##### *Birinci Basamak Tedavi Hizmeti*

Tedavi edici sağlık hizmetleri bireylerin genelde ilk başvurdukları ve bireylere en yakın olan birinci basamak tedavi hizmeti sunan kuruluşlardır. Hastalıkların ayakta teşhis ve tedavisi için yapılan hizmetlerdir. (Öztek, 2001).

Bu hizmetler sağlık ocaklarında polikliniklerde yapıldığı gibi ev ortamında da yapılmaktadır.

#### *İkinci Basamak Tedavi Hizmeti*

Hastaların sağlık durumuna göre yatırılarak teşhislerinin yapıldığı ve tedavi hizmetlerinin verildiğı genel hastanelerdir. Özel hastaneler, devlet hastaneleri, yataklı sağlık merkezleri gibi.

#### *Üçüncü Basamak Tedavi Hizmeti*

İleri teknolojiye sahip sağlık kuruluşlarında farklı uzmanlık seviyelerine sahip personelin verdiği hizmetleri kapsamaktadır.

Ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri gibi hastanelerdir. Buralardaki hizmetler pahalı hizmetlerdir (Hayran ve Sur, 1997).

Hastaların sunulan bu hizmetlerden en iyi şekilde yararlanabilmesi için basamaklar arasında sevk zincirine önem verilmesi gerekmektedir. Bu hem sunulan hizmetin faydasını arttıracaktır hem de maliyeti azaltacaktır (Somunoğlu ve diğerleri, 2012)

#### **2.4.3. Rehabilite edici sağlık hizmetleri**

Kaza, savaş, felaketler gibi önceden tahmin edilemeyen bir şekilde ortaya çıkan ve insanların sakat kalmasına sebep olan veya çalışma güçlerini, motivasyonlarını engelleyen olaylar sonrasında hastaların topluma kazandırılması ve böylece ekonomik, sosyal, kültürel olarak güçlendirilmesini sağlamaya yönelik hizmetlere, Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri denmektedir(Akbelen, 2007) Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılır:

1. Tıbbi Rehabilitasyon Bedensel ve kalıcı rahatsızlıkların tedavi edilip yaşam kalitesini arttırmaya yönelik hizmetlerdir. “İşitme ve görme kusurlarının azaltılması,

protez ve ortez kullanımı gibi faaliyetler bu hizmete örnek verilebilir” (Kavuncubaşı, 2000).

2. Sosyal Rehabilitasyon Sakat ve özürlü olan kişilerin, günlük hayata aktif katılabilmeleri, başkalarına ihtiyacı olmadan yaşayabilmeleri için çevreye uyum sağlamaları ve öğrenmeleri konusunda yapılan hizmetlerdir (Kavuncubaşı, 2000)

#### **2.4.4. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri**

Bedenen ve ruhen sağlıklı insanların sağlık durumlarının daha iyi ve daha üst seviyelere ilerlemelerini sağlamak için verilen hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetleri sadece sağlık kurumlarının sorumluluğu değil ulusal ve uluslararası tüm özel kamu ve kuruluşlarının da sorumluluğudur. Ancak asıl sorumluluk kişilerindir. Sağlığın geliştirilmesi, bedensel, zihinsel ve ruhsal sağlık durumu, yaşam kalitesi ve yaşam süresinin yüksek seviyelere çıkarılmasını hedeflemektedir(Kavuncubaşı, 2000).

#### **2.5. Ulaşılabilirlik Kavramı**

Mevcut çevre koşullarının her bireyin bu çevreyi özgürce ve güvenli bir şekilde kullanabilmesi ilkesine dayanmaktadır. Engelli bireyler toplumsal hayata katılmaları için fiziksel, sosyal, kültürel olanaklara, ürünlere ve hizmetlere erişebilmeleri, temel hak ve özgürlüklerden kabul edilmiş ve uluslararası ve ulusal kanunlarla bu hakları güvence altına alınmıştır. Ancak yasalarla güvence altına alınan bu haklarını kullanabilmelerinin en önemli koşulu ulaşılabilirliğin sağlanmasıdır(European Commission, 2006). Ulaşılabilirlik,

**A) Fiziksel çevreye ulaşılabilirlik,**

**B) Bilgiye ulaşılabilirlik olarak iki temel erişimi içermektedir.**

Bu faktörler birbirleriyle ilişki içindedir ve her bir faktör bir diğerini etkilemektedir. Bu yüzden genel anlamda birbirlerinden bağımsız düşünülmemesi gerekir. Ulaşılabilirlik, engellilerin temel hak ve özgürlüklerini kullanabilmesi için en temel unsurlardan biridir(Akçalı, 2015).

Hayat boyunca bireyler eğitim, iş, sağlık, eğlence v.b. konularda aynı hakka sahiptirler. İlk etapta engelli bireylerin ulaşılabilirliği için düzenlenecek olan fiziksel çevre sadece engelli bireyler için değil, bununla beraber geçici olarak engeli olanlar için, ileri yaştaki bireyler, gebeler, gibi hareket kısıtlılığı olan bireyler olarak adlandırılan bireylerin de ulaşılabilirliğini, aynı zamanda günlük yaşama katılımlarını sağlayacaktır(Özida, 2010).

## **2.6. Ulaşılabilir Sağlık Kurumlarının Özellikleri**

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı tarafından 2012 yılında yayınlanan “Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgileri Rehberinde” ulaşılabilir sağlık kurumlarının fiziki anlamda olması gereken özellikleri yayınlamıştır. Bazı önemli özellikler Ek-2’de maddeler halinde gösterilmektedir.

## **2.7. Ulaşılabilirlik ve Engellilik İlişkisi**

Toplumun her bireyinin olduğu gibi engelli bireylerin de toplum için var olan imkânlara katılımının sağlıklı bir şekilde sağlanması sosyal devlet anlayışının temel ilkelerinden birisidir. Dünya çapında yapılan araştırmalar insan hakları temelinde tüm bireylerin hiçbir ayrımcılığa uğramaksızın tüm hizmetlerden aynı ölçüde yararlanabilmesi üzerine şekillendirilmektedir. Bunun gerçekleştirilmesi için gerekli olan tek koşul da gerek hizmet, gerekse de bilginin istisnasız bir şekilde ulaşılabilir olmasıdır (Ünver, 2016).

Genel sağlık hizmetleri kapsamında fiziksel engeller ve iletişim ile ilişkili diğer engellerin giderilmesi amacıyla; sağlık kurumlarında yapısal değişikliklerin yapılması, evrensel tasarım gerekliliklerine göre belirlenmiş özelliklere sahip donanımların kullanılması, randevu sistemlerinin engellilerin gereksinimlerine göre düzenlenmesi ve hizmetlerin her bir birey iletilmesi için gerekli olan alternatif modellerin geliştirilmesi ve kullanılması gibi bir dizi yaklaşım kullanılmıştır. Karmaşık sağlık problemleri olan ve ulaşılması güç gruplar içerisinde bulunan insanlara belirli hizmetler hedeflenerek, bireysel bakım planları geliştirilerek ve bakım koordinatörü

görevlendirilerek ulaşılabilir. Engelli bireyler doğrudan birincil bakım hizmeti gerçekleştiren ekiplerinden hizmet almalı, fakat kapsamlı sağlık hizmetlerine gereksinim olduğunda özelleşmiş hizmetler ve gerekli kurumlar mevcut bulunmalıdır (WHO, 2011).

Engelli bireylerin sosyal yaşamın tüm alanlarından tam ve eşit yararlanmasının önündeki en büyük sorunu ulaşılabilirlik konusundaki engeller oluşturmaktadır. Temel yaşamsal gereksinimlerine ulaşabilmeleri için engelli bireylerin sosyal yaşam alanlarına ulaşmaları ve bu alanları bağımsız şekilde kullanabilmeleri gerekmektedir. Ulaşılabilirliğin sağlanması aynı zamanda engelli bireylerin aktif ve üretken olarak toplum yaşamına tam katılımının önünü açacaktır. Ulaşılabilir çevre ve hizmetler toplumsal dışlanmayı önleyen bir unsur olarak önem kazanmaktadır. Bu bakışla ulaşılabilirliğin sağlanmasının ayrımcılıkla mücadele sürecine de ciddi bir katkı sağlayacağı açıktır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2008)

XXXXXS  
GCPS

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### ENGELLİ BİREYLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ULAŞILABİLİRLİK DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ VE MEMNUNİYET ANALİZİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Engelli bireyler engelleri sebebiyle her alanda birçok problem ile karşılaşmaktadır. Engelli bireyler günlük hayatta sıradan sayılabilecek ihtiyaçlarını karşılanması ve öncelikle sağlık, istihdam, eğitim, yoksulluk, ulaşım, çevre gibi birçok alanda engelleri nedeniyle olumsuzlukla karşılaşabilmekte ve toplumsal imkanlardan tam manası ile faydalanamamaktadırlar. Sağlık hizmeti açısından da sağlık kurum ve kuruluşlarında engelli bireylerin etkin sağlık hizmeti alımının önünde birtakım sorunlar bulunmaktadır.

Gerçekleştirilen bu araştırma kapsamında, toplumun her alanında çeşitli sorunlar ile karşılaşan engelli bireylerin sağlık hizmetine erişim ve doğrudan hizmet alımında engel yaşamamaları, ayrıca sunulan sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanmalarının sağlanması amacıyla engelli bireylerin karşılaştığı çeşitli sorunların belirlenerek çözüm önerilerinin sunulması amaçlanmıştır. Bu çalışmanın amacı; Ankara'da ikamet eden engelli bireylerin öncelikli olarak sağlık hizmetlerine etkin bir şekilde ulaşılabilirlik düzeylerinin belirlenmesi, sağlık hizmeti alımında var olan engellerin tespit edilerek, çözüm önerilerinin geliştirilmesi ve engelli bireylerin sağlık hizmeti alımındaki memnuniyetlerinin ölçülerek tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırma engellilere sunulan sağlık hizmetlerinin yeterliliği ve kalitesine ilişkin engelli bireylerin düşüncelerinin belirlenmesi ve teorik olarak uygulamada olması gereken çeşitli olguların hangi ölçüde başarılı olduğunun belirlenmesi açısından önemlidir.

### 3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1. Cinsiyet ile algılanan sağlık hizmetleri kalitesindeki memnuniyet arasında ilişki bulunmaktadır.

H2. Cinsiyet ile iletişim problemi yaşama arasında ilişki bulunmaktadır.

H4. Cinsiyet ile bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma arasında ilişki bulunmaktadır.

H5. Cinsiyet ile randevu sisteminden yararlanma arasında ilişki bulunmaktadır.

H6. Cinsiyet ile ilk başvuru sağlık kurumu arasında ilişki bulunmaktadır.

H7. Cinsiyet ile hastanede verilen hizmetlerin genel anlamdaki algılanan yeterliliği arasında ilişki bulunmaktadır.

H8. Cinsiyet ile engelli maaşı alma arasında ilişki bulunmaktadır.

H9. Cinsiyet ile STK üyeliği arasında ilişki bulunmaktadır.

H10. Medeni durum ile öncelik hakkının kullanılması arasında ilişki bulunmaktadır.

H11. Medeni durum ile algılanan sağlık hizmetleri kalitesindeki memnuniyeti arasında ilişki bulunmaktadır.

H12. Medeni durum ile iletişim problemi yaşama arasında ilişki bulunmaktadır.

H13. Medeni durum ile hastanede verilen hizmetlerin genel anlamdaki algılanan yeterliliği arasında ilişki bulunmaktadır.

H14. Medeni durum ile engelli maaşı alma arasında ilişki bulunmaktadır.

H15. Medeni durum ile STK üyeliği arasında ilişki bulunmaktadır.

H16. Medeni durum ile bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma arasında ilişki bulunmaktadır.

H17. Yaş ile algılanan sağlık hizmetlerinin kalitesindeki memnuniyeti arasında ilişki bulunmaktadır.

H18. Yaş ile randevu sisteminden yararlanma arasında ilişki bulunmaktadır.

H19. Yaş ile engelli maaşı alma arasında ilişki bulunmaktadır.

H20. Meslek ile öncelik hakkının kullanılması arasında ilişki bulunmaktadır.

H21. Meslek ile ilk başvuru sağlık kurumu arasında ilişki bulunmaktadır.

H22. Meslek ile hastanede verilen hizmetlerin genel anlamdaki algılanan yeterliliği arasında ilişki bulunmaktadır.

H23. Meslek ile STK üyeliği arasında ilişki bulunmaktadır.

H24. Eğitim durumu ile randevu sisteminden yararlanma arasında ilişki bulunmaktadır.

H25. Eğitim durumu ile hastanede verilen hizmetlerin genel anlamdaki algılanan yeterliliği arasında ilişki bulunmaktadır.

H26. Eğitim durumu ile engelli maaşı alma arasında ilişki bulunmaktadır.

H27. Gelir düzeyi ile engelli maaşı alma arasında ilişki bulunmaktadır.

H28. Gelir düzeyi ile STK üyeliği arasında ilişki bulunmaktadır.

### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu çalışmanın evrenini Ankara ilinde yaşayan ve sağlık hizmeti için Ankara'daki hastanelerden hizmet gören engelli bireyler oluşturmaktadır. Ülkemizde, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığının oluşturduğu Ulusal Engelli Veri Sisteminde Ekim 2020 tarihi itibari ile kayıtlı ve hayatta olan engelli sayısı 2.535.233 kişidir. Yani Türkiye nüfusunun yüzde 6,6'sını engelliler oluşturuyor.

TÜİK tarafından açıklanan rakamlara göre; Ankara'nın nüfusu 5 milyon 639 bin 076'dır. Ankara nüfusunun % 6,6'sı hesaplandığında yaklaşık olarak Ankara'da 372 bin engelli birey ikamet etmektedir. Dolayısıyla araştırmanın evrenini Ankara'da ikamet eden tahmini 372 bin engelli birey oluşturmaktadır. Nicel araştırma yöntemlerinden anket yöntemi kullanılmış olup örneklem büyüklüğünün belirlenmesi sürecinde benzer çalışmalardan, uzman görüşlerinden ve aşağıda sunulan formülden faydalanılarak belirlenmiştir (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2004).

$$n = \frac{N.t^2.p.q}{d^2.(N-1) + t^2.p.q}$$

Araştırmanın örneklemini Ankara'da ikamet eden ve Ankara'daki hastaneleri kullanan 400 engelli birey oluşturmaktadır. Anket uygulaması yüz yüze ve online ortamda yapılmış olup online olarak gelen anketlerin bir kısmında soruların eksik cevaplanmasından dolayı değerlendirilmeye alınmamış olup toplamda 282 anket değerlendirilmiştir.

### 3.4. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Analizi

Araştırmada veri toplama aracı olarak birinci derece veri toplama yöntemlerinden olan anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan anket formunun oluşturulması sürecinde, engelli bireylerin temel sağlık sorunları ve bu sağlık sorunlarına bağlı olarak faydalanılan sağlık hizmetlerinden yararlanmaları konuları ile ilgili çeşitli kaynaklardan literatür taraması yapılmış, konu ile ilgili olan ve fikir beyan etmek isteyen her yaş ve farklı eğitim ve meslek gruplarına mensup engelli bireyler ile görüşülmüş, engelli bireylerin sağlık hizmeti alımına yönelik değerlendirmeleri tespit edilmiştir. Tüm bu eleştiri ve değerlendirmeler anket sorularının oluşturulması sürecinde dikkate alınmıştır.

Veriler Ankara il ve ilçe merkezlerindeki hastanelerden hizmet alan ve gönüllü olarak ankete katılmak isteyen 16 yaşından büyük engelli bireyler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Anket formunda engelli bireylere ilişkin sosyo-demografik özelliklerin (cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, sosyal güvence vb.) yanında, engel türleri, engel oranları, engelli olma nedenleri, engellerine yönelik tedavi hizmeti almaları, sağlık personelleri ile iletişim gibi 20 farklı soru sorulmuştur. Ayrıca engellilerin memnuniyet düzeylerini ölçme amacıyla hazırlanan 3'lü likert tipi 25 soru sorulmuştur. 3'lü likert; Katılmıyorum (1), Kararsızım (2) ve Katılıyorum (3) şeklinde kodlanmış ve puanlandırılmıştır.

### 3.5. Analiz

Araştırmada elde edilecek olan verilerin işlenmesinin ardından veri analizleri SPSS programı aracılığıyla gerçekleştirilip, değerlendirilmiştir. Bu kapsamda, araştırmada verilerden bilgi toplamak için frekans tablolarından, aritmetik ortalama, standart sapma, güvenilirlik analizi (Cronbach's Alpha testi) gerçekleştirilmiştir. Ayrıca elde edilen verilerin istatistiksel analizinin yapılabilmesi için verilerin normal dağılım sergileyip sergilemediği araştırılmıştır ve yapılan analizler neticesinde verilerin normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde veriler normal dağılım göstermediği için parametrik olmayan veri analizi için uygun Chi-Square (Ki-kare) analizi kullanılmıştır.

### 3.6. Bulgular

#### 3.6.1. Engellilerin demografik özelliklerinin değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan engelli bireylerin cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim gibi demografik özelliklerine ilişkin dağılımları Tablo 7’de özetlenmiştir.

Tablo 7. Engelli bireylerin cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim demografik verileri

Değişken	Frekans	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	162	57,4
Erkek	120	42,6
Toplam	282	100
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	180	63,8
Bekar	102	36,2
Toplam	282	100
<b>Yaş</b>		
16-25	57	20,2
26-35	31	11,0
36-45	75	26,6
46-55	55	19,5
56-65	38	13,5
66+	26	9,2
Toplam	282	100
<b>Eğitim</b>		
Okuryazar	15	5,3
İlköğretim	22	7,8
Ortaöğretim	36	12,8
Lise	126	44,7
Lisans	78	27,7
Lisansüstü	5	1,8
Toplam	282	100

Tablo 1’de özetlendiği üzere araştırmaya katılan 282 engelli bireyin %42,6’sı erkek, %57,4’ü kadındır. Katılımcıların %63,8’i evli %36,2’si ise bekar bireylerden oluşmaktadır. Yaş dağılımı incelendiğinde katılımcıların en yaygın bulunduğu yaş grubu %26,6 oran ile 36 ila 45 yaş arasındaki bireylerden oluşmaktadır, en düşük

katılım ise %9,2 oran ile 66 yaş üstündeki bireylerde görülmektedir. Katılımcıların tümü göz önüne alındığında 45 yaş ve altı bireylerin toplam katılımcılara oranı % 57,8 oranındadır. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde en yoğun eğitim düzeyi %44,7 ile lise mezunlarından oluşmaktadır, okuryazar olmayan bireylerin oranı %5,3 iken lisans ve linsansüstü eğitimini tamamlayan bireylerin oranı %27,7 ve %1,8'dir.

Katılımcıların ekonomik durumları ile ilgili olarak sosyal durumları, meslek ve aylık gelir düzeyleri Tablo 8'de özetlenmiştir.

Tablo 8 Engelli bireylerin sosyal güvence, meslek ve gelir düzeyi verileri

Değişken	Frekans	%
<b>Sosyal Güvence</b>		
Emekli Sandığı	94	33,3
Bağ-Kur	42	14,9
SSK	69	24,5
Yeşil Kart	5	1,8
Özel Sağlık Sigortası	1	0,4
Yok	71	25,2
Toplam	282	100
<b>Meslek</b>		
Memur	77	27,3
İşçi	37	13,1
Serbest Meslek	27	9,6
Emekli	44	15,6
Öğrenci	51	18,6
Çalışmıyor	46	16,3
Toplam	282	100
<b>Gelir Düzeyi</b>		
1.000 TL ve altı	77	27,3
1.001 – 3.000 TL	114	40,4
3.001 – 5.000 TL	87	30,9
5.001 TL ve üzeri	4	1,4
Toplam	282	100

Araştırmaya katılan bireylerin sosyal güvenceleri incelendiğinde %33,3 birey ile emekli sandığından faydalanan bireyler oluşturmaktadır. Meslek dağılımı incelendiğinde en yoğun grubu %27,3 oran ile memurların, ardından %18,6 ile öğrencilerin oluşturduğu görülmektedir. Gelir düzeyleri incelendiğinde %27,3 ile

1.000 TL ve altı ile oldukça düşük gelire sahip olduğu görülmektedir. En yaygın gelir düzeyi ise %40,4 birey ile 1.001 ila 3.000 TL gelire sahip olan grupta görülmektedir. 5.001 TL ve üzeri gelire sahip bireylerin oranı ise %1,4'tür.

Katılımcıların engel durumları, engel oranları, engel sebepleri ve engelli maaşı alıp almamaları gibi durumlara verdikleri cevaplar Tablo 9'da özetlenmiştir.

Tablo 9 Engelli bireylerin engel durumları, engel oranları, engel sebepleri ve engelli maaşı alıp almamaları

Değişken	Frekans	%
<b>Engel Durumu</b>		
Bedensel engel	24	8,5
Zihinsel engel	20	7,1
İşitme ve konuşma engeli	27	9,6
Görme engeli	28	9,9
Süreçen hastalık	136	48,2
Birden fazla engel	47	16,7
Toplam	282	100
<b>Engel Sebebi</b>		
Doğuştan	83	29,4
Hastalık sebebiyle	169	59,9
Engel sonradan oluşmuş	30	10,6
Toplam	282	100
<b>Engel Oranı</b>		
% 40 ve aşağısı	18	6,4
% 41-60	133	47,2
% 61-80	83	29,4
% 81-99	48	17
Toplam	282	100
<b>Engelli Maaş Alma</b>		
Evet	62	22
Hayır	220	78
Toplam	282	100
<b>Günlük Yaşantıda Yeterlilik Durumu</b>		
Evet	110	39
Kısmen	124	44
Hayır	48	17
Toplam	282	100

Araştırmaya katılan bireylerin engel durumları dikkate alındığında bedensel engelle sahip birey oranı %8,5, zihinsel engele sahip birey oranı %7,1, iştirme ve konuşma engeline sahip birey oranı %9,6, görme engeline sahip birey oranı %9,9, süregelen hastalıktan dolayı engele sahip birey oranı %48,2 bulunmaktadır. Ayrıca birden fazla engele sahip birey oranı %16,7 olarak bulunmaktadır. En yaygın görülen engel türü %48,2 oranıyla süregelen hastalıklardan kaynaklanan engellerdir. Engel sebeplerine bakıldığında doğuştan engelli olan birey oranı %29,4'tür, kaza ve benzeri nedenlerden dolayı sonradan engelli olan birey oranı %10,6'dur. En yaygın görülen engel sebebi ise %59,9 ile hastalık sebebiyle oluşan engellerdir. Engel oranlarına bakıldığında katılımcılar arasında görülen en yaygın engel oranı %47,2 ile % 41-60 arasında görülen engel oranıdır. Engellerinden dolayı 2022 (Engellilere verilen) maaşından faydalanılıp faydalanılmadığı sorulan katılımcıların %22'si engelli maaşı aldığını belirtmiştir, katılımcıların %78 gibi büyük bir oranı engelli maaşı almadığını belirtmiştir. Günlük yaşantısında ihtiyaçlarını karşılamada kendisini yeterli gören bireylerin oranı %39'dur. Kendini kısmen yeterli gören birey oranı %44 iken ihtiyaçlarını gidermede kendilerini yeterli görmeyenlerin oranı ise %17'dir.

Katılımcıların ulusal engelli veri tabanına kayıt olup olmaması ve engellilik ile ilgili sivil toplum kuruluşlarını üyelik bilgileri ile ilgili sorulara verilen cevaplar Tablo 10'da özetlenmiştir.

Tablo 10 Engelli bireylerin engelli veri tabanı ve sivil topluluk üyelik bilgileri

Değişken	Frekans	%
<b>Ulusal Engelli Veri Tabanına Kayıtlılık</b>		
Evet	236	83,7
Hayır	17	6
Böyle bir veri tabanı varlığından haberdar değilim	29	10,3
Toplam	282	100
<b>Sivil Toplum Üyeliği</b>		
Evet	67	23,8
Hayır	215	76,2
Toplam	282	100

Katılımcıların % 83,7'si ulusal engelli veri tabanına kayıtlı bireylerden oluşmaktadır, Katılımcıların %6'sı veri tabanından haberdar olmasına rağmen kayıtlı olmadığını, %10,3'ü ise böyle bir veri tabanının varlığından haberdar değildir. Sivil

toplum üyeliği olup olmadığı sorulan katılımcılardan %76,2'si herhangi bir engellilik ile ilgili sivil toplum üyeliğinin bulunmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %23,8'i sivil toplum kuruluşlarına üye olduğunu belirtmiştir.

### 3.6.2. Engellilerin sağlık hizmetlerine ulaşma düzeyleri

Araştırmaya katılan engelli bireylere sağlık hizmetlerine erişim ve ulaşım ile ilgili altı adet soru yöneltilmiştir. Bu sorular ile temel olarak engelli bireylerin randevu sisteminden yararlanıp yararlanmadıkları, rahatsızlık durumunda ilk başvuru yaptıkları sağlık kuruluşunun belirlenmesi, evde bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanıp yararlanmadıkları, sağlık kuruluşlarına hangi araçlar ile ulaştıkları ve sağlık kuruluşlarında iletişim problemi yaşayıp yaşamadıkları belirlenip değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Tablo 11 Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşma durumlarına ilişkin veriler

Değişken	Frekans	%
<b>Sağlık hizmeti alımında randevu sisteminden yararlanıyor musunuz?</b>		
Evet (Telefon)	178	63,1
Evet (İnternet)	67	23,8
Hayır	37	13,1
Toplam	282	100
<b>Rahatsızlık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık tesisi neresidir?</b>		
Aile Hakimliği	35	12,4
Devlet Hastaneleri	78	27,7
Üniversite Hastaneleri	166	58,9
Özel Hastaneler	3	1,1
Toplam	282	100
<b>Evde bakım hizmetinden yararlanıyor musunuz?</b>		
Böyle bir hizmetin varlığından haberdar değilim	9	3,2
Evet, yararlanıyorum	55	19,5
Şartlarım evde sağlık hizmeti almaya uygun değil	1	0,4
Hayır, yararlanmıyorum	217	77
Toplam	282	100
<b>Sağlık kurumlarına ulaşımı genellikle hangi yolla sağlıyorsunuz?</b>		
Şahsi aracım ile gidiyorum	80	28,4
Toplu ulaşım araçlarını kullanıyorum	173	61,3
Hasta nakil aracı ile gidiyorum (Belediye, bakanlık vb.)	29	10,3
Toplam	282	100

<b>Sağlık tesisinde iletişim problemi yaşıyor musunu? Yaşıyorsanız en fazla iletişim sorunu yaşadığımız sağlık personeli kimdir?</b>		
Hayır, yaşamıyorum	261	92,6
Evet, doktor	5	1,8
Evet, hemşire	7	2,5
Evet, tıbbi sekreter	9	3,2
Toplam	282	100

Katılımcıların sağlık hizmeti almak için randevu sisteminden faydalanma tercihleri incelendiğinde katılımcıların %86,9'u randevu isteminden faydalandığını belirtmiştir. Faydalanma şekilleri incelendiğinde katılımcıların %63,1'i telefon,%23,8'i ise internet vasıtasıyla randevu aldığı görülmektedir. %13,1'i ise ne telefon ne de internet vasıtası ile randevu almamaktadır. Rahatsızlık durumunda ilk başvuru olan sağlık kuruluşları incelendiğinde katılımcıların %58,9'u ilk başvuru olarak üniversite hastanelerini tercih etmektedir. En az tercih edilen sağlık kuruluşu %1,1 oranı ile özel hastaneler olmaktadır. Evde bakım hizmetlerinden yararlanılma durumu incelendiğinde katılımcıların %19,5'i evde bakım hizmetlerinden yararlanırken %77'si yararlanmamaktadır. Katılımcıların %3,2'si birey evde bakım hizmetinden haberdar olmadığını, %0,4'ü ise şartlarının evde bakım hizmeti almaya uygun olmadığını belirtmiştir. Sağlık kuruluşlarına ulaşım konusu incelendiğinde katılımcılar %61,3 ile büyük çoğunluğunun toplu taşıma ile %28,4'ünün şahsi aracı ile %10,3'ünün ise hasta nakil araçları ile ulaşım sağladığını görmekteyiz. Sağlık kurumlarında iletişim problemi yaşayıp yaşamadıkları sorulan katılımcıların %92,6 gibi çok büyük bir bölümü herhangi bir iletişim problemi yaşamadığını belirtmiştir. %3,2'si tıbbi sekreter ile %1,8'i doktor ile %2,5'i hemşire ile iletişim problemi yaşadığını belirtmiştir.

### **3.6.3. Engelli bireylerin sağlık hizmetlerinden memnuniyeti**

Araştırmaya dahil olan katılımcıların memnuniyet durumları analiz edilmiştir. Memnuniyet durumları erişim, uygunluk, hijyen, hizmet kalitesi, yeterlilik ve genel değerlendirme gibi alt kategorilerde değerlendirilmiştir.

Katılımcıların sağlık hizmetlerindeki genel erişim zorlukları, tedavi için gerekli ekipman erişimi, ilaç erişimi ve hastanelere erişim yöntemlerinin değerlendirilmesi Tablo 12’de özetlenmiştir.

Tablo 12 Engelli bireylerin memnuniyet durumlarına ilişkin veriler - 1

<b>Değişken</b>	<b>Frekans</b>	<b>%</b>
<b>Sağlık hizmetlerine erişimde zorlukla karşılaşıyorum</b>		
Katılıyorum	46	16,3
Kararsızım	33	11,7
Katılmıyorum	203	72
Toplam	282	100
<b>Tedavi için gerekli araç- gereçlere erişimde zorluk yaşıyorum</b>		
Katılıyorum	75	26,6
Kararsızım	58	20,6
Katılmıyorum	149	52,8
Toplam	282	100
<b>Tedavi için gerekli ilaçlara erişimde zorluk yaşıyorum</b>		
Katılıyorum	94	33,3
Kararsızım	50	17,7
Katılmıyorum	138	48,9
Toplam	282	100
<b>Hastanelere internet, telefon vb. yöntemler ile erişim sağlanabilmektedir</b>		
Katılıyorum	80	28,4
Kararsızım	173	61,3
Katılmıyorum	29	10,3
Toplam	282	100

Katılımcıların %16,3’ü sağlık hizmetlerine erişimde zorlukla karşılaştığını düşünmektedir, erişim zorluğu yaşamadığını düşünenlerin oranı ise %73’dir. Tedavi için gerekli araç ve gereçlere ulaşımında zorluk yaşadığını düşünen katılımcı oranı %26,6 iken, % 58’i kararsız olduğunu belirtmiş ve %52,8’i ise erişim zorluğu yaşamadığını belirtmiştir. İlaç erişimi için ise katılımcıların %48,9’u ilaç erişiminde zorluk yaşamadığını belirtmiştir. Hastanelere internet, telefon ve benzeri yöntemler ile erişim sağlayabildiğini belirten katılımcı oranı %28,4 iken katılımcıların %10,3’ü erişemediğini, %61,3’ü ise bu durum karşısında kararsız kaldığını belirtmiştir.

Katılımcıların hastanelerin ve hastane bölümlerinin uygunluğu hakkındaki değerlendirmeleri Tablo 13’de özetlenmiştir.

Tablo 13 Engelli bireylerin memnuniyet durumlarına ilişkin veriler - 2

Değişken	Frekans	%
<b>Muayene odalarının engelli bireyler açısından uygun olduğunu düşünüyorum</b>		
Katılıyorum	230	81,6
Kararsızım	32	11,3
Katılmıyorum	20	7,1
Toplam	282	100
<b>Hastanelerin genel fiziki koşulları engelliler için uygundur</b>		
Katılıyorum	235	83,3
Kararsızım	19	6,7
Katılmıyorum	28	9,9
Toplam	282	100
<b>Hastane odalarının fiziki koşulları engelliler için uygundur</b>		
Katılıyorum	247	87,6
Kararsızım	11	3,9
Katılmıyorum	24	8,5
Toplam	282	100
<b>Hastane WC'lerinin fiziki koşulları engelliler için uygundur</b>		
Katılıyorum	241	85,5
Kararsızım	18	6,4
Katılmıyorum	23	8,2
Toplam	282	100
<b>Hastane bekleme salonlarının fiziki koşulları engelliler için uygundur</b>		
Katılıyorum	245	86,9
Kararsızım	16	5,7
Katılmıyorum	21	7,4
Toplam	282	100

Araştırmaya katılan bireylerin muayene odalarının engelli bireyler açısından uygun olduğunu düşünen katılımcı %81,6 oranındadır. Oda uygunluğu hakkında kararsız olan bireylerin oranı %11,3'tür, oda uygunluğunu yeterli bulmayanların oranı ise %7,1'dir. Katılımcıların %83,3'ü hastanelerin genel fiziki koşullarının engelliler için uygun olduğunu düşünmektedir. Hastane odaları hakkında katılımcıların %87,6'sı engelliler için uygun olduğunu düşünmektedir. Hastane WC'lerinin fiziki koşullarının engelliler için uygun olduğunu düşünen katılımcıların oranı ise %85,5'dir. Hastanelerde bulunan bekleme salonlarının engelliler için uygun olduğunu belirten katılımcıların oranı %86,9, uygun olmadığını düşünen bireylerin oranı ise %7,4'tür.

Katılımcıların hastanelerin enfeksiyon açısından güvenilirliği ve genel olarak temizlik durumları hakkındaki değerlendirmeleri Tablo 14’de özetlenmiştir

Tablo 14 Engelli bireylerin memnuniyet durumlarına ilişkin veriler - 3

Değişken	Frekans	%
<b>Hastane enfeksiyon açısından güvenlidir</b>		
Katılıyorum	78	27,7
Kararsızım	75	26,6
Katılmıyorum	129	45,7
Toplam	282	100
<b>Hastanede genel olarak temiz ve hijyenik bir ortam vardır</b>		
Katılıyorum	85	30,1
Kararsızım	67	23,8
Katılmıyorum	130	46,1
Toplam	282	100

Katılımcıların hastanelerin enfeksiyon açısından güvenli olduğunu düşünenlerin oranı %27,7 iken, güvenilir bulmayanların oranı ise %45,7’dir. Hastanelerin genel olarak temiz ve hijyenik bir ortam sağladığını düşünenlerin oranı %30,1 iken, temiz ve hijyenik bir ortam sağlamadığını belirtenlerin oranı %46,1’dir.

Katılımcıların hastanelerin hizmet kalitesi, personel hasta ilişkisi ve sağlık çalışanlarının engelli bireylere karşı ilgi ve alakası hakkındaki değerlendirmeleri Tablo 15’de özetlenmiştir.

Tablo 15 Engelli bireylerin memnuniyet durumlarına ilişkin veriler - 4

Değişken	Frekans	%
<b>Sağlık hizmetlerinin kalitesinden memnunum</b>		
Katılıyorum	43	15,2
Kararsızım	111	39,4
Katılmıyorum	128	45,4
Toplam	282	100
<b>Sağlık kurumlarında personel- hasta ilişkisinde sıkıntı yaşıyorum</b>		
Katılıyorum	235	83,3
Kararsızım	14	5
Katılmıyorum	33	11,7
Toplam	282	100
<b>Sağlık çalışanlarının engelli bireylere karşı ilgi ve alakasından memnunum</b>		
Katılıyorum	22	7,8
Kararsızım	21	7,4
Katılmıyorum	239	84,8
Toplam	282	100

Sağlık hizmetlerinin kalitesinden memnun olan birey oranı %15,2 iken, memnun olmayan birey oranı %45,4'tür. Sağlık kurumlarında personel hasta ilişkisinde sıkıntı yaşadığını belirten katılımcı oranı %83,3 iken, sıkıntı yaşamadığını belirten katılımcı oranı ise %11,7'dir. Sağlık çalışanlarının engelli bireylere karşı ilgi ve alakasından memnun olan katılımcı oranı %7,8 iken, memnun olmayanların oranı %84,8'dir.

Katılımcıların hastanelerdeki tutunma barları, tekerlekli sandalyeler için yapılmış rampaların ve danışma ve yönlendirme hizmetleri hakkındaki değerlendirmeleri Tablo 16'da özetlenmiştir.

Tablo 16 Engelli bireylerin memnuniyet durumlarına ilişkin veriler - 5

Değişken	Frekans	%
<b>Hastane duvarlarında engellilerin rahat yürüebilmesi sağlayan tutunma barları yeterlidir</b>		
Katılıyorum	189	67
Kararsızım	19	6,8
Katılmıyorum	74	26,2
Toplam	282	100
<b>Hastanelerdeki tekerlekli sandalyenin rahat ilerleyebilmesi için rampalar yeterlidir</b>		
Katılıyorum	178	63,1
Kararsızım	14	5
Katılmıyorum	90	31,9
Toplam	282	100
<b>Hastanelerdeki danışma ve yönlendirme hizmetleri genel olarak iyiydi.</b>		
Katılıyorum	21	7,4
Kararsızım	22	7,8
Katılmıyorum	239	84,8
Toplam	282	100

Araştırmaya katılan engelli bireylerin %67'si hastanelerde bulunan tutunma barlarının yeterli olduğunu belirtmiştir. %6,8'i kararsız kalırken %26,2'si yeterli olmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların %63,1'i hastanelerde tekerlekli sandalyeler için yapılan rampaların yeterli olduğunu düşünürken %31,9'u yeterli olmadığını düşünmektedir. Hastanelerde bulunan danışma ve yönlendirme hizmetlerinin genel olarak iyi olduğunun düşünen katılımcı oranı %7,4 iken iyi olmadığını düşünen katılımcı oranı %84,8'dir.

Katılımcıların hastane personeli tarafından kişisel mahremiyete dikkat edilmesi, yapılan işlemler hakkında yeterli bilgilendirme yapılması ve engelli bireylerin akranları gibi bütün hasta olanaklarından yararlanması hakkındaki değerlendirmeleri Tablo 17'de özetlenmiştir.

Tablo 17 Engelli bireylerin memnuniyet durumlarına ilişkin veriler - 6

Değişken	Frekans	%
<b>Hastane personeli tarafından kişisel mahremiyete dikkat edilmektedir</b>		
Katılıyorum	12	4,3
Kararsızım	11	3,9
Katılmıyorum	259	91,8
Toplam	282	100
<b>Yapılacak işlemler hakkında yeterli bilgilendirme yapılmaktadır</b>		
Katılıyorum	21	7,4
Kararsızım	12	4,3
Katılmıyorum	249	88,3
Toplam	282	100
<b>Engelli bireyler akranları gibi, bütün hasta olanaklarından yararlanmaktadır</b>		
Katılıyorum	109	38,7
Kararsızım	92	32,6
Katılmıyorum	81	28,7
Toplam	282	100

Araştırmaya katılan engelli bireylerin %91,8'i hastane personeli tarafından kişisel mahremiyete dikkat edilmediğini düşünmektedir. Kişisel mahremiyete dikkat edildiğini düşünen birey oranı sadece %4,3'tür, ayrıca %3,9'u da bu durum karşısında kararsız olduğunu belirtmiştir. Yapılacak işlemler hakkında yeterli bilgilendirme yapıldığını düşünen birey oranı da %7,4 ile oldukça düşüktür, katılımcıların %88,3'ü yeterli bilgilendirme yapılmadığını düşünmektedir. Engelli bireylerin hasta olanaklarından akranları gibi yaralandığını düşünen birey oranı %38,7, akranları gibi yaralanmadığını düşünen birey oranı ise %28,7'dir.

Katılımcıların hastane işlemlerinde öncelik hakkından yararlanması, verilen hizmetler genel olarak yeterliliği, genel anlamda beklentilerin karşılanması, Ankara'da bulunan hastanelerin önerilmesi ve Engellilere yönelik sosyal yardımlar yeterliliği hakkındaki değerlendirmeleri Tablo 18'de özetlenmiştir.

Tablo 18 Engelli bireylerin memnuniyet durumlarına ilişkin veriler - 7

Değişken		Frekans	%
<b>Hastane işlemlerinde öncelik hakkından yararlanıyorum</b>			
Katılıyorum		159	56,4
Kararsızım		56	19,8
Katılmıyorum		67	23,8
Toplam		282	100
<b>Hastanede verilen hizmetler genel olarak yeterlidir</b>			
Katılıyorum		37	13,1
Kararsızım		94	33,3
Katılmıyorum		151	53,6
Toplam		282	100
<b>Hastaneler genel anlamda beklentilerimi karşılamaktadır</b>			
Katılıyorum		42	14,9
Kararsızım		145	51,4
Katılmıyorum		95	33,7
Toplam		282	100
<b>Ankara'daki hastaneleri tüm engellilere öneririm</b>			
Katılıyorum		68	24,1
Kararsızım		104	36,9
Katılmıyorum		110	39
Toplam		282	100
<b>Engellilere yönelik sosyal yardımlar yeterlidir</b>			
Katılıyorum		260	92,2
Kararsızım		15	5,3
Katılmıyorum		7	2,5
Toplam		282	100

Araştırmaya katılan engelli bireylerin %56,4'ü hastane işlemlerinde öncelik hakkından yararlandığını belirtmiştir. Hastanede verilen hizmetlerin genel olarak yeterli olduğunu düşünen birey oranı %13,1, kararsız birey oranı %33,3 ve verilen hizmetlerin yetersiz olduğunu düşünen katılımcı oranı %53,6'dır. Hastanelerin genel olarak beklentilerini karşıladığını düşünen engelli birey oranı %14,9 iken, %33,7'si beklentilerini karşılamadığını, %51,4 'ü kararsız olduğunu belirtmiştir. Ankara'da bulunan hastaneleri tüm engellilere öneririm diyen katılımcı oranı %24,1 iken, Ankara hastanelerini önermeyen bireylerin oranı ise %39'dur. Engellilere yönelik sosyal yardımların yeterli olduğunu düşünenler %92,2 iken, sosyal yardımların yeterli olmadığını düşünen %2,5'tir. Katılımcıların %5,3'ü kararsız olduğunu belirtmiştir.

### 3.6.4. Engellilerin sağlık hizmetlerine yönelik memnuniyet değerlendirmeleri

Engellilerin sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin memnuniyetlerinin çeşitli değişkenler arasında ilişkinin belirlenmesi amacıyla ki-kare testi (Pearson Chi-Square) uygulanmış ve sonuçlar tablolarda özetlenerek değerlendirilmiştir.

*H1. Cinsiyet ile öncelik hakkının kullanılması arasında ilişki bulunmaktadır.*

Tablo 19 Cinsiyet ile öncelik hakkı arasında ilişki arasındaki ilişki durumu

Cinsiyet		Hastane işlemlerinde öncelik hakkından yararlanıyorum			Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum			
Erkek	Frekans	73	20	27	120	1,945	0,378
	%	60,8	16,7	22,5	100		
Kadın	Frekans	86	36	40	162		
	%	53,1	22,2	24,7	100		
Toplam	Frekans	159	56	67	282		
	%	56,4	19,9	23,8	100		

Engellilerin hastane işlemlerinde öncelik hakkından yararlanma durumlarının cinsiyet açısından anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulguya göre hastane işlemlerinde öncelik hakkından yararlanma durumunun cinsiyet açısından anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

*H2. Cinsiyet ile algılanan sağlık hizmetleri kalitesindeki memnuniyet arasında ilişki bulunmaktadır.*

Tablo 20 Farklı cinsiyetler arasında sağlık hizmetlerinin kalitesindeki memnuniyet durumu

Cinsiyet		Sağlık hizmetlerinin kalitesinden memnunum			Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum			
Erkek	Frekans	22	50	48	120	2,923	0,232
	%	13	47	40	100		
Kadın	Frekans	21	61	80	162		
	%	13	37,7	49,3	100		
Toplam	Frekans	43	111	128	282		
	%	15,2	39,4	45,4	100		

Engellilerin sağlık hizmetlerinin kalitesindeki memnuniyet durumlarının cinsiyet açısından anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulguya göre sağlık hizmetlerinin kalitesindeki memnuniyet durumu cinsiyet açısından anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

*H3. Cinsiyet ile iletişim problemi yaşama arasında ilişki bulunmaktadır.*

Tablo 21 Cinsiyet ile iletişim problemi yaşama arasındaki ilişki

Cinsiyet		Sağlık tesisinde iletişim problemi yaşıyor musunuz? Yaşıyorsanız en fazla iletişim sorunu yaşadığınız sağlık personeli kimdir?				Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Hayır, yaşamıyorum	Doktor	Hemşire	Tıbbi sekreter			
Erkek	Frekans	113	3	2	2	120	2,763	0,430
	%	94,2	2,5	1,7	1,7	100		
Kadın	Frekans	148	2	5	7	162		
	%	91,4	1,2	3,1	4,3	100		
Toplam	Frekans	261	5	7	9	282		
	%	92,6	1,8	2,5	3,2	100		

Engellilerin “sağlık tesisinde iletişim problemi yaşıyor musunuz? Yaşıyorsanız en fazla iletişim sorunu yaşadığınız sağlık personeli kimdir? sorularının cinsiyet açısından anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde iletişim problemi açısından cinsiyetler arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

H4. Cinsiyet ile bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma arasında ilişki bulunmaktadır.

Tablo 22 Cinsiyet ile bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma arasındaki ilişki

Cinsiyet		Bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanıyor musunuz?		Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Evet, yararlanıyorum	Hayır, yararlanmıyorum			
Erkek	Frekans	7	113	120	0,010	0,921
	%	5,8	94,2	100		
Kadın	Frekans	9	153	162		
	%	5,6	94,4	100		
Toplam	Frekans	16	266	282		
	%	5,7	94,3	100		

Engellilerin bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma açısından cinsiyetler arasında anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma cinsiyetler arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

H5. Cinsiyet ile randevu sisteminden yararlanma arasında ilişki bulunmaktadır.

Tablo 23 Cinsiyet ile randevu sisteminden yararlanma arasındaki ilişki

Cinsiyet		Sağlık hizmeti alımında randevu sisteminden yararlanıyor musunuz?			Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Evet (Telefon)	Evet (İnternet)	Hayır			
Erkek	Frekans	70	31	19	120	2,308	0,315
	%	58,3	25,8	15,8	100		
Kadın	Frekans	108	36	18	162		
	%	66,7	22,2	11,1	100		
Toplam	Frekans	178	67	37	282		
	%	63,1	23,8	13,1	100		

Engellilerin sağlık hizmeti alımında randevu sisteminden yararlanma açısından cinsiyetler arasında anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square)

testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde sağlık hizmeti alımında cinsiyetler arasında anlamlı ilişkililik görülmemektedir ( $p > 0,05$ ).

*H6. Cinsiyet ile ilk başvuru yapılan sağlık kurumu arasında ilişki bulunmaktadır.*

Tablo 24 Cinsiyet ile ilk başvuru yapılan sağlık kurumu arasındaki ilişki

Cinsiyet		Rahatsızlık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık tesisi neresidir?				Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Aile Hekimliği	Devlet Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri	Özel Hastaneler			
Erkek	Frekans	13	35	70	2	120	1,314	0,726
	%	10,8	29,2	58,3	1,7	100		
Kadın	Frekans	22	43	96	1	162		
	%	13,6	26,5	59,3	0,6	100		
Toplam	Frekans	35	78	166	3	282		
	%	12,4	27,7	58,9	1,1	100		

Engellilerin rahatsızlık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık tesisi tercihi açısından cinsiyetler arasında anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde ilk başvuru yapılan sağlık tesisi açısından cinsiyetler arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

*H7. Cinsiyet ile hastanede verilen hizmetlerin genel anlamdaki algılanan yeterliliği arasında ilişki bulunmaktadır.*

Tablo 25 Cinsiyet ile hastane hizmet yeterliliği arasındaki ilişki

Cinsiyet		Hastanede verilen hizmetler genel olarak yeterlidir			Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum			
Erkek	Frekans	19	37	64	120	1,565	0,457
	%	15,8	30,8	53,4	100		
Kadın	Frekans	18	57	87	162		
	%	11,1	35,2	53,7	100		
Toplam	Frekans	37	94	151	282		
	%	13,1	33,3	53,6	100		

Engellilerin hastanelerde verilen hizmetlerin genel olarak yeterli olup olmadığı sorusuna verilen cevapların cinsiyet açısından anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-

kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulguya göre hastanelerde verilen hizmetlerin genel olarak yeterli olup olmadığı durumu cinsiyet açısından anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

*H8. Cinsiyet ile engelli maaşı alma arasında ilişki bulunmaktadır.*

Tablo 26 Cinsiyet ile engelli maaşı alma arasındaki ilişki

Cinsiyet		Engelinizden dolayı 2022 (Engellilere verilen) maaşından yararlanıyor musunuz?		Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Evet	Hayır			
Erkek	Frekans	34	86	120	4,907	0,027
	%	28,3	71,7	100		
Kadın	Frekans	28	134	162		
	%	17,3	82,7	100		
Toplam	Frekans	62	220	282		
	%	22	78	100		

Engelli bireylerin cinsiyet açısından engelli maaşından faydalanma durumları arasındaki ilişkide anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre engelli bireylerin gelir düzeyleri ile engelli maaşından yararlanma tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ )

*H9. Cinsiyet ile STK üyeliği arasında ilişki bulunmaktadır.*

Tablo 27 Cinsiyet ile STK üyeliği arasındaki ilişki

Cinsiyet		Herhangi bir sivil toplum kuruluşuna (Engelliler ile ilgili) üye misiniz?		Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Evet	Hayır			
Erkek	Frekans	30	90	120	0,178	0,673
	%	25	75	100		
Kadın	Frekans	37	125	162		
	%	22,8	77,2	100		
Toplam	Frekans	67	215	282		
	%	23,8	76,2	100		

Engellilerin “Herhangi bir sivil toplum kuruluşuna (Engelliler ile ilgili) üye misiniz?” sorusuna verilen cevapların değerlendirilmesi cinsiyet açısından anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak

belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulguya göre sivil toplum kuruluşlarına üyeliğin cinsiyet açısından anlamlı ilişki göstermemektedir ( $p > 0,05$ ).

*H10. Medeni durum ile öncelik hakkının kullanılması arasında ilişki bulunmaktadır.*

Tablo 28 Medeni durum ile öncelik hakkının kullanılması arasındaki ilişki

Medeni Durum		Hastane işlemlerinde öncelik hakkından yararlanıyorum			Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum			
Evli	Frekans	106	33	41	180	1,339	0,512
	%	58,9	18,3	22,8	100		
Bekar	Frekans	53	23	26	102		
	%	52	22,5	25,5	100		
Toplam	Frekans	159	56	67	282		
	%	56,4	19,9	23,8	100		

Engellilerin medeni durumu ile öncelik hakkının kullanımı konusundaki tercihlerinin medeni durum açısından anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulguya medeni durum ile hastanede verilen hizmetlerin genel olarak yeterli olması konusundaki görüşlerinde anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

*H11. Medeni durum ile algılanan sağlık hizmetleri kalitesindeki memnuniyeti arasında ilişki bulunmaktadır.*

Tablo 29 Medeni durum ile sağlık hizmetlerinin kalitesindeki memnuniyeti arasındaki ilişki

Medeni Durum		Sağlık hizmetlerinin kalitesinden memnunum			Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum			
Evli	Frekans	25	73	82	180	0,786	0,675
	%	13,9	40,6	45,6	100		
Bekar	Frekans	18	38	46	102		
	%	17,6	37,3	45,1	100		
Toplam	Frekans	43	111	128	282		
	%	15,2	39,4	45,5	100		

Engellilerin medeni durumu ile sağlık hizmetlerinin kalitesinden memnuniyet durumları arasında anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square)

testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre medeni durumu ile sağlık hizmetlerinin kalitesinden memnuniyet durumları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

*H12. Medeni durum ile iletişim problemi yaşama arasında ilişki bulunmaktadır.*

Tablo 30 Medeni durum ile iletişim problemi yaşama arasındaki ilişki

Medeni Durum		Sağlık tesisinde iletişim problemi yaşıyor musunuz? Yaşıyorsanız en fazla iletişim sorunu yaşadığınız sağlık personeli kimdir?				Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Hayır, yaşamıyorum	Doktor	Hemşire	Tıbbi sekreter			
Evli	Frekans	165	2	6	7	180	3,483	0,323
	%	91,7	1,1	3,3	3,9	100		
Bekar	Frekans	96	3	1	2	102		
	%	94,1	2,9	1	2	100		
Toplam	Frekans	261	5	7	9	282		
	%	92,6	1,8	2,5	3,2	100		

Engellilerin medeni durumu ile “Sağlık tesisinde iletişim problemi yaşıyor musunuz? Yaşıyorsanız en fazla iletişim sorunu yaşadığınız sağlık personeli kimdir?” sorusuna verilen cevaplar arasında anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre medeni durumu ile verilen cevaplar arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

*H13. Medeni durum ile hastanede verilen hizmetlerin genel anlamdaki algılanan yeterliliği arasında ilişki bulunmaktadır.*

Tablo 31 Medeni durum ile hastanede verilen hizmet yeterliliği arasındaki ilişki

Medeni Durum		Hastanede verilen hizmetler genel olarak yeterlidir			Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum			
Evli	Frekans	21	65	94	180	2,117	0,347
	%	11,7	36,1	52,2	100		
Bekar	Frekans	16	29	57	102		
	%	15,7	28,4	55,9	100		
Toplam	Frekans	37	94	151	282		
	%	13,1	33,3	53,6	100		

Engellilerin medeni durumu ile sağlık hizmetlerinin yeterlilik durumları arasında anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre medeni durumu ile sağlık hizmetlerinin yeterliliği arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

*H14. Medeni durum ile engelli maaşı alma arasında ilişki bulunmaktadır.*

Tablo 32 Medeni durum ile engelli maaşı alma arasındaki ilişki

Medeni Durum		Engelinizden dolayı 2022 (Engellilere verilen) maaşından yararlanıyor musunuz?		Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Evet	Hayır			
Evli	Frekans	12	168	180	68,009	0,001<
	%	6,7	93,3	100		
Bekar	Frekans	50	52	102		
	%	49	51	100		
Toplam	Frekans	62	220	282		
	%	22	78	100		

Engellilerin medeni durumu ile engelli maaşı alma durumları arasında anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre medeni durumu ile engelli maaşı alma arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ).

*H15. Medeni durum ile STK üyeliği arasında ilişki bulunmaktadır.*

Tablo 33 Medeni durum ile STK üyeliği arasında ilişki

Medeni Durum		Herhangi bir sivil toplum kuruluşuna (Engelliler ile ilgili) üye misiniz?		Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Evet	Hayır			
Evli	Frekans	32	148	180	9,828	0,002
	%	17,8	82,2	100		
Bekar	Frekans	35	67	102		
	%	34,3	65,7	100		
Toplam	Frekans	67	215	282		
	%	23,8	76,2	100		

Engellilerin medeni durumu ile sivil toplum kuruluşlarına üyelik tercihleri arasında anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi

uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre medeni durumu ile sivil toplum kuruluşlarına üyelik tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ).

*H16. Medeni durum ile bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma arasında ilişki bulunmaktadır.*

Tablo 34 Medeni durum ile bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma arasındaki ilişki

Medeni Durum		Bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanıyor musunuz?		Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Evet, yararlanıyorum	Hayır, yararlanmıyorum			
Evli	Frekans	9	171	180	0,422	0,516
	%	5	95	100		
Bekar	Frekans	7	95	102		
	%	6,9	93,1	100		
Toplam	Frekans	16	266	282		
	%	5,7	94,3	100		

Engellilerin medeni durumu ile bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma tercihleri arasında anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre medeni durumu ile bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma tercihleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

H17. Yaş ile algılanan sağlık hizmetlerinin kalitesindeki memnuniyeti arasında ilişki bulunmaktadır.

Tablo 35 . Yaş ile sağlık hizmetlerinin kalitesindeki memnuniyeti arasındaki ilişki

Yaş		Sağlık hizmetlerinin kalitesinden memnunum			Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum			
16-25	Frekans	10	21	26	57	8,916	0,540
	%	17,5	36,8	45,6	100		
26-35	Frekans	2	17	12	31		
	%	6,5	54,8	38,7	100		
36-45	Frekans	10	31	34	75		
	%	13,3	41,3	45,4	100		
46-55	Frekans	10	18	27	55		
	%	18,2	32,7	49,1	100		
56-65	Frekans	9	14	15	38		
	%	23,7	36,8	39,5	100		
66+	Frekans	2	10	14	26		
	%	7,7	38,5	53,8	100		
Toplam	Frekans	43	111	128	282		
	%	15,2	39,4	45,4	100		

Engellilerin yaşı ile sağlık hizmetlerinin kalitesindeki memnuniyeti arasında anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre engellilerin yaşı ile sağlık hizmetlerinin kalitesindeki memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

H18. Yaş ile randevu sisteminden yararlanma arasında ilişki bulunmaktadır.

Tablo 36 Yaş ile randevu sisteminden yararlanma arasındaki ilişki

Yaş	Sağlık hizmeti alımında randevu sisteminden yararlanıyor musunuz?			Toplam	Ki-Kare	p Değeri	
	Evet (Telefon)	Evet (İnternet)	Hayır				
16-25	Frekans	32	20	5	57	21,600	0,017
	%	56,1	35,1	8,8	100		
26-35	Frekans	19	10	2	31		
	%	61,3	32,3	6,5	100		
36-45	Frekans	53	14	8	75		
	%	70,7	18,7	10,6	100		
46-55	Frekans	32	15	8	55		
	%	58,2	27,3	14,5	100		
56-65	Frekans	24	8	6	38		
	%	63,2	21,1	15,7	100		
66+	Frekans	18	0	8	26		
	%	69,2	0	30,8	100		
Toplam	Frekans	178	67	37	282		
	%	63,1	23,8	13,1	100		

Engellilerin yaşı ile randevu sisteminden yararlanma arasındaki ilişkide anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre engellilerin yaşı ile randevu sisteminden yararlanma durumları arasındaki ilişkide anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ).

H19. Yaş ile engelli maaşı alma arasında ilişki bulunmaktadır.

Tablo 37 Yaş ile engelli maaşı alma arasındaki ilişki

Yaş		Engelinizden dolayı 2022 (Engellilere verilen) maaşından yararlanıyor musunuz?		Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Evet	Hayır			
16-25	Frekans	40	17	57	103,708	0,001<
	%	70,2	29,8	100		
26-35	Frekans	5	26	31		
	%	16,1	83,9	100		
36-45	Frekans	6	69	75		
	%	8	92	100		
46-55	Frekans	2	53	55		
	%	3,6	96,4	100		
56-65	Frekans	2	36	38		
	%	5,3	94,7	100		
66+	Frekans	7	19	26		
	%	26,9	71,1	100		
Toplam	Frekans	62	220	282		
	%	22	78	100		

Engellilerin yaşı ile engelli maaşından faydalanma durumları arasındaki ilişkide anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre engellilerin yaşı ile engelli maaşından faydalanma durumları arasındaki ilişkide önemli derecede anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ( $p < 0,001$ ).

H20. Meslek ile öncelik hakkının kullanılması arasında ilişki bulunmaktadır.

Tablo 38 Meslek ile öncelik hakkının kullanılması arasındaki ilişki

Meslek	Hastane işlemlerinde öncelik hakkından yararlanıyorum			Toplam	Ki-Kare	p Değeri	
	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum				
Memur	Frekans	38	16	23	77	33,55 9	0,001<
	%	49,4	20,8	29,9	100		
İşçi	Frekans	31	4	2	37		
	%	83,8	10,8	5,4	100		
Serbest meslek	Frekans	19	5	3	27		
	%	70,4	18,5	11,1	100		
Öğrenci	Frekans	30	8	13	51		
	%	58,8	15,7	25,5	100		
Emekli	Frekans	27	11	6	44		
	%	61,4	25	13,6	100		
Çalışmıyor	Frekans	14	12	20	46		
	%	30,4	26,1	43,5	100		
Toplam	Frekans	159	56	67	282		
	%	56,4	19,9	23,8	100		

Engellilerin meslekleri ile öncelik hakkının kullanılması arasındaki ilişkide anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre meslekleri ile öncelik hakkının kullanılması arasındaki ilişkide önemli derecede anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ( $p < 0,001$ ).

H21. Meslek ile ilk başvuru yapılan sağlık kurumu arasında ilişki bulunmaktadır.

Tablo 39 Meslek ile ilk başvuru yapılan sağlık kurumu arasındaki ilişki

Meslek		Rahatsızlık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık tesisi neresidir?				Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Aile Hekimliği	Devlet Hastaneleri	Üniversite Hastaneleri	Özel Hastaneler			
Memur	Frekans	7	10	59	1	77	46,017	0,001<
	%	9,1	13	76,6	1,3	100		
İşçi	Frekans	8	15	14	0	37		
	%	21,6	40,5	37,8	0	100		
Serbest meslek	Frekans	5	11	11	0	27		
	%	18,5	40,7	40,7	0	100		
Öğrenci	Frekans	0	9	40	2	51		
	%	0	17,6	78,4	3,9	100		
Emekli	Frekans	8	15	21	0	44		
	%	18,2	34,1	47,7	0	100		
Çalışmıyor	Frekans	7	18	21	0	46		
	%	15,2	39,1	45,7	0	100		
Toplam	Frekans	35	78	166	3	282		
	%	12,4	27,7	58,9	1,1	100		

Engellilerin meslekleri ile ilk başvuru yapılan sağlık kurumu tercihleri arasındaki ilişkide anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre meslek ile ilk başvuru yapılan sağlık kurumu tercihleri arasındaki ilişkide önemli derecede anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ( $p < 0,001$ ).

H22. Meslek ile hastanede verilen hizmetlerin genel anlamdaki algılanan yeterliliği arasında ilişki bulunmaktadır.

Tablo 40 Meslek ile hastane hizmet yeterliliği arasındaki ilişki

Meslek		Hastanede verilen hizmetlerin genel anlamdaki yeterliliği			Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum			
Memur	Frekans	8	21	48	77	23,294	0,010
	%	10,4	27,3	62,3	100		
İşçi	Frekans	3	17	17	37		
	%	8,1	45,9	45,9	100		
Serbest meslek	Frekans	4	17	6	27		
	%	14,8	63	22,2	100		
Öğrenci	Frekans	8	14	29	51		
	%	15,6	27,5	56,9	100		
Emekli	Frekans	8	8	28	44		
	%	18,2	18,2	63,6	100		
Çalışmıyor	Frekans	6	17	23	46		
	%	13	37	50	100		
Toplam	Frekans	37	94	151	282		
	%	13,1	33,3	53,6	100		

Engellilerin meslekleri ile hastanede verilen hizmetlerin genel anlamdaki yeterliliği düşünceleri arasındaki ilişkide anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre meslek ile hastanede verilen hizmetlerin genel anlamdaki yeterliliği düşünceleri arasındaki ilişkide anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ).

H23. Meslek ile STK üyeliği arasında ilişki bulunmaktadır.

Tablo 41 Meslek ile STK üyeliği arasındaki ilişki

Meslek		Herhangi bir sivil toplum kuruluşuna (Engelliler ile ilgili) üye misiniz?		Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Katılıyorum	Katılmıyorum			
Memur	Frekans	15	62	77	16,66 0	0,005
	%	19,5	80,5	100		
İşçi	Frekans	7	30	37		
	%	18,9	81,1	100		
Serbest meslek	Frekans	3	24	27		
	%	11,1	88,9	100		
Öğrenci	Frekans	21	30	51		
	%	41,2	58,8	100		
Emekli	Frekans	6	38	44		
	%	13,6	86,4	100		
Çalışmıyor	Frekans	15	31	46		
	%	32,6	67,4	100		
Toplam	Frekans	67	215	282		
	%	23,8	76,2	100		

Engellilerin meslekleri ile sivil toplum kuruluşlarına üyelik tercihleri arasındaki ilişkide anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre meslek ile sivil toplum kuruluşlarına üyelik tercihleri arasındaki ilişkide anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ( $p < 0,05$ ).

H24. Eğitim durumu ile randevu sisteminden yararlanma arasında ilişki bulunmaktadır.

Tablo 42 Eğitim durumu ile randevu sisteminden yararlanma arasındaki ilişki

Eğitim Durumu		Sağlık hizmeti alınırken randevu sisteminden yararlanıyor musunuz?			Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Evet (Telefon)	Evet (İnternet)	Hayır			
Okuryazar	Frekans	9	0	6	15	58,839	0,001<
	%	60	0	40	100		
İlköğretim	Frekans	13	1	8	22		
	%	59,1	4,5	36,4	100		
Ortaöğretim	Frekans	27	4	5	36		
	%	75	11,1	13,9	100		
Lise	Frekans	93	23	10	126		
	%	73,8	18,3	7,9	100		
Lisans ve üstü	Frekans	36	39	8	83		
	%	43,4	47	9,6	100		
Toplam	Frekans	178	67	37	282		
	%	63,1	23,8	13,1	100		

Engellilerin eğitim durumları ile randevu sisteminden yararlanma tercihleri arasındaki ilişkide anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre engelli bireylerin eğitim durumu ile randevu sisteminden yararlanma tercihleri arasındaki ilişkide önemli derecede anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ( $p < 0,001$ ).

H25. Eğitim durumu ile hastanede verilen hizmetlerin genel anlamdaki algılanan yeterliliği arasında ilişki bulunmaktadır.

Tablo 43 Eğitim durumu ile hastane hizmet yeterliliği arasındaki ilişki

Eğitim Durumu		Hastanede verilen hizmetler genel olarak yeterlidir			Toplam	Ki-Kare	P Değeri
		Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum			
Okuryazar	Frekans	0	3	12	15	11,637	0,168
	%	0	20	80	100		
İlköğretim	Frekans	4	8	10	22		
	%	18,2	36,4	45,5	100		
Ortaöğretim	Frekans	3	11	22	36		
	%	8,3	30,6	61,1	100		
Lise	Frekans	15	50	61	126		
	%	11,9	39,7	48,4	100		
Lisans ve üstü	Frekans	15	22	46	83		
	%	18,1	26,5	55,4	100		
Toplam	Frekans	37	94	151	282		
	%	13,1	33,3	53,6	100		

Engellilerin eğitim durumu ile hastanede verilen hizmetlerin genel anlamdaki yeterliliği hakkındaki görüşleri arasında anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre eğitim durumu ile hastanede verilen hizmetlerin genel anlamdaki yeterliliği hakkındaki görüşleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir ( $p > 0,05$ ).

H26. Eğitim durumu ile engelli maaşı alma arasında ilişki bulunmaktadır.

Tablo 44 Eğitim durumu ile engelli maaşı alma arasındaki ilişki

Eğitim Durumu		Engelinizden dolayı 2022 maaşından yararlanıyor musunuz?		Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Evet	Hayır			
Okuryazar	Frekans	4	11	15	18,845	0,001
	%	26,7	73,3	100		
İlköğretim	Frekans	7	15	22		
	%	31,8	68,2	100		
Ortaöğretim	Frekans	5	31	36		
	%	13,9	86,1	100		
Lise	Frekans	16	110	126		
	%	12,7	87,3	100		
Lisans ve üstü	Frekans	30	53	83		
	%	36,1	63,9	100		
Toplam	Frekans	62	220	282		
	%	22	78	100		

Engellilerin eğitim durumları ile engelli maaşından faydalanma durumları arasındaki ilişkide anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre engelli bireylerin eğitim durumu ile engelli maaşından yararlanma tercihleri arasındaki ilişkide anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ( $p < 0,001$ ).

H27. Gelir düzeyi ile engelli maaşı alma arasında ilişki bulunmaktadır.

Tablo 45 Gelir düzeyi ile engelli maaşı alma arasındaki ilişki

Gelir Durumu		Engelinizden dolayı 2022 (Engellilere verilen) maaşından yararlanıyor musunuz?		Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Evet	Hayır			
1000 TL ve altı	Frekans	53	24	77	135,98	0,001<
	%	68,8	31,2	100		
1000-3000 TL	Frekans	7	107	114		
	%	6,1	93,9	100		
3000 TL ve üzeri	Frekans	2	89	91		
	%	2,2	97,8	100		
Toplam	Frekans	62	220	282		
	%	22	78	100		

Engellilerin gelir düzeyi ile engelli maaşından faydalanma durumları arasındaki ilişkide anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre engelli bireylerin gelir düzeyleri ile engelli maaşından yararlanma tercihleri arasındaki ilişkide önemli derecede anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ( $p < 0,001$ ).

*H28. Gelir düzeyi ile STK üyeliği arasında ilişki bulunmaktadır.*

Tablo 46 Gelir düzeyi ile STK üyeliği arasındaki ilişki

Gelir Durumu		Herhangi bir sivil toplum kuruluşuna (Engelliler ile ilgili) üye misiniz?		Toplam	Ki-Kare	p Değeri
		Evet	Hayır			
1000 TL ve altı	Frekans	32	45	77	19,188	0,001<
	%	41,6	58,4	100		
1000-3000 TL	Frekans	17	97	114		
	%	14,9	85,1	100		
3000 TL ve üzeri	Frekans	18	73	91		
	%	19,8	80,2	100		
Toplam	Frekans	67	215	282		
	%	23,8	76,2	100		

Engellilerin gelir durumu ile sivil toplum kuruluşlarına üyelik tercihleri arasındaki ilişkide anlamlı ilişki bulunup bulunmaması ki-kare (Pearson Chi-Square) testi uygulanarak belirlenmiştir. Analiz neticesinde elde edilene bulgulara göre gelir durumu ile sivil toplum kuruluşlarına üyelik tercihleri arasındaki ilişkide önemli derecede anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ( $p < 0,001$ ).

XXXXXS  
GCPS

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik düzeylerinin belirlenmesi ve memnuniyet durumlarının ölçülmesini amaçlayan bu araştırmamızın sonuçları; engellilerin demografik özellikleri, engellilerin sağlık hizmetlerine ulaşma düzeylerinin belirlenmesi ve hastane hizmetlerinden memnuniyetlerinin ölçülmesi başlıkları altında değerlendirilmiştir.

### *Engelli Bireylerin Demografik Özellikleri*

Türkiye’de yapılan 2011 yılındaki araştırmaya göre, toplam nüfusun %6,9’sının en az bir engeli bulunmaktadır. En az bir fiziksel veya zihinsel açıdan engeli sahip bireylerin %42,8’i erkeklerden %57,2’si ise kadınlardan oluşmaktadır (TÜİK, 2011). Araştırmaya katılan 282 engelli bireyin demografik özellikleri incelendiğinde; cinsiyet dağılımı bakımından katılımcıların 162’si kadın 120’si ise erkek bireylerden oluştuğu görülmektedir. Araştırmaya katılım sağlayan kadın katılımcıların oranı %57,4 ile erkeklerden yüksek ve TÜİK’in araştırmasına benzer oran içermektedir. Katılımcıların 180’i (%63,8) evli 102’si (36,2) ise bekar bireylerden oluşmaktadır. Yaş dağılımı incelendiğinde katılımcıların en yaygın bulunduğu yaş grubu 75 (26,6) birey ile 36 ila 45 yaş arasındaki bireylerden oluşmaktadır, en düşük katılım ise 26 (%9,2) birey ile 66 yaş üstündeki bireylerde görülmektedir. Katılımcıların tümü göz önüne alındığında 45 yaş ve altı bireylerin toplam katılımcılara oranı % 57,8 oranındadır. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde en yoğun eğitim düzeyi 126 (%44,7) birey ile lise mezunlarından oluşmaktadır, lisans ve üstü eğitim almış olanlar 83 (%29,5) bireyden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin engel durumları dikkate alındığında bedensel engeli sahip 24 (%8,5) birey, zihinsel engeli sahip 20 (%7,1) birey, işitme ve konuşma engeline sahip 27 (%9,6) birey, görme engeline sahip 28 (%9,9) birey, süregen hastalıktan dolayı engeli sahip 136 (%48,2) birey bulunmaktadır. Ayrıca birden fazla engeli sahip 47 (%16,7) birey bulunduğu tespit edilmiştir. Engel türleri dikkate alındığında katılımcılar arasında en yaygın görülen engel türü %48,2 oranıyla süregen hastalıklardan kaynaklanan engeller olduğu belirlenmiştir. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın Ekim 2020’de yayınladığı raporda; Ulusal Engelli

Veri Tabanına kayıtlı engelli bireylerin engel gruplarına göre dağılımına bakıldığında en yüksek engel grubu oranı %39.7 ile süregen hastalıklardan kaynaklı engelli bireylerin oluşturduğu gruptur. Bu durum çalışmamızı destekleyip, ülkemizde hastalıklardan kaynaklı engel oluşumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Engel sebepleri incelendiğinde doğuştan engelli olan birey sayısının 83(%29,4), kaza ve benzeri nedenlerden dolayı sonradan engelli olan birey sayısının 30(%10,6) ve en yaygın görülen engel sebebinin ise 169(%59,9) bireyde görülen hastalık sebebiyle oluşan engeller olduğu görülmüştür. Engel oranlarına bakıldığında katılımcılar arasında görülen en yaygın engel oranı 133 (%47,2) bireyde görülen 41 ila 60 arasında görülen engel oranıdır. Engellerinden dolayı 2022 (Engellilere verilen) maaşından faydalanılıp faydalanılmadığı sorulan katılımcılardan 62(%22) birey engelli maaşı aldığını belirtmiştir, katılımcılardan 220 birey ile %78 gibi büyük bir oranı engelli maaşı almadığını belirtmiştir. Günlük yaşantısında ihtiyaçlarını karşılamada kendisini yeterli gören bireylerin sayısı 110 (%39)'dur. Kendini kısmen yeterli gören birey sayısı 124(%44) iken ihtiyaçlarını gidermede kendilerini yeterli görmeyenlerin sayısı ise 48(%17) bireyden oluşmaktadır.

Ayrıca araştırmaya katılan engelli bireylerin ulusal engelli veri tabanına kayıt olup olmaması ve engellilik ile ilgili sivil toplum kuruluşlarını üyelik durumları da incelenmiştir. Katılımcıların % 83,7'si ulusal engelli veri tabanına kayıtlı bireylerden oluşmaktadır, 17(%6) birey veri tabanından haberdar olmasına rağmen kayıtlı olmadığını, 29(%10,3) birey ise böyle bir veri tabanının varlığından haberdar değildir. Sivil toplum üyeliği olup olmadığı sorulan katılımcılardan 215(%76,2) birey herhangi bir engellilik ile ilgili sivil toplum üyeliğinin bulunmadığını belirtmiştir. 67(%23,8) birey ise sivil toplum kuruluşlarına üye olduğunu belirtmiştir. Erdoğan (2013)'ın yapmış olduğu araştırmada çalışmaya katılan engelli bireylerin, çeşitli sivil toplum kuruluşlarına üyelik oranı %3,7 ve Karip (2016) 'in yapmış olduğu araştırmada çalışmaya katılan engelli bireylerin, çeşitli sivil toplum kuruluşuna üyelik oranı ise %4,7 olarak bulunmuştur. Her ne kadar sivil toplum kuruluşlarına üyelik bakımından engelli bireylerin çoğunluğunun üye olmadığı görülse de zaman içerisinde bu oranın arttığı gözlemlenmektedir.

Katılımcıların yaşı, cinsiyeti ve eğitim durumu gibi demografik özelliklerin memnuniyeti önemli bir oranda etkilediği belirtilmiştir. Yapılan çeşitli çalışmalar

incelendiğinde, çalışmaların çoğunda her iki cinsiyetin de engelli bireylere yönelik tutumlarında bir farklılık olmadığı, birbirlerine benzer tutumlar içerisinde oldukları görülmektedir (Diken, 1998; Küçükler ve Kanık, 1994). Ancak kadınların erkeklere oranla, engellilere yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu, engellilerin ayrımcılığa uğradıklarına yönelik düşünceye daha fazla inandıklarını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Robinson ve ark., 2007). Araştırmamızda engelli bireylerin cinsiyet ile sağlık hizmetlerinin kalitesindeki memnuniyeti arasındaki ilişkide yapılan analizler neticesinde literatür ile uyumlu olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Her iki cinsiyet açısından da hizmet kalitesi açısından benzer memnuniyet oranları görülmüştür. Katılımcıların yaşı ve eğitim durumları ile sağlık hizmetlerinin kalitesinden memnuniyetleri incelendiğinde cinsiyet ile benzer şekilde her yaş ve eğitim grubunun hizmet kalitesinden memnun olmadığı görülmektedir. Ayrıca yapılan analizler neticesinde gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı tespit edilmiştir

#### *Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Ulaşma Düzeyleri*

Engelli bireyler, engeli olmayan bireylere nazaran daha yoğun sağlık hizmetine gereksinim duymaktadır, ayrıca sağlık sorunlarından daha yoğun etkilenen bir gruptur. Engellilik türü ve düzeyine göre farklılık gösterse de koruyucu sağlık hizmetleri bakımından dezavantajlı bir konumda bulunmaları, kronik ve salgın hastalıklara karşı daha savunmasız olmaları, engelliğin getirdiği ek sağlık sorunlarına bağlı çeşitli işlev kayıplarını daha yoğun bir şekilde yaşamaları gibi çeşitli nedenlerle, engelli bireyler sağlık kuruluşlarına daha bağımlı olarak yaşamlarını sürdürmek zorunda kalabilmektedirler (Küçükşen ve ark., 2017).

Araştırmaya katılan engelli bireylere sağlık hizmetlerine erişim ve ulaşım ile ilgili altı adet soru yöneltilmiştir. Bu sorular ile temel olarak engelli bireylerin randevu sisteminden yararlanıp yararlanmadıkları, rahatsızlık durumunda ilk başvuru yaptıkları sağlık kuruluşunun belirlenmesi, evde bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanıp yararlanmadıkları, sağlık kuruluşlarına hangi araçlar ile ulaştıkları ve sağlık kuruluşlarında iletişim problemi yaşayıp yaşamadıkları belirlenip değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Katılımcıların sağlık hizmeti almak için randevu sisteminden faydalanma tercihleri incelendiğinde katılımcıların 245'i (%86,9) randevu sisteminden

faýdalandığını belirtmiştir. Faydalanma şekilleri incelendiğinde 178 (%63,1) bireyin telefon, 67 (%23,8) bireyin ise internet vasıtasıyla randevu aldığı görülmektedir. 37 (%13,1) birey ise ne telefon ne de internet vasıtası ile randevu almamaktadır. Karip (2016)'nın yapmış olduğu araştırmada katılımcıların %72,4'ü randevu sisteminden yararlanmaktadır. Bu da çalışmamızla paralellik göstermektedir. Rahatsızlık durumunda ilk başvuru sağlık kuruluşları incelendiğinde katılımcıların %58,9'u ilk başvuru olarak üniversite hastanelerini tercih etmektedir. En az tercih edilen sağlık kuruluşu 3 birey %1,1 oranı ile özel hastaneler olmaktadır. Karip (2016)'nın Konya'da yapmış olduğu araştırmada katılımcıların %47'si aile hekimliğini tercih etmektedir. Kızıl ve ark (2015)'nin Yalova yapmış olduğu çalışmada da katılımcıların %66'sı ilk başvuru olarak aile hekimliğine müracaat etmektedir. Bu durum katılımcıların gelir düzeylerine ve buldukları şehre göre farklılık göstermektedir. Evde bakım hizmetlerinden yararlanılma durumu incelendiğinde katılımcıların 55'i (%19,5) evde bakım hizmetlerinden yararlanırken 217 (%77) birey ise bu hizmetten faydalanmamaktadır. Ayrıca 9 (%3,2) birey evde bakım hizmetinden haberdar olmadığını bir bireyde şartlarının evde bakım hizmeti almaya uygun olmadığını belirtmiştir. Sağlık kuruluşlarına ulaşım konusu incelendiğinde katılımcılardan 173 (%61,3) birey ile büyük çoğunluğunun toplu taşıma ile, 80 (%28,4) bireyin şahsi aracı ve 29 (%10,3) bireyin ise çeşitli kurumların hasta nakil araçları ile ulaşım sağladığını görmekteyiz. Sağlık kurumlarında iletişim problemi yaşayıp yaşamadıkları sorulan katılımcıların 261 (%92,6) birey gibi çok büyük bir bölümü herhangi bir iletişim problemi yaşamadığını belirtmiştir. İletişim problemi yaşayan toplam 21 bireyin 5'i (%1,8) doktorlar ile 7'si (%2,5) hemşireler ile 9'u (%3,2) da tıbbi sekreterler ile problem yaşadığını belirtmiştir.

#### *Engelli Bireylerin Memnuniyet Durumu*

Yapılan çeşitli araştırmalar, engellilerin sağlık hizmetlerinden genel anlamda memnun olmadığını net bir şekilde göstermektedir. Engelliler, sağlık çalışanlarının, kendilerinden, minnet duymaları ve itaatkâr olmalarını beklediğini, sunulan hizmetlerin pasif alıcısı olarak görüldüklerini düşünmektedirler (Küçükşen ve ark., 2017). Engelli bireylerin sağlık hizmetinde karşılaştığı sorunların tespiti açısından 2010 yılında yapılan "Özürlülerin Sorun ve Beklentileri" araştırmasına göre; sağlık çalışanları ile yeterli düzeyde iletişim kuramama %53.3, sağlık personelinin özürünün

sağlık sorunu ile ilgili yeterli bilgi vermemesi ise %47.5 oranındadır (TÜİK 2010).

Bu araştırmada sağlık hizmetlerine erişimde zorlukla karşılaştığını düşünen birey sayısı 46(%16,3)'dır, erişim zorluğu yaşamadığını düşünen birey sayısı ise 203 (%72)'tür. Tedavi için gerekli araç ve gereçlere ulaşımında zorluk yaşadığını düşünen katılımcı sayısı 75 (%26,6) bireyden oluşurken, 58 (%20,6) birey kararsız olduğunu belirtmiş ve 149 (%52,8) birey ise erişim zorluğu yaşamadığını belirtmiştir. İlaç erişimi için ise katılımcıların 138'i (%48,9) ilaç erişiminde zorluk yaşamadığını belirtmiştir. Hastanelere internet, telefon ve benzeri yöntemler ile erişim sağlayabildiğini belirten katılımcı sayısı 80 (%28,4) bireyden oluşurken 29 (%10,3) birey erişemediğini, 173 (%61,3) bireyin ise bu durum karşısında kararsız kaldığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin muayene odalarının engelli bireyler açısından uygun olduğunu düşünen katılımcı sayısı 230 birey ile %81,6 oranındadır. Oda uygunluğu hakkında kararsız olan birey sayısı 32 (%11,5), oda uygunluğunu yeterli bulmayanların sayısı ise 20 (%7,1) bireyden oluşmaktadır. Katılımcıların %83,3'ü (235) hastanelerin genel fiziki koşullarının engelliler için uygun olduğunu düşünmektedir. Hastane odaları hakkında katılımcıların % 87,6'sı engelliler için uygun olduğunu düşünmektedir. Hastane WC'lerinin fiziki koşullarının engelliler için uygun olduğunu düşünen katılımcıların oranı ise %85,5'dir. Hastanelerde bulunan bekleme salonlarının engelliler için uygun olduğunu belirten katılımcıların oranı %86,9, uygun olmadığını düşünen bireylerin oranı ise %7,4'tür.

Katılımcıların hastanelerin enfeksiyon açısından güvenli olduğunu düşünenlerin sayısı 78 (%27,7) bireyden oluşurken, güvenilir bulmayanların sayısı ise 129 (%45,7) bireyden oluşmaktadır. Hastanelerin genel olarak temiz ve hijyenik bir ortam sağladığını düşünenlerin sayısı 85 (%30,1) bireyden oluşurken, temiz ve hijyenik bir ortam sağlamadığını belirtenlerin sayısı 130 (%46,1) bireyden oluşmaktadır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesinden memnun olan birey sayısı 43 (%15,2) bireyden oluşurken, memnun olmayan birey sayısı 128'dir (%45,4). Sağlık kurumlarında personel hasta ilişkisinde sıkıntı yaşadığını belirten katılımcı sayısı 235

(%83,3) bireyden oluşurken, sıkıntı yaşamadığını belirten katılımcı sayısı ise 33 (%11,7) bireyden oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarının engelli bireylere karşı ilgi ve alakasından memnun olan katılımcı sayısı 22 (%7,8) bireyken, memnun olmayan 239 (%84,8) birey bulunmaktadır.

Araştırmaya katılan engelli bireylerin 189'u (%67) hastanelerde bulunan tutunma barlarının yeterli olduğunu belirtmiştir. 19 (%6,8) birey kararsız kalırken 74(%26,2) birey ise yeterli olmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların 178'i (%63,1) hastanelerde tekerlekli sandalyeler için yapılan rampaların yeterli olduğunu düşünürken 90 (%31,9) birey yeterli olmadığını düşünmektedir. Hastanelerde bulunana danışma ve yönlendirme hizmetlerinin genel olarak iyi olduğunun düşünen katılımcı sayısı 21 (%7,4) birey iken iyi olmadığını düşünen birey sayısı 239'dur (%84,8)

Araştırmaya katılan engelli bireylerin 259'u (%91,8) hastane personeli tarafından kişisel mahremiyete dikkat edilmediğini düşünmektedir. Kişisel mahremiyete dikkat edildiğini düşünen birey sayısı sadece 12 (%4,3) kişiden oluşmaktadır, ayrıca 11 (%3,9) birey bu durum karşısında kararsız olduğunu belirtmiştir. Yapılacak işlemler hakkında yeterli bilgilendirme yapıldığını düşünen birey sayısı da 21 (%7,4) birey ile oldukça düşüktür, 249(%88,3) birey yeterli bilgilendirme yapılmadığını düşünmektedir. Engelli bireylerin hasta olanaklarından akranları gibi yaralandığını düşünen birey sayısı 109 (%38,7), akranları gibi yararlanmadığını düşünen birey sayısı ise 81 (%28,7) kişiden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan engelli bireylerin hastane işlemlerinde öncelik hakkından yaralandığını belirten 159 (%56,4) birey bulunmaktadır. Hastanede verilen hizmetlerin genel olarak yeterli olduğunu düşünen birey sayı 37 (%13,1), kararsız birey sayısı 94 (%33,3) ve verilen hizmetlerin yetersiz olduğunu düşünen ise 151 (%53,6) kişiden oluşmaktadır. Hastanelerin genel olarak beklentilerini karşıladığını düşünen engelli birey sayısı 42 (%14,9) kişiden oluşurken, 95 (%33,7) kişi beklentilerini karşılamadığını, 145 (%51,4) kişide kararsız olduğunu belirtmiştir. Ankara'da bulunan hastaneleri tüm engellilere öneririm diyen katılımcı sayısı 68 (%24,1) bireyden oluşmaktadır, Ankara hastanelerini önermeyen birey sayısı ise 110'dur (%39). Engellilere yönelik sosyal yardımların yeterli olduğunu düşünenler 260 (%92,2)

bireyden oluşmaktadır, sosyal yardımların yeterli olmadığını düşünen 7 (%2,5) bireye karşın, 15 (%5,3) bireyde kararsız olduğunu belirtmiştir.

Hasta memnuniyeti hizmetin sunumunu, hasta ile sağlık hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliğini ve iletişim özelliklerini içeren, bunun yanında hastanın sosyo-demografik özelliklerinden ve fiziksel ve psikolojik durumundan da etkilenen çok boyutlu bir kavramdır (Özen ve ark. 2011, Edis & Hupal 2018).

Yapılan çalışmalarda sağlık hizmeti alan engelli bireylerin, sağlık kurum ve kuruluşlarında verilen hizmetleri engelliler için yeterli bulmadığı, muayenelerden memnun olmadığı, sağlık çalışanları ile iletişimde problem yaşadıkları ve sağlık çalışanlarıyla her konuyu rahatça konuşamadıkları görülmektedir (Küçükşen ve ark. 2017). Hasta memnuniyeti hizmetin sunumunu, hasta ile sağlık hizmeti verenlerin etkileşimini, hizmetin varlığını, sürekliliğini, hizmeti verenlerin yeterliliğini ve iletişim özelliklerini içeren, bunun yanında hastanın sosyo-demografik özelliklerinden ve fiziksel ve psikolojik durumundan da etkilenen çok boyutlu bir kavramdır. Ayrıca hasta memnuniyeti sağlık hizmetleri kalitesini değerlendirmede yararlanılan önemli bir göstergedir. Sağlık hizmetinin zamanında, etkin ve hasta-odaklı nitelikte sunulması hasta memnuniyetini arttırarak klinik sonuçları ve hasta bağlılığını olumlu yönde etkilemekte ve tıbbi kötü uygulama iddialarını azaltmaktadır. Bu nedenlerle hasta memnuniyetinin hekim ve hastane başarısının bir dereceye kadar göstergesi olduğu düşünülebilir. Sağlık hizmetinden memnun ayrılan hastalar, aynı hizmeti tekrar tercih etmektedir ve yakınlarına tavsiye etmektedirler. Böylece hasta memnuniyeti hastane imajını yükseltir ve bu da daha fazla hizmet kullanımı ve hastanelerin pazar payının artması demektir. Araştırma sonucunda tespit edilen ve gözlemlenen sorunlar için aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Hükümetler tarafından engelliler için her ne kadar yeni düzenlemeler yapılsa da halen karşılanmayan ve katastorfi yaratan sağlık harcamaları giderleri vardır. Bu sağlık harcamalarının karşılanması için “özellikle SMA hastaları için” hükümetlerin var olan politikalarını gözden geçirmeleri ve bu harcamaları da kapsayacak politikaları hayata geçirmeli,

- Engelli bireylerin büyük çoğunluğu sağlık tesislerine ulaşım için toplu taşıma hizmetlerini kullanmaktadırlar. Engelli bireylerin ulaşımında karşılaştıkları zorlukları gidermek için yerel yönetimlerin, uyguladıkları politikaları geliştirilerek etkinliklerini denetlemeleri,
- Sağlık tesislerine şahsi aracıyla gelen engelli bireyler için girişlere en yakın ve en uygun yere otopark planı yapılmalı,
- Sivil toplum kuruluşlarının engelliler için daha kapsamlı ve kapsayıcı bir çalışma yaparak üyesi olmayan engelli bireylerin de hakları ve öncelikleri konusunda bilgilendirme yapmaları ve bu bilgilendirmenin süresiz olarak engelli bireylerin bilgiye ihtiyacı olduğu anda ulaşabilecek şekilde tasarlanması,
- Hastane yönetimleri, engellilerin öncelik ve hakları konusunda çalışanlarını bilgilendirmeli,
- Engellilerin sağlık tesisi içerisinde rahat hareket etmeleri ve gereğinden fazla dolaşmamaları için yanlarında refakat edecek çalışan istihdam etmeleri,
- Sağlık tesislerinde uygulanan hizmet içi eğitimde engelliliğe ilişkin konuların da ele alınması,
- Engelliler sağlık hizmeti alımında öncelik hakkından yararlanırken sadece muayenede değil, mümkün olan bütün durumlarda (radyolojik, patolojik, cerrahi v.b. işlemler) öncelik hakkı kullanılmalı mümkünse aynı gün işlemleri yapılabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Hastane yönetimleri farklı engelli bireyler için iletişimi kolaylaştırmak adına ayırıcı özelliklere sahip (işaret dili bilen) personel alımı yapmalı,
- Bazı sağlık tesislerinde bulunan engelli yardım masası biriminin yaygınlaştırılması,

- Sağlık tesislerinde uygun olan yerlere engelli yardım butonları yerleştirip ihtiyaç doğrultusunda en hızlı şekilde engelli bireye ulaşılması için düzenlemeler yapılması,
- Ülkemizde engellilere yönelik çeşitli alanlarda araştırmalar yapılmış olsa da engelli bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliklerinin değerlendirilmesine yönelik çok az sayıda çalışma yapıldığı, dolayısıyla engelli bireylerin daha sık ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğe yönelik yapılan araştırmaların arttırılması önerilmektedir.

XXXXXS  
GCPS

## KAYNAKÇA

Ada, A. (2009) Guide To Disability Rights Law. Department Of Justice Civil Rights Division, Pennsylvania.

Akbelen, M. M (2007) ‘Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme ve Isparta İli Üzerinde Bir Araştırma’, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi SBE Maliye Anabilim Dalı, Isparta

Akçalı, Ş. (2015). Görme Engellilere Yönelik Tasarlanan Mekânların Erişilebilirlik Standartları Kapsamında İrdelenmesi: Görme Engelli Kütüphaneleri. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Albrecht G, (2006). Encyclopedia of Disability. California : Sage Publications Ltd.

Andaç, F. (2008) Hukukun Temel Kavramları, Detay Yayıncılık, Ankara

Atala E, (1996). Çevre tasarımı ve normların bedensel engelliler açısından değerlendirilmesi üzerine teorik bir yaklaşım. Hacettepe Üniversitesi Sanatta Yeterlilik Raporu, Ankara.

Barnes, C., Mercer, G. and Shakespeare, T. 2010. The Social Model of Disability. In. A. Giddens and P.W. Sutton (Eds), Sociology: Introductory Readings Cambridge: Polity Press.

Baş E, 2013. “Kent İçi Toplu Ulaşım Sistemlerinin Özürlülerin Erişilebilirliğine Uygunluğu” Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul

Batu, S, Uysal, A. (2010) Günümüz Sınıflarında Engelli Çocukların Gelişimini Destekleme, Kök Yayıncılık, Ankara.

Burcu, E. (2015). Engellilik Sosyolojisi. 1. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık.

Çağlar D, (1982). Ortopedik Özürlü Çocuklar ve Eğitimleri, 2.Basım, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Yayınları, Ankara

Çalık, S. (2008). Özürlülüğün Değerlendirilmesinde Mevcut Uygulama ve Yaşanan Sorunlar Işığında Yöntem Arayışı,

Çarkçı Ş, (2011). Engellilerin Mesleki Eğitimi Ve İstihdamı, Marmara Üniversitesi, (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi), İstanbul.

Çitil, M, Üçüncü K, M, (2018). Türkiye’de Engelli Hakları ve Engelliler Hukuku’nun Durumu. 254-255.

DDA, Equality Act 2010, 2010, [Http://Www.Legislation.Gov.Uk/Ukpga/2010/15/Section/6](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2010/15/section/6) (14.10.2018).

Diken, İ.H., (1998). Sınıfında zihinsel engelli çocuk bulunan ve bulunmayan sınıf öğretmenlerinin zihin engelli çocukların kaynaştırılmasına yönelik tutumlarının karşılaştırılması. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi. A.İ.B.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu

Ekenci, M.A. (2014). Engelli Bireylere İlişkin Resmi Veri Toplama Araçlarının Ulusal Düzeyde Yaygınlık Tahminlerinin Kullanımı, Ankara

Enç, M. (1981). “Görme Özürlülerin Eğitim Sorunları”. Çağdaş Eğitim Dergisi, 67-73.

Erdem, Şeniz (2007). Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastalara Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Trakya Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü. 61. Edirne.

Erdoğan B, (2013). "Evde Bakım Hizmeti Alan Özürlü Bireye Sahip Ailelerin Sosyo-Ekonomik Durumlarının İncelenerek, Umutsuzluk Ve Yaşam Doyum Düzeylerinin Belirlenmesi" Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı,(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Konya.

Erginöz, E, Erdoğan, M.S. (2010) Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Sistemleri, İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, İstanbul.

Ergüden M., (2015), Sağlık Kurumlarında Hasta Hakları Kapsamında Hasta Memnuniyetsizliğini Etkileyen Faktörlerin Analizi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

Erten Ş, ve Aktel M. 2017. Engellilik Kültürü: Engellilik Modelleri Çerçevesinde Bir Değerlendirme.

European Commission. (2006). 5 of the Committee of Ministers to Member States on the Council of Europe Action Plan to Promote the Rights and Full Participation of People With Disabilities in Society: Improving the Quality of Life of People With Disabilities in Europe 2006-2015. <http://www.coe.int/t/dg3/disability/>.

Filiz, Y. (2010). Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi. Atılım Üniversitesi/ Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara

Genç, Y. ve Çat, G. (2013). Engellilerin İstihdamı ve Sosyal İçerme İlişkisi. Akademik İncelemeler Dergisi, 8, 363-393.

Ghosh, N. (2012). Disabled Definitions, Impaired Policies: Reflections on Limits of Dominant Concepts of Disability, Occasional Paper 34, Institute of Development Studies Kolkata

Güler E.K, (2005). Tıbbi Ortamların ve İlişkilerin Engelli Kişilere Uygunluğunun Etik Yönden Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Adana

Hayran, O. ve Sur, . (1997). Hastane Yöneticiliği, Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul.

hayranTürk Dil Kurumu (TDK), (1998). Türkçe Sözlük. Cilt:2, 9. Baskı, Ankara

Hisar, A. (2019). Hastane Hizmet Kalitesinin Engelli Bireyler Tarafından Değerlendirilmesi, İzmir Örneği, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir

Kara, H. (2015). “Bir Ev İşçisinin Yol Hali: ‘Gündelikçi’ Kadın Emeği Gözünde Kenti Anlamak”. TMMOB Şehir Plancıları Odası Bülteni Kadın Özel Eki 6, Ankara

Karakaş K, (2002). Engellilerin Toplumla Bütünleşme Sorunları, Ufkun Ötesi Bilim Dergisi, cilt 2, s. 2

Karip, S. (2016) Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik Düzeylerinin Belirlenmesi: Konya Örneği (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Selçuk Üniversitesi, Konya

Kavuncubaşı, Ş., (2000), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara

Kaya Ç, (2006). Ortopedik Özürlülerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımsızlıklarının Yaşam Kalitelerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul

Kesik O, Demirci A, Karaburun A, 2012. Analysis of Pavements for Disabled Pedestrians in Metropolitan Cities Case of Şişli District in İstanbul. Germany: Lap Lambert Academic Publishing.

Kırmızı, Emine, G, (2010). Sağlık Hizmeti Sunan Bir Kurum Olarak Hastanelerde Dış Müşteri (Hasta) Memnuniyeti “ Balıkesir Özel Hastanesi Örneği”, Kütahya.

Kızıl C, Akman V, Öztürk S, 2015. “Aile Sağlığı Merkezlerinden Hizmet Alan Hastaların Hasta Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi: Yalova ili Örneği” Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 6-31.

Koca, C, (2010). Engelsiz Şehir Planlama Raporu, İstanbul

Küçüker, S., & Kanık-Richter, N. (1994). Normal çocuğa sahip anne-babaların özürlü çocuklara yönelik tutumları. Özel Eğitim Dergisi 1 (4) 28

Küçükşen, K, Kaya, D.Ş, Uludağ A, Yüceler A, İleri Y.Y, Tekin H.H, (2017) Sağlık Çalışanlarının Engellilere Yönelik Tutumlarının Örgüt Kültürü Açısından Değerlendirilmesi, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi. Ss.91-101

Küçükşen, K., Kaya, Ş. D., Uludağ, A., Yüceler, A., İleri, Y. Y., & Tekin, H. H. (2017). Sağlık Çalışanlarının Engellilere Yönelik Tutumlarının Örgüt Kültürü Açısından Değerlendirilmesi. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 5(42), 91-101.

Mermer. Ü.A. (2020). Devlet Hastaneleri Poliklinikleri ve Yakın Çevrelerinin Görme Engelli Bireyler İçin Erişebilirlik, Ulaşılabilirlik ve Kullanılabilirlik Kapsamında İncelenmesi, Gaziantep Örneği, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep

Mevzuat, 1983 <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2828.pdf> adresinden erişildi.

Milli Eğitim Bakanlığı, (2013) Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü, İşitme Engelli Öğrenciler İçin Öğretmen Kılavuz Kitabı, Ankara

Mutlu, A. Işık, A. K. (2005), "Sağlık Ekonomisine Giriş", Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa

Okur, N. ve Erdugan, F.E. 2010. Sosyal Haklar ve Özürlüler: Özürlülük Modelleri Bağlamında Tarihsel Bir Değerlendirme. Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu II Bildiriler Kitabı (ss. 245-263). İstanbul: Petrol-İş Yayını.

Olkin, R. 1999. What Psychotherapists Should Know About Disability? (1.st. Ed). New York: Guilford Press.

Öztek, Z. (2001). "Sağlıkta Kavramlar". Yeni Türkiye Dergisi, 297

Öztek, Z. (2018). TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ 1978-2018.

Öztürk, M. (2011). Türkiye’de Engelli Gerçeği, Cep Kitapları, İstanbul

Pouya, Sema. (2016). Ortopedik Engelli Çocukların İyileştirilmelerine Ortopedik Engelli Çocukların İyileştirilmelerine Yönelik Planlama Yaklaşımı: ODTÜ Eymir Gölü Örneği, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Trabzon.

Putnam M, Geenen S, Powers L, 2003. Health end Wellness: People with disability discuss barriers and facilitators to well being Journal of Rehabilitation.69:1, 37-45.

Resmi Gazete, Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme, 2008, [Http://Www.Ttb.Org.Tr/Mevzuat/İndex.Php?Option=Com\\_Content&View=Article&İd=686:Engeller-Haklarina-K-Slee&Catid=6:Uluslararasılge&Itemid=36](http://www.tb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=686:engeller-haklarina-k-slee&catid=6:uluslararasılge&Itemid=36)( 14.10.2018).

Retrief, M. and Letšosa, R. (2018). Models of Disability: A Brief Overview. HTS Teologiese Studies/ Theologiese Studies, 74.

Retrief, M. and Letšosa, R. (2018). Models of Disability: A Brief Overview. HTS Teologiese Studies/ Theologiese Studies, 74.

Robinson, C., Martin, J. & Thompson, K. (2007). Attitudes towards and perceptions of disabled people – Findings from a module included in the 2005 British Social Attitudes Survey. Disability Rights Commission.

Sargutan, Erdal (2005a). Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 403.

Shakespeare, T. and Watson, N. (2010). The Social Model of Disability: An Outdated Ideology? Research in Social Science and Disability, 2, 9-28.

Somunoğlu, S. , Tengilimoğlu, D. , Ağırbaş, İ. , Çelik, Y. Erdem, R. , Akbulut, Y. (2012), SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ-1, Eskişehir

Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. (2002) Biyoistatistik, Hitapoğlu Yayınevi, Ankara

Şenatalar, B (2003), Sağlık Ekonomisine Genel Bir Bakış, C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 25 (4)

T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, (2008). Herkes İçin Ulaşılabilirliğin İyileştirilmesi, Ankara

T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, (2010). Ulaşılabilirlik Stratejisi ve Ulusal Eylem Planı 2010-2011. Ankara

Tekin,A.(2007). Sağlık-Hastalık Olgusu ve Toplumsal Kokenleri Burdur Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Isparta

Tengilimoğlu, D., (2001). Sağlık Kuruluşlarında Halkla İlişkiler, Ankara: Gazi Kitabevi.

Tengilimoğlu, D., Işık, O. Ve Akbolat, M. (2015). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. (5. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Tüik, (2011). [www.tuik.gov.tr/PrehaberBultenleri.do?id=1817](http://www.tuik.gov.tr/PrehaberBultenleri.do?id=1817)

Türk Dil Kurumu (TDK), (1998). Türkçe Sözlük. Cilt:2, 9. Baskı, Ankara

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, (2012). Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgileri Rehberi, Ankara

Ünlü S, 1987. İşitme Engelli Çocukları Olan Ailelerin Uzaktan Öğretim İle Eğitilmesi. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları no:118, Eskişehir.

Ünver H, 2016. Ulaşılabilirliğin Tarihi Kentsel Alanın Kimliği ve Yarışabilirliğine Etkisi, Düzce Üniversitesi Bilim ve Teknoloji Dergisi, 4. 144-156

WHO. (2011). World Health Organization World Report on Disability 2011.

WHO. (2019) World Health Organization. World Report on Vision 2019.

Yasemin Filiz, ‘ Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi ‘ , (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi SBE Finansman Anabilim Dalı, Ankara, 2010),

Yıldırım, S. (1994) Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi ‘ , Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara, 1994)

## EKLER

### EK-1 Anket Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma, engelli bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik düzeylerinin belirlenmesi, etkin sağlık hizmeti almalarının önünde var olan çeşitli engellerin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmektedir. Çalışma tamamen akademik amaçla yapılmakta olup, bilgiler kesinlikle başka bir şahıs ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır.

Anket çalışmamıza katıldığınız ve çalışmalarımıza katkı verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Özgür Meydan  
Yüksek Lisans Öğrencisi  
Atılım Üniversitesi

#### **A) DEMOGRAFİK BİLGİLER**

**1. Cinsiyetiniz nedir?**

Erkek       Kadın

**2. Medeni durumunuz nedir?**

Evli       Bekar

**3. Yaşınız hangi aralıktadır?**

16 - 25       26 - 35       36 - 45       46 - 55       56 - 65       66+

**4. Eğitim durumunuz hangisidir?**

Okuryazar       İlköğretim       Ortaöğretim       Lise       Lisans        
Lisansüstü

**5. Sosyal güvenceniz nedir?**

Emekli Sandığı  Bağ-kur  SSK  Genel Sağlık Sigortası  Yeşil Kart  Özel Sağlık Sigortası  Yok

**6. Mesleğiniz nedir?**

Memur  İşçi  Serbest Meslek  Öğrenci  Emekli  Çalışmıyorum

**7. Aylık gelir düzeyiniz nedir?**

1.000 TL altı  
 1.001 – 3.000 TL  
 3.001 – 5.000 TL  
 5.001 TL üzeri

**8. Engelinizden dolayı 2022 (Engellilere verilen) maaşından yararlanıyor musunuz?**

Evet  Hayır

**9. Engel durumunuz hangisidir?**

Bedensel  Zihinsel  İşitme-Konuşma  Görme  Süreğen hastalık  
 Birden fazla

**10. Engellilik oranınız nedir?**

% 40 ve aşağısı  
 % 41-60  
 % 61-80  
 % 81-99

**11. Engellilik sebebiniz nedir?**

Doğuştan engelim var  Hastalık sebebiyle engelim var  Engelim sonradan (kaza vb.) oldu

**12. Günlük yaşantınızda ihtiyaçlarınızı karşılamada kendinizi yeterli hissediyor musunuz?**

Evet  Kısmen  Hayır

**13. Ulusal engelli veri tabanına kayıtlı mısınız?**

Evet  Hayır  Böyle bir veri tabanı varlığından haberdar değilim

**14. Herhangi bir sivil toplum kuruluşuna (Engelliler ile ilgili) üye misiniz?**

Evet  Hayır

## **B) SAĞLIK HİZMETLERİNE ULAŞMA DURUMU**

### **1. Sağlık hizmeti alımında randevu sisteminden yararlanıyor musunuz?**

Evet (Telefon)  Evet (İnternet)  Hayır

### **2. Rahatsızlık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık tesisi neresidir?**

- Aile Hekimliği  
 Devlet Hastaneleri  
 Üniversite Hastaneleri  
 Özel Hastaneler

### **3. Bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanıyor musunuz?**

- Evet, yararlanıyorum  
 Hayır, yararlanmıyorum

### **4. Evde bakım hizmetinden yararlanıyor musunuz?**

- Böyle bir hizmetin varlığından haberdar değilim  
 Evet, yararlanıyorum  
 Şartlarım evde sağlık hizmeti almaya uygun değil  
 Hayır, yararlanmıyorum

### **5. Sağlık kurumlarına ulaşımı genellikle hangi yolla sağlıyorsunuz?**

- Şahsi aracım ile gidiyorum  
 Toplu ulaşım araçlarını kullanıyorum  
 Hasta nakil aracı ile gidiyorum (Belediye, bakanlık vb.)

### **6. Sağlık tesisinde iletişim problemi yaşıyor musunuz? Yaşıyorsanız en fazla iletişim sorunu yaşadığınız sağlık personeli kimdir?**

- Hayır, yaşamıyorum  Doktor  
 Hemşire  Tıbbi Sekreter

### C) MEMNUNİYET DURUMU

Sağlık Kuruluşlarının işleyişi ve fiziki yapıları ile ilgili aşağıda verilen ifadelere katılma durumunuzu size en uygun olan şekliyle cevaplandırınız.

	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
1. Sağlık hizmetlerine erişimde zorlukla karşılaşıyorum			
2. Hastane işlemleri öncelik hakkından yararlanıyorum			
3. Muayene odalarının engelli bireyler açısından uygun olduğunu düşünüyorum			
4. Sağlık hizmetlerinin kalitesinden memnunum			
5. Sağlık kurumlarında personel- hasta ilişkisinde sıkıntı yaşıyorum			
6. Sağlık çalışanlarının engelli bireylere karşı ilgi ve alakasından memnunum			
7. Tedavi için gerekli araç- gereçlere erişimde zorlukla karşılaşıyorum			
8. Tedavi için gerekli ilaçlara erişimde zorlukla karşılaşıyorum			
9. Hastanelerin genel fiziki koşulları engelliler için uygundur			
10. Hastane odalarının fiziki koşulları engelliler için uygundur			
11. Hastane WC'lerin fiziki koşulları engelliler için uygundur			
12. Hastane bekleme salonlarının fiziki koşulları engelliler için uygundur			
13. Hastane duvarlarında engellilerin rahat yürüebilmesi sağlayan tutunma barları yeterlidir			
14. Hastanelerdeki tekerlekli sandalyenin rahat ilerleyebilmesi için rampalar yeterlidir			
15. Hastanelerdeki danışma ve yönlendirme hizmetleri genel olarak iyiydi.			
16. Hastaneler genel anlamda beklentilerimi karşılamaktadır			
17. Engelli bireyler akranları gibi, bütün hasta olanaklarından yararlanmaktadır			
18. Hastanelere internet, telefon vb. yöntemler ile erişim sağlanabilmektedir			
19. Hastane enfeksiyon açısından güvenlidir			
20. Hastanede genel olarak temiz ve hijyenik bir ortam vardır			
21. Yapılacak işlemler hakkında yeterli bilgilendirme yapılmaktadır			
22. Hastane personeli tarafından kişisel mahremiyete dikkat edilmektedir			
23. Hastanede verilen hizmetler genel olarak yeterlidir			
24. Ankara'daki hastaneleri tüm engellilere öneririm			
25. Engellilere yönelik sosyal yardımlar yeterlidir			

## **EK-2 Ulaşılabilir Sağlık Kurumlarının Özellikleri**

### **Açık alanlar**

2010 yılında Türkiye genelinde Ulusal Özürlüler Veri Tabanında kayıtlı olan özürlü bireylere yönelik olarak “Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması” gerçekleştirilmiş ve kayıtlı olan özürlü bireylerin %66,9’u kaldırımların, yaya yollarının ve yaya geçitlerinin özürlü bireyin kullanımına uygun olmadığını belirtmişlerdir. Yaşadıkları yerdeki fiziksel çevre düzenlemeleri ile ilgili olarak kayıtlı olan özürlü bireylerin %58,4’ü kamu binalarının engelli bireyler açısından kullanıma uygun olmadığını düşünmektedirler(Sağlık Bakanlığı, 2010). Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı 2010 yılında “Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi” yayınlamış ve sağlık kurum ve kuruluşlarında binaların, binalara yakın açık alanların kullanıma uygun olması için gerekli standartları belirtmiştir.

### **Yaya kaldırımları**

- Özürlüler dâhil tüm yayaların rahatça hareket edebilmeleri için yaya kaldırımı genişliği net olarak en az 150 cm olmalıdır.
- Yaya kaldırımının genişliği: toplu taşıma duraklarında en az 300 cm olmalıdır.
- Yaya Kaldırımının Yüksekliği: Kaldırım yüksekliği 7 cm -15 cm olmalıdır.
- Yaya Kaldırımının Eğimi - Yaya kaldırımının boyuna eğimi, tek başına hareket eden tekerlekli sandalye kullanıcıları hesaba katılarak en fazla %5 olmalıdır. Kaçınılmaz olarak eğimi %5’in üzerinde olan kaldırımlar, rampalar gibi değerlendirilmeli ve ona göre tasarlanmalıdır.
- Kaldırım kenarlarında yapılacak rampalar 3 yöne eğimli olmalıdır. Bu tür rampalarda yan eğim en fazla %10 olmalıdır
- Yaya kaldırımı yüzeyi düz, sabit, kaygan olmayan (ıslak/kuru) nitelikte ve kaldırım döşemeleri bitişik ve boşluksuz olmalıdır.
- Kaldırım yüzey kaplaması seçilirken, uygulanacak yüzey, iklim koşulları, kaldırımın kullanım yoğunluğu ve şekline göre en uygun malzeme seçilmelidir.

- Eğer kaldırım üzerinde, ızgara, rögar kapağı gibi altyapı elemanları var ise bunlar çukur ve çıkıntı oluşturmayacak şekilde kaldırım yüzeyi ile eş düzey olmalıdır.
- Kaldırım yüzeyinde, ani seviye değişikliklerinden mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.
- Görme özürlülerin kaldırımlarda güvenli bir şekilde ilerleyebilmeleri için kaldırım yüzeyinde hissedilebilir yüzey uygulanmalıdır.
- Hissedilebilir yüzey, bahçe kapısından itibaren hastanelerin en yoğun kullanılan girişlerine kadar uygulanmalıdır(Sağlık Bakanlığı,2012).

### **Rampalar**

- Kaldırım güzergâhı ve diğer yaya yolları üzerinde yapılacak (kaldırım kenarı ve bina giriş rampaları dışındaki) rampaların net genişliği, en az 90 cm olmalıdır.
- Kaldırım güzergâhı üzerinde yapılacak rampaların başlangıç ve bitişlerinde tekerlekli sandalyenin manevra yapabileceği en az 150 cm x 150 cm'lik bir alan olmalıdır.
- 9 m' den uzun rampalarda veya bir rampadan ikinci bir rampaya geçişin olduğu yerlerde; en az 150 cm 'lik düz dinlenme alanı sağlanmalıdır.
- Rampalardaki eğimler, tekerlekli sandalye kullanıcıları, yürüme zorluğu yaşayan yaşlılar, bebek arabası kullanan yayalar ve görme özürlülerin de kullanacağı düşünülerek mümkün olan en az eğimde yapılmalıdır. Rampa eğimi en fazla %5 olmalıdır.
- 9 m'den daha uzun rampaların eğimi, hiçbir şekilde %5'den fazla olmamalıdır.
  - Görme özürlüler için rampaların başında ve sonunda 60 cm derinliğinde uyarıcı hissedilebilir yüzey uygulanmalıdır.
- Rampa yapılmasının mümkün olmadığı durumlarda alternatif ulaşım yöntemleri kullanılmalıdır (Platform asansörü, hidrolik asansör vb.) (Sağlık Bakanlığı,2012).

### **Dış mekanda merdivenler**

- Merdivenin yanında uygun rampa veya asansör yapılmalıdır. Rampa, lift veya asansörle çözüm getirilemeyen merdivenler varsa ulaşılabilir alternatif bir güzergâh olmalıdır.
- Merdivenlerde su tahliyesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
- Basamak yüksekliği 12-15 cm, basamak genişliği ise en az 30 cm olmalıdır. Ayrıca, merdivende yer alan basamak gruplarında, basamaklar arasında yükseklik farkı olmamalı, bütün basamaklar eşit yükseklikte olmalıdır.
- 300 cm'den daha geniş olan merdivenlerin ortasında ilave tırabzan yapılmalıdır.
- Aynı yönde devam eden merdivenli yollarda; 8-10 basamakta bir sahanlık olmalıdır.
- Görme özürlü kişilerin merdivenleri bulabilmeleri ve algılayabilmeleri için hissedilebilir uyarıcı yüzey malzemeleri uygulanmalıdır. Merdiven iniş veya çıkış basamağının 30 cm öncesinde, 60 cm derinliğinde ve merdiven genişliğinde uyarıcı yüzey kullanılmalıdır.
- Merdivenler düz, sabit, dayanıklı ve kaygan (ıslak/kuru) olmayan malzeme ile kaplanmalıdır(Sağlık Bakanlığı,2012).

### **Yaya geçitleri**

Yayaların enerji kaybını en düşük düzeyde tutmak ve özürülülerin hareketini kolaylaştırmak için, yaya geçişlerinde öncelikle hemzemin yaya geçitleri tercih edilmelidir. Özellikle görme özürülüler dahil tüm hareket kısıtlılığı olan yayaların, yaya geçitlerini güvenli ve rahat kullanabilmeleri için gerekli tedbirler alınmalıdır. Yaya geçitleri TS 12576'ya uygun yapılmalıdır(Sağlık Bakanlığı,2010)

### **Hemzemin Yaya Geçitleri**

- Yaya geçitleri ile yaya kaldırımları arasında seviye farklılıkları olduğu durumlarda yaya geçidi genişliğinde üç yöne eğimli yaya kaldırım rampası yapılmalıdır.
- Yaya geçitlerinin bulunduğu yerlere yönlendirme işaretleri konulmalıdır.
- Taşıt yolu ve kavşak geçişlerinde çiçeklik ve çiçek saksıları, mantarlar, sembol, ilân panoları, direkler (elektrik, aydınlatma, trafik vb.), rögar ve ızgaralar hareket kabiliyetini azaltacağından yaya geçitleri bu gibi engellerden arındırılmalıdır.
- Yaya geçitleri herkes tarafından kolaylıkla fark edilebilecek şekilde iyi ve üstten aydınlatılmalıdır.
- Yaya geçitlerinde taşıt yolu öncesinde, standardına uygun uyarıcı hissedilebilir yüzey uygulaması yapılmalıdır.
- Yaya geçitlerine kullanılan kaplama malzemeleri kaymayı önleyici (ıslak Kuru), her türlü fiziksel koşullara karşı dayanıklı malzemedir olmalıdır.

### **Yaya Alt ve Üst Geçitleri**

- Rampalı veya merdivenli alt/üst yaya geçitlerinde erişim mümkün olan en kısa ve en rahat şekilde yapılmalı, uzun ve dolambaçlı rampa veya merdivenlerden kaçınılmalıdır.
- Yaya alt/üst geçitlerindeki merdivenlerin iki tarafında TS 9111' e uygun korkuluk ve/veya küpeşteler bulunmalı, 8 – 10 basamakta bir merdivenler arasında en az 150 cm sahanlık yapılmalıdır.
- Yaya geçitlerinde kullanılan kaplama malzemeleri düz, sabit, kaymaz (ıslak/kuru), her türlü fiziksel koşula karşı dayanıklı malzemedir olmalıdır.
- Merdivenler dik ve kavisli olmamalı, iniş ve çıkışlar rahat, güvenli ve aydınlık olmalıdır.
- Merdiven basamakları kaygan olmamalı ve uçlarında kaymayı önleyici koruyucu malzeme basamak yüzeyi ile düz olacak şekilde monte edilmelidir.

### **Duraklar için temel kurallar**

- Özürlülerin, erişmek istedikleri sağlık tesisine en kısa, rahat, güvenli bir biçimde otobüs, özel/ticari vasıta veya raylı taşıma araçları ile gitmeleri sağlanmalıdır.
- Özürlüler dahil tüm yayaların duraklara kolay, engelsiz ve bağımsız erişebilmeleri sağlanmalıdır.
- Durakların yerleri basit, kolay anlaşılabilir ve belli uzaklıktan görülebilir olmalıdır.
- Özürlülerin engelsiz ve başkalarına ihtiyaç duymadan otobüse inip binmeleri için otobüs zemini ile kaldırım aynı seviyeye getirilmeli veya otobüste eğimi en fazla %6 olacak rampa bulunmalıdır.
- Özürlülerin, duraklarda otobüse rahat inip binebilmeleri için durak döşemesi, taşıt girişi seviyesine kadar eğimi %5'i geçmeyen rampa ile yükseltilmelidir.
- Duraklarda özürlüler için oturma bankı ve bankın uygun yerlerinde tutunma barları bulunmalıdır.
- Duraklarda toplu taşıma hizmetine ilişkin bilgilendirme (güzergah planı, şehir haritası, otobüs tarifesi vb.) sesli ve görsel donanımlar kullanılarak dijital olarak veya kabartmalı pano ile yapılmalıdır.
- Duraklarda tekerlekli sandalye için 120 cm genişliğinde alan bulunmalıdır.
- Duraklar bulunduğu yörenin hava şartlarına karşı korunaklı olmalıdır(Sağlık Bakanlığı,2012).

### **Binalar**

Sağlık Bakanlığının binalardaki standardı belirlemedeki amaç; sağlık tesislerini, hizmet alan ve çalışan özürlülerin yardıma ihtiyaç duymadan bağımsız olarak kullanabilmelerini sağlamaktır.

## Bina içi yatay dolaşım

- Bina girişleri düzayak olmalıdır.
- Bina girişi düzayak olmayan kurumlarda standarda uygun rampa yapılmalıdır.
- Bina ana girişinde ulaşılabilirlik sağlanamıyorsa alternatif ulaşılabilir girişler olmalı ve bu girişlere standartlara uygun yönlendirme yapılmalıdır.
- Mevcut sağlık yapılarında rampa ile ulaşılabilir giriş hiçbir şekilde sağlanamıyorsa merdiven asansörü ya da platform asansörü yapılmalıdır.
- Girişte döner kapı olmamalıdır.
- Bina giriş kapılarının fotoselli ve kayarak açılan kapılar olması gerekmektedir ( Özellikle görme engelliler için hissedilebilir takip yüzeyi ile giriş sağlanan kapılarda).
- Bankolarda tutunma ve yaslanma barı olmalıdır.
- Bina içinde ve dışındaki ATM' ler engellilere hizmet verebilecek şekilde düzenlenmelidir.
- Görme engelliler için bina girişinden ilgili bankoya kadar kılavuz iz ve uyarıcı yüzeylerle yönlendirme yapılmalıdır. Görme engelli hastalara refakat edecek yönlendirme veya halkla ilişkiler görevlisi olmalıdır (Engelli, yaşlı ve yardıma ihtiyaç duyan hasta ve hasta yakınları için refakat uygulamaları, ilgili mevzuat ve Hizmet Kalite Standartları kapsamında düzenlenmelidir).
- İşitilebilir ve görülebilir alarmlar olmalıdır.
- Rampa eğimi en fazla %5 olmalıdır.
- Küpeşteler, emniyet bakımından rampa başlangıç ve bitiminden sonra 30 cm daha devam etmelidir. Küpeştelerdeki bu uzatmaların uç kısmı, herhangi bir kazayı önlemek için yuvarlaklaştırılmalıdır.
- Görme engellilerinin çarpma sonucunda zarar görmelerinin önüne geçilmesi ortopedik engelli ve tekerlekli sandalye geçişlerinde

zorlukların bertaraf edilmesi açısından; ana giriş kapıları ve ana koridor geçişlerinde fotoselli kayar kapı olmalıdır.

- Kapı önlerinde yeterli manevra alanı olmalıdır.
- Merdivenler görme özürlüleri korumak amacıyla yürüyüş istikametine dik olarak konumlandırılmış olmalıdır (Mevcut yapılarda mümkün olmaması durumunda, hissedilebilir uyarıcı yüzeyler ile uyarı sağlanmalıdır).
- Görme özürlüleri korumak amacıyla merdiven altı 220 cm yüksekliğe kadar kapatılmış olmalıdır.
- Tüm basamaklar aynı genişlikte ve aynı yükseklikte olmalıdır.
- Merdivenlerin duvar tarafına da küpeşte yapılmalıdır.
- Merdiven yüzey kaplaması ıslak ve kuru durumda kaygan olmayan malzemedir yapılmış olmalıdır.
- Görme özürlüler için küpeştelerin üzerinde Braille Alfabesi ile hangi katta olduğu bilgisini veren kat numaraları yazılmalıdır.
- Merdivenin her iki yanında ve ara sahanlıkta kesintisiz küpeşte olmalıdır.

### **Poliklinikler**

- Poliklinik muayene odaları içinde en az 150 x 150 cm genişliğinde manevra alanları olmalıdır.
- Poliklinik kapıların temiz geçiş genişliği en az 120 cm olmalıdır.

### **Hasta Odaları**

- Her serviste en az bir adet olmak üzere özürlülere yönelik hasta yatak odalarının bulunması gereklidir.
- Tüm hasta yatak odalarında tekerlekli sandalyenin manevrası için gerekli alan bırakılmalıdır. Birden çok yataklı hasta yatak odalarında, bu manevra alanlarının yataklar arasında bulunması tercih edilir.

### **Bekleme alanları**

- Oturma elemanları, tekerlekli sandalye geçiş mesafelerini ihlal etmeyecek şekilde yerleştirilmelidir.
- Bekleme alanlarında tekerlekli sandalyeler için yeterli genişlikte en az 150 cm manevra ve en az 90cm bekleme yerleri oluşturulmalıdır.
- Oturma elemanları sabit olmalıdır ve en az %10'u kolçaklı olmalıdır.

### **Tuvalet kabinleri**

- Tuvalet kabinleri ulaşılabilir bir güzergahta yer almalıdır. En az 150 cm genişliğindeki standart bir tuvalet kabininin net derinliği duvara monte edilmiş klozet için en az 142 cm olmalıdır.
- Işık kontrol düğmeleri tuvalet kabinlerinin içinde olmalı veya biri girdiğinde ışık otomatik olarak yanmalıdır
- Acil durumlarda müdahale imkanı verebilmesi için tuvalet ve kabin kapılarının dışarı doğru açılması gerekmektedir.

### **Bina içi dikey dolaşım**

#### **Asansörler**

- Birden fazla katlı binalarda, tüm katlara ve gerekli birimlere hizmet veren, yeterli sayı ve kapasitede asansör bulunmalıdır.
- Asansör yapılması mümkün olmayan mevcut binalarda merdiven asansörü veya hidrolik asansör yapılmalıdır.
- Asansörler bina girişlerine yakın ve her katta engelsiz ulaşılabilir olmalıdır.
- Kontrol düğmeleri; Braille Alfabeli ve kabartmalı, bulunduğu zeminden farklı renkte veya ışıklı olmalıdır. Kabin içinde, kontrol panelinin en altında, acil durum uyarı düğmeleri bulunmalıdır.

- Sedye asansörlerinde sedye çarpma bandı bulunmalıdır. Ayna, cam ve benzeri kırılabilir malzemeler sedye çarpma bandı hizası üzerinde kullanılmalıdır.

### **Pencereler**

- Pencereler, görme bozukluğu olanlar için göz kamaştırıcı ışığa maruz kalmayacak şekilde düzenlenmelidir.
- Tekerlekli sandalye kullananların, pencereden rahatlıkla dışarıyı görebilmeleri için parapet yüksekliği en fazla 80 cm olmalıdır.

### **Koridor ve duvarlar**

- Koridorlarda net geçiş alanlarının en az 150 cm olması gerekmektedir.
- Dönüş alanlarında tekerlekli sandalye dönüş yapabilme alanı dikkate alınarak en az 150 cm olmalıdır.
- Koridorlarda oturma ve bekleme alanları düzenlenmesi halinde yukarıda belirlenen net geçiş alanlarına dikkat edilmesi gerekmektedir.
- Sirkülasyon alanlarında, duvarlara monte edilmiş uygun yükseklikte tutunma barları bulunmalıdır(Sağlık Bakanlığı, 2010)

**EK-3 Etik Kurul Beyan Kabul Formu**

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/05/2020-2518

T.C.  
ATILIM ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜSayı : 59394181-604.01.02-E.2518  
Konu : Özgür Meydan Etik Kurul Raporu

11/05/2020

**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı, 17316927001 numaralı öğrencisi Özgür Meydan'ın, "Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik Düzeylerinin Belirlenmesi ve Memnuniyet Analizi: Ankara Örneği" başlıklı bilimsel araştırma proje önerisi, "Atılım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu" üyeleri tarafından onaylanmıştır.

Bilgilerinize rica ederim.

**e-İmzalıdır**  
Prof.Dr. Serkan ERYILMAZ  
Rektör Yardımcısı

Ek:  
1- Özgür MEYDAN Hakkında\_1\_369489\_1 (11 sayfa)  
2- ÖzgürMeydan (1 sayfa)

Evrak Doğrulamak İçin : <https://ebys.atilim.edu.tr/enVision/Dogrula/LMESAS>

Bilgi için: Semiha ŞENER  
Unvanı: Uzman  
Tel No: 8788



**Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**


**Tarih:** 06.05.2020

**Gönderilen:** Özgür Meydan

**Gönderen:** Doç. Dr. Belgin İşgör, İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı

**Konu:** “Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik Düzeylerinin Belirlenmesi ve Memnuniyet Analizi: Ankara Örneği” başlıklı çalışma için etik kurul onayı.

Atılım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu, 06.05.2020 tarihli görüşme sonucu, “Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Ulaşılabilirlik Düzeylerinin Belirlenmesi ve Memnuniyet Analizi: Ankara Örneği” başlıklı çalışmanız kapsamında yapmayı planladığınız etkinlik için, oy birliğiyle etik onay vermiştir. Bu onay, ekte verilmiş olan çalışma önerisi ve bilgilendirme formu için geçerlidir. Gerçekleştirilecek olan çalışmada kurulumuzun değerlendirmesi dışında kalabilecek yasal sınırlamalara uymakla yükümlü olduğunuzu bildiririz.

  
Doç. Dr. Belgin İşgör  
Etik Kurul Başkanı

## Özgür2

## ORJINALLIK RAPORU

%18

BENZERLİK ENDEKSİ

%18

İNTERNET  
KAYNAKLARI

%5

YAYINLAR

%

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

## BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

[acikerisim.selcuk.edu.tr:8080](http://acikerisim.selcuk.edu.tr:8080)

İnternet Kaynağı

%4

2

[dergipark.org.tr](http://dergipark.org.tr)

İnternet Kaynağı

%3

3

[www.ailevecalisma.gov.tr](http://www.ailevecalisma.gov.tr)

İnternet Kaynağı

%2

4

[asosjournal.com](http://asosjournal.com)

İnternet Kaynağı

%1

5

[www.engellilerkonfederasyonu.org.tr](http://www.engellilerkonfederasyonu.org.tr)

İnternet Kaynağı

%1

6

[acikerisim.gelisim.edu.tr](http://acikerisim.gelisim.edu.tr)

İnternet Kaynağı

%1

7

[eogrenme.anadolu.edu.tr](http://eogrenme.anadolu.edu.tr)

İnternet Kaynağı

%1

8

[acikarsiv.atilim.edu.tr](http://acikarsiv.atilim.edu.tr)

İnternet Kaynağı

&lt;%1

9

[dspace.kocaeli.edu.tr:8080](http://dspace.kocaeli.edu.tr:8080)

İnternet Kaynağı

&lt;%1

10	<a href="http://acikerisim.aku.edu.tr">acikerisim.aku.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<%1
11	<a href="http://afyonluoglu.org">afyonluoglu.org</a> İnternet Kaynağı	<%1
12	<a href="http://bizdosyalar.nevsehir.edu.tr">bizdosyalar.nevsehir.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<%1
13	<a href="http://halksagligiokulu.org">halksagligiokulu.org</a> İnternet Kaynağı	<%1
14	<a href="http://auzefkitap.istanbul.edu.tr">auzefkitap.istanbul.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<%1
15	<a href="http://josc.selcuk.edu.tr">josc.selcuk.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<%1
16	<a href="http://adudspace.adu.edu.tr:8080">adudspace.adu.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	<%1
17	<a href="http://alonot.com">alonot.com</a> İnternet Kaynağı	<%1
18	ÖZATA, Musa and KARİP, Salih. "Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetleri Kullanımında Yaşadıkları Sorunlar: Konya Örneği", Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, 2017. Yayın	<%1
19	<a href="http://acikerisimarsiv.selcuk.edu.tr:8080">acikerisimarsiv.selcuk.edu.tr:8080</a> İnternet Kaynağı	<%1

20	<a href="http://www.esmerdenetim.com">www.esmerdenetim.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1
21	<a href="http://www.merakname.com">www.merakname.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1
22	<a href="http://hastaneyonetimi.net">hastaneyonetimi.net</a> İnternet Kaynağı	<% 1
23	<a href="http://docplayer.biz.tr">docplayer.biz.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
24	<a href="http://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> İnternet Kaynağı	<% 1
25	<a href="http://www.ulasilabilirturkiye.gov.tr">www.ulasilabilirturkiye.gov.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
26	<a href="http://engellileriz.blogspot.com">engellileriz.blogspot.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1
27	<a href="http://www.onlinefotokopi.com">www.onlinefotokopi.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1
28	<a href="http://aofdersler.com">aofdersler.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1
29	<a href="http://edebiyat.selcuk.edu.tr">edebiyat.selcuk.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
30	<a href="http://www.dersindir.net">www.dersindir.net</a> İnternet Kaynağı	<% 1
31	<a href="http://paperity.org">paperity.org</a> İnternet Kaynağı	<% 1

		<% 1
32	<a href="http://iksadyayinevi.com">iksadyayinevi.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1
33	<a href="http://www.ozelegitimverehabilitasyon.com">www.ozelegitimverehabilitasyon.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1
34	<a href="http://ubek-icse.com">ubek-icse.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1
35	<a href="http://content.lms.sabis.sakarya.edu.tr">content.lms.sabis.sakarya.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
36	<a href="http://www.egeklinikeritipdergisi.com">www.egeklinikeritipdergisi.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1
37	<a href="http://adumilas.adu.edu.tr">adumilas.adu.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
38	<a href="http://kybele.anadolu.edu.tr">kybele.anadolu.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
39	<a href="http://saadet.org.tr">saadet.org.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
40	<a href="http://www.akademikkaynak.com">www.akademikkaynak.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1
41	<a href="http://mufad.org.tr">mufad.org.tr</a> İnternet Kaynağı	<% 1
42	<a href="http://www.yenisafak.com">www.yenisafak.com</a> İnternet Kaynağı	<% 1

43	<a href="http://www.hastayatagikirsehir.com">www.hastayatagikirsehir.com</a> Internet Kaynağı	<% 1
44	<a href="http://kitapozeti.de">kitapozeti.de</a> Internet Kaynağı	<% 1
45	<a href="http://ridvanaydeniz.wordpress.com">ridvanaydeniz.wordpress.com</a> Internet Kaynağı	<% 1
46	<a href="http://aof.sorular.net">aof.sorular.net</a> Internet Kaynağı	<% 1
47	<a href="http://moam.info">moam.info</a> Internet Kaynağı	<% 1
48	KAYRAKCI, Fatmana and ÖZŞAKER, Esmâ. "Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi", İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu, 2014. Yayın	<% 1
49	<a href="http://acikerisim.deu.edu.tr:8080">acikerisim.deu.edu.tr:8080</a> Internet Kaynağı	<% 1
50	<a href="http://essrakalaycioglu.blogspot.com">essrakalaycioglu.blogspot.com</a> Internet Kaynağı	<% 1
51	<a href="http://www.turkiyeegitim.com">www.turkiyeegitim.com</a> Internet Kaynağı	<% 1

Alınları çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkar

&lt; 5 words

Bibliyografyayı Çıkart

üzerinde

XXXXXS  
GCPS

**ÖZGEÇMİŞ**

**Adı ve Soyadı** : Özgür MEYDAN

**Doğum Yeri ve Tarihi** :

**Öğrenim Durumu**

<b>Derece</b>	<b>Alan</b>	<b>Üniversite</b>	<b>Yıl</b>
<b>Lisans</b>	İktisat	Kahramanmaraş Sütçüimam Ün.	2007-2012
<b>Yüksek Lisans</b>	Sağlık Yönetimi	Atılım Üniversitesi	2017-2021

**İş Deneyimi**

<b>Çalıştığı Yer</b>	<b>Görev</b>	<b>Yıl</b>
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Sekreter	2015

**Yabancı Dilleri** :

**Yayınları** :

**E-posta** :

**Telefon** :

**Tarih** : 12.01.2021