

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DEONTOLOJİ VE TIP TARİHİ ANABİLİM DALI

**TIBBİ ORTAMLARIN VE İLİŞKİLERİN ENGELLİ
KİŞİLERE UYGUNLUĞUNUN ETİK YÖNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Esmâ Kilimciöğlu GÜLER

DOKTORA TEZİ

DANIŞMANI

Yar. Doç. Dr. Selim KADIOĞLU

Adana - 2005

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DEONTOLOJİ VE TIP TARİHİ ANABİLİM DALI

**TIBBİ ORTAMLARIN VE İLİŞKİLERİN ENGELLİ
KİŞİLERE UYGUNLUĞUNUN ETİK YÖNDEN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Esmâ Kilimciöğlu GÜLER

DOKTORA TEZİ

DANIŞMANI

Yar. Doç. Dr. Selim KADIOĞLU

Çukurova Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından TF 2003D3 proje numarası ile desteklenmiştir.

Adana - 2005

ÖNSÖZ

Yaşamda esas hedef “mutlu olmak”tır. Mutlu olmak için gereken en önemli koşullardan biri ise sağlıktır. Her insan yaşam boyu sağlıklı olmayı ister. Ancak Dünya Sağlık Örgütü tarafından “fiziksel, mental ve sosyal tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlanmış bulunan sağlıklı olma; ulaşılabilirliği ve sürekli elde tutulabilirliği zor bir durumdur. Engelli kişiler ise söz edilen tam iyilik haline ulaşma şansını engelli oldukları andan itibaren yitirmiş kişilerdir.

Kişisel ve mesleki olarak engelli kişiler konusunda duyarlı ve onların sorunlarıyla ilgili olmam nedeniyle, engelli kişilerin sağlık hizmeti sunumundan ne kadar yararlanabildiklerini merak ederek bu çalışmaya başladım. Önceki gözlemlerim, ülkemiz koşullarında engelli kişilerin evden çıkmakta, çalışmakta ve sosyal yaşama katılmakta zorlandıkları yönünde idi. Bir tıp mensubu olarak engelli kişilerin tıbbi ortamlardaki durumlarını da ortaya koymak istedim. Çünkü yakın çevremde gördüğüm kadarıyla özellikle bedensel engelli kişiler, fiziksel çevredeki uygunsuzluklar nedeniyle sağlık kurumlarına ulaşmakta zorluk çekmekteydiler. Bu zorluğun hasta hekim etkileşiminde de yaşanıp yaşanmadığı, ilgimi çeken diğer bir konu oldu.

Bu iki konudan hareketle planladığım tez çalışması sırasında ülkemizde engelli kişilerin hekimler ile olan iletişimi ve hastane ortamlarının uygunluğuna yönelik araştırmaların bulunmadığını gördüm. Yaptığım çalışmanın, engelli kişilerin sağlık hizmetlerinden daha kolay yararlanmasına olanak sağlayacak gelişmelerin sağlanmasına bir parça katkıda bulunmasını umuyorum.

Bu çalışmanın seçiminde ve ilerlemesinde bana yardımcı olan hocalarım, Yar. Doç. Dr. Selim Kadioğlu’na, tez çalışmasında ikinci danışman olan Doç. Dr. Şahin Aksoy’a ve Prof. Dr. İltar Uzel’e, araştırmaların istatistiksel değerlendirmesini gerçekleştiren Prof. Dr. Nazan Alpaslan’a, her zaman manevi desteğini hissettiğim Prof. Dr. İlhan Tuncer’e, tez boyunca ve özellikle tezin yazım aşamasında büyük desteğini aldığım eşim Prof. Dr. Tayfun Güler’e ve son olarak bana ilham veren engelli bir kişiye, teyzem Gönül Ülken’e teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY FORMU	
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÖZET	viii
ABSTRACT.....	ix
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİ.....	8
2.1.Engellilik ile ilgili temel kavramlar ve güncel bilgiler	9
2.1.1. Engellilik kavramı; farklı kültürlerde dile getiriliş biçimleri	9
2.1.1.1. Engelliliğin ifade edilmesi.....	9
2.1.1.2. Mevzuatta engelliliğin dile getirilişi.....	10
2.1.1.3. Uluslararası İngilizce metinlerde engelliliğin dile getirilişi	12
2.1.2. Engelliliğin yaygınlığı, nedenleri ve sınıflandırılması.....	14
2.1.2.1. Engelliliğin dünyada ve Türkiye’de yaygınlığı.....	14
2.1.2.2. Engelliliğin nedenleri ve sınıflandırılması.	16
2.1.2.2.1. Doğuştan olan engellilik ve nedenleri	16
2.1.2.2.2. Akkız (kazanılmış) engellilik ve nedenleri.....	17
2.1.2.2.3. Engelliliğin sınıflandırılması	18
2.2. Engelliler ve yaşam kalitesi.	19
2.2.1. Yaşam kalitesi kavramı ve engellilik	19
2.2.2. Bedensel engel faktörü ve yaşam kalitesi	23
2.2.3. Çevresel faktörler ve yaşam kalitesi	24
2.2.3.1 Doğal çevre ve engellilik.....	24
2.2.3.2 Kültürel çevre ve engellilik.....	25
2.2.4. Diğer kişilerin bakış açısı bağlamında engelli kişilerin yaşam kalitesi.....	26
2.3. Engelliliğin sosyal, kültürel, ekonomik boyutları	26
2.3.1. Değişik zaman birimlerinde ve değişik sosyo-kültürel konumlarda engelliler	26
2.3.2. Sanatta engellilik teması	29

2.3.3. Engelliler ve üretim.....	30
2.3.4. Binalar ve kamuya açık alanlarda engelliler için fiziksel çevre düzenlemeleri	31
2.3.4.1. Engelliler için ulaşılabilirlik ile ilgili yasal düzenleme örnekleri.....	32
2.3.4.2. Bedensel engelliler için gerekli fiziksel çevre düzenlemeleri.....	33
2.4. Tıp uygulamaları çerçevesinde engelliler	34
2.4.1. Tıp ve engellilikle mücadele	35
2.4.1.1. Engelliliğin önlenmesi ve tıp.....	35
2.4.1.2. Engelli rehabilitasyonu ve tıp.....	37
2.4.2. Tıbbi bütünüleyici hizmet organlarının engellilere verdiği hizmetler	38
2.4.2.1. Hastane yönetimi ve engelliler	39
2.4.2.2. Sağlık personeli ve engelliler	39
2.4.3. Engellilerin sağlık kurumları ve çalışanlarından beklentileri	40
2.5. Kuramsal tıp ve engellilik durumları.	41
2.5.1. Tıp açısından “normal”, “sağlam”, “hasta”, “engelli” kavramları.	41
2.5.2. Tıp ve bedensel engellilik ilişkisi.....	45
2.6. Tıp etiği açısından engellilik durumu.	47
2.6.1. Tıp etiğinin “adalet” ilkesi.	50
2.6.2. Tıp etiği ve “ayrımcılıktan kaçınma”	53
2.6.2.1. Toplumsal ayrımcılık ve tıp etiği ilişkisi.....	53
2.6.2.2. Ayrımcılıktan kaçınma, öjeni (eugenie) ve ötanazi (euthanasia)	55
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	57
3.1. Çalışmanın amacı.....	57
3.2. Çalışmanın önemi	58
3.3. Araştırmaların sınırlılıkları	59
3.3.1. Hekimlerin bedensel engelli hastalar ile etkileşimine yönelik araştırmanın sınırlılıkları.....	59
3.3.2. Hastanelerin fiziksel koşullarına yönelik araştırmanın sınırlılıkları.....	59

3.4. Araştırmanın genel nitelikleri ve verileri	60
3.4.1. Araştırmanın modeli.....	60
3.4.2. Araştırmanın evreni ve örneklem.....	60
3.4.3. Veri toplama gereçleri.....	61
3.4.3.1. Hekimlerin bedensel engelli hastalar ile etkileşimine yönelik araştırmanın veri toplama gereçleri	61
3.4.3.2. Fiziksel koşullarla ilgili veri toplama gereçleri.....	63
3.4.4. Verilerin işlenmesi ve değerlendirilmesi	63
3.4.4.1. Hekimlerin bedensel engelli hastalar ile etkileşimine yönelik araştırma verilerinin işlenmesi ve değerlendirilmesi.....	63
3.4.4.2. Fiziksel koşullarla ilgili verilerin değerlendirilmesi	64
4. BULGULAR.....	65
4.1.Hekimlerle yapılan görüşmelerde elde edilen bulgular	65
4.1.1. Görüşülenlerin tanıtımına ilişkin bulgular	66
4.1.1.1.Demografik bulgular	66
4.1.1.1.1. Yaş.....	67
4.1.1.1.2. Cinsiyet.....	68
4.1.1.1.3. Görüşülen hekimlerin branşları	69
4.1.1.1.4. Meslekte geçen süre.....	70
4.1.1.2. Araştırma grubunun bedensel engellilerle ilgili deneyimleri.....	71
4.1.2. Anket soruları, cevapları ve açıklamaları	73
4.1.2.1. Soru 1	73
4.1.2.2. Soru 2	76
4.1.2.3. Soru 3	78
4.1.2.4. Soru 4	81
4.1.2.5. Soru 5	84
4.1.2.6. Soru 6	87
4.1.2.7. Soru 7	89
4.1.2.8. Soru 8.....	93
4.1.2.9. Soru 9.....	96
4.1.2.10. Soru 10.....	99
4.1.2.11. Soru 11	101
4.1.2.12. Soru 12	103

4.1.2.13. Soru 13	105
4.1.2.14. Soru 14	109
4.2. Araştırmaya dahil edilen hastanelerin engellilerle ilgili fiziksel altyapı düzenlemeleri	111
4.2.1. Adana Numune Hastanesi	112
4.2.2. Adana Devlet Hastanesi	112
4.2.3. Adana Sosyal Sigortalar Hastanesi	113
4.2.4. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi.....	114
5. TARTIŞMA	115
5.1. Genel değerlendirme	115
5.2. Hekimlerle görüşme bulgularının değerlendirilmesi	116
5.2.1. Görüşme bulgularının kendi içinde değerlendirilmesi	116
5.2.2. Görüşme bulgularının literatürle karşılaştırılması	120
5.3. Hastanelerin fiziksel koşullarıyla ilgili değerlendirme	137
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	139
7. KAYNAKLAR	144
8. EKLER	148
Ek 1. Anket formu	148
9. ÖZGEÇMİŞ	152

ÖZET

Tıbbi Ortamların Ve İlişkilerin Engelli Kişilere Uygunluğunun Etik Yönden Değerlendirilmesi

Bu tezin amaçları, (1) engelli kişilerin tıbbi ortamlardaki durumlarını saptamak, tıp dünyasının ilgisini özel bir hasta grubunu oluşturan engelliler üzerine yoğunlaştırmak, (2) hekimlerin engelli hastalara yönelik duyarlılıklarını arttırmaktır. Bu genel amaç doğrultusunda birbirine paralel iki araştırma yapılmıştır.

Araştırma bulgularını bütünlüğü olarak engelliler hakkında bilinmesi gerekenler derlenerek okura sunulmuş; engellilik kavramı, sosyal açıdan ve tıp etiği açısından ele alınıp irdelenerek kuramsal çerçeve sonlandırılmıştır.

Planlanan araştırmalar ise, Adana ili tam teşekküllü sağlık kurumlarından Adana Numune Hastanesi, Adana Devlet Hastanesi, Adana Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanesi (Çukurova Bölge Hastanesi) ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde yapılmıştır. Bu araştırmaların ilkinde söz konusu hastanelerde çalışan 230 klinisyenle yüz yüze görüşme yapılmış ve kendilerine 14 sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır. İkinci araştırmada ise aynı sağlık kurumlarındaki fiziksel alt yapı koşullarının bedensel engelli hastalara uygunluğu bizzat araştırmacı tarafından gözlemlenerek ve yetkililerden bilgi alınarak tespit edilmiştir.

Sonraki bölüm, klinisyenler ile yapılan görüşmelerden elde edilen veriler ile söz konusu hastanelerin fiziksel alt yapı koşullarına ait bulguları kapsamaktadır. Görüşme bulguları, genel olarak hekimlerin engelli hastalarına olumlu ayrımcılık eğiliminde olduklarını göstermiştir. Fiziksel alt yapı koşullarının ise hastanelerin çoğunda bedensel engellilere uygun olmadıkları gözlenmiştir.

Tartışma bölümünde, engelli hasta ve hekim etkileşiminin hem engelli hasta, hem de hekim açısından oluşturduğu sorunlar incelenmiştir. Görüşme bulguları kendi içerisinde ve literatür ile tartışılmış, hastanelerin fiziksel koşulları ile ilgili sonuçlar da bu bölümde değerlendirilmiştir.

Son olarak engellilerin sağlık hizmetinden daha fazla ve daha rahat yararlanmaları için bazı önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Engellilik, engelli hasta, tıbbi ortam, tıp etiği, ulaşılabilirlik

ABSTRACT

Ethical Evaluation of Appropriateness of Hospitals and Physician-Patient Relationships for Disabled Patients

The aims of this study are to consider the position of disabled persons in the hospitals, to make the medical professionals focus on disabled persons, a special group of patient, and to increase the attention to the disabled patients of the physician.

General knowledge about the disabled persons is added to research results and is presented to the readers, after that, the concept of disability is discussed in the social and ethical perspective ended theoretical frame.

Studies have been carried out at Adana Numune Hospital, Adana State Hospital, Adana SSK Hospital (Cukurova State Hospital), and Cukurova University Medicine Faculty Balcalı Hospital. In the first research, 230 clinicians in these hospitals have been interviewed using a questionnaire included 14 questions. The accessibility of these hospitals for the disabled patients has been evaluated using by direct observation and having information from the relevant of the hospitals, in the second research.

The next section included the data obtained from the interviews and the observations of the accessibility of these hospitals for the disabled patients. Physicians have been noted to tend having a positive discrimination to the disabled patients. The accessibility of these hospitals has been recorded to be inappropriate for the disabled patients.

In the discussion section, the problems caused by the interactivity between the physicians and disabled patients have been examined in the perspective of both the patients and the physicians. The data obtained from the interviews have been discussed using the literature, and the observing results of the accessibility have been evaluated in this section.

Finally, some suggestions have been made to make the disabled patients have advantage for taking medical service.

Key words: Disability, disabled patient, hospitals, medical ethics, accessibility

1.GİRİŞ

Paralel yürütülmüş iki araştırma ve olabildiğince geniş tutulmaya çalışılmış bir literatür taramasına dayalı olarak hazırlanmış olan bu tez, engellilik genel başlığı altında toplanan durumlardaki kimselerin tıbbi ilişkiler çerçevesinde yaşadıklarını saptamak ve tıp dünyasına geri bildirim sağlamak amacını taşımaktadır. Engellilerle muhatap olan sağlık çalışanları, hem hedef okur kitlesini hem de engellilere hizmet veren kesimi oluşturmaktadır. Böylece sağlık çalışanlarının konu üzerinde bir kez daha düşünme ve değerlendirme yapmalarına fırsat yaratılmaya çalışılmıştır.

Tıbbi ortam söz konusu olduğunda ülkemizde ilk akla gelen yerler, hastaneler olmaktadır. Çünkü evde sağlık hizmetleri sunumu hemen hemen hiç yoktur ve birinci basamak sağlık kurumları da halkımızdan gereken ilgiyi görmemektedir; dolayısıyla evrensel ölçekte hastanelere özgü olduğu kabul olunan uygulamaların yanı sıra birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu da hastanelerde olmaktadır. Hastanelere, özellikle de Türkiye'deki işleyişi iyi düzenlenmemiş hastanelere başvuran kişileri birtakım sorunlar beklemektedir. Söz konusu hastanelere başvuran kişiler, muayene öncesi ve sonrası resmi işlemlerle ilgilenmek için, inceleme birimleri ve poliklinikler arasında defalarca gidiş geliş yapabilmektedirler. Bu işlemler sırasında insanlar, kısa ve uzun mesafeleri yürümek, merdiven inip çıkmak, ayakta ya da oturarak beklemek zorunda kalabilmekte, tuvalet ziyareti gerekebilmekte, muayene sırasında kısmen veya tamamen soyunup giyinmek, muayene masasına uzanmak durumunda kalabilmektedirler. Tüm bunlar “sağlam” insanı yoran, “hasta” insanı zorlayan, “engelli” hastayı büsbütün yıpratın işlerdir. Söz konusu durumlar göz önüne alınarak; tez kapsamı içerisinde, tıbbi ortamları oluşturan hastanelerle ve hastane çalışanlarıyla engelli hastaların etkileşimleri değerlendirilmiştir.

Engellilik, genel bir betimlemeyle, görünür fiziksel bütünlükte sürekli bir eksikliğin bulunması ve bu eksiklikten ötürü başkalarından farklı olma durumudur. Burada söz konusu eksiklik yapısal olabileceği gibi işlevsel de olabilir; engellilik kavramının öncelikle akla getirdiği durumların ilki bedenini, özellikle ekstremitelerin, bir bölümünün yokluğu veya hareket yeteneğinden yoksunluğudur. İkincisi ise duyu organlarının, özellikle gözün ve kulağın işlevsel sorunları; iş görmezlikleridir. Birey bu

durumu nedeniyle toplumsal rollerini tam olarak yerine getiremez. Böylece başkalarından farklı olma hâli, başkalarına bağımlı yaşamak zorunda kalma, dolayısıyla engellilik durumu ortaya çıkar.⁽¹⁾

Engellilik olarak adlandırılan durum fiziksel boyutuyla, öncelikle yaşam aktivitelerinden bir veya birkaçında kısıtlılığı ifade etmektedir. Major yaşam aktiviteleri, 1990 yılında Amerika'da yürürlüğe girmiş ve o tarihten bu yana Amerika'daki engellilerin tüm haklarını kullanmalarını sağlamanın yanı sıra tüm dünyaya örnek teşkil eden Amerikalı Engelliler Yasası [Americans with Disabilities Act (ADA)] tarafından; soluma, konuşma, işitme, yürüme, görme, el becerileri, öğrenme, çalışma ve kendine bakma olarak sıralanmıştır.^(2,3) ADA, engelliliği ise; major yaşam aktivitelerine bir veya birden fazla kısıtlama getiren mental veya fiziksel yetersizlik olarak tanımlamaktadır. Bu tanımlamalardan da anlaşılacağı üzere engellilik, fiziksel boyutta olabileceği gibi psikolojik mental ve sosyal boyutlarda da olabilmektedir. Zihinsel yetersizlikler; kendine bakmayı, öğrenmeyi, çalışmayı ve el becerilerini etkileme olasılığı nedeniyle kendi kazancını sağlayarak tek başına yaşamaya, aile kurmaya ve yaşamını bağımsız olarak idame ettirmeye önemli bir engel oluşturmaktadır.

Ne var ki major yaşam aktivitelerinin bir veya daha fazlasının kısıtlanmasına yol açan bir eksikliği tanımlayacak kesin bir standart bulunmamaktadır. Psikolojik hastalıklar, zihinsel yetersizlikler, fiziksel görünümdeki şekilsizlikler, vücudun anatomik bütünlüğünü oluşturan organlardan bir ya da daha fazlasında fiziksel aktivite azalması, tam aktivite kaybı veya eksiklikler, epilepsi, multipl skleroz, kanser, diabet, AIDS, alkol ve ilaç alımı gibi kronik hastalık ve alışkanlıklar da yetersizliğe ve major yaşam aktivitelerinde kısıtlanmaya yol açmaktadır.⁽²⁾

Engellilik halinin, yaşamın tümü boyunca olabilmesi de, yaşamın sadece bir bölümünde ortaya çıkabilmesi de söz konusudur. Engellilik, gerek tüm yaşam boyunca, gerekse yaşamın bir bölümünde olsun, sadece engelli kişiyi etkilemekle kalmayıp, yakın uzak çevresini ve sosyal fiziksel ortamları etkilemektedir. Bu durumda engellilik olgusunu çok geniş ve heterojen elemanlara sahip bir küme olarak değerlendirmek gerekmektedir.

Engellilik kavramının heterojen içerikli olması ve sadece bireye değil topluma da ait olması, kavramın sosyal boyutuyla da incelenmesini gerektirmektedir. Böyle bir inceleme sonucunda, engellilik kavramının normalden farklılığı, bütünlükten yoksunluğu ve başkalarına bağımlı olmayı çağrıştırmaktan doğan olumsuz bir anlam yüküne sahip olduğu görülecektir.

İnsanlar için normalden farklı olan ve istenmeyen, “kötü” olarak değerlendirilen bir durum olan engellilik hali, aslında doğanın ve sosyal yaşamın bir parçasıdır. İngiliz tıp etiği çalışmacısı John Harris: “Kıtlıklar, seller, kuraklıklar ve fırtınalar hep doğaldır ve talihsizliktir. Biz yalnızca ve haklı olarak, doğal olanı bizim için iyi olduğu zaman isteriz” demektedir.⁽⁴⁾ Harris’in söz ettiği doğal ve istenmeyen durumlar, insanlara zarar veren ve hatta yaşamların sonlanmasına neden olabilen durumlardır. Oysa engellilik genellikle başına gelen kişi için sıkıntı yaratan; çevresine verdiği zarar konusu tartışılır olmakla birlikte esas olarak engellinin kendisi için iyi olmayan bir durumdur. Buna rağmen insanlık, engellileri acıma veya küçümseme, hor görme, yok sayma, hakir görme duyguları ile dışlamış, hemen hemen her kültürde ve her zaman diliminde ayrımcılığa maruz bırakmıştır.

Engellilik hali, yaşamın bir parçası olmasına karşın, her zaman zayıflık ve zavallılık olarak değerlendirilmiştir. Özellikle de zihinsel engelliler, toplumdaki diğer insanlar tarafından sadece dışlanmakla kalmamış, insanlık tarihinin bir döneminde soylarının devamı önlenmeye çalışılmış ve yok edilme girişimleri ile karşılaşmışlardır. Zihinsel engelli kişilerin soylarının devam etmesinin önlenmesi, öjeni “eugenie” yaklaşımının ortaya çıkmasıyla başlamıştır. Yunanca kökenli olan öjeni sözcüğü “iyi doğum” anlamına gelmektedir ve öjeni hareketi, zeka ve zihin yetenekleri geri olanların fazla üreyerek insan türünün bütününe tehlikeye sokmasına engel olmak amacıyla sadece istenen özelliklere sahip kişilerin üremesine izin vermektedir. Bu nedenle zeka ve zihin yetersizlikleri olanlar, kısırlaştırılmaya çalışılmıştır. Zihinsel engellilerin sorumluluklarını kendiliklerinden anlamaktan aciz oldukları düşünüldüğünden zorla kısırlaştırılmaları sağlanmaya çalışılmış, bu amaçla Amerika’da 1900’lerde sterilizasyon yasaları çıkmıştır. Carry Buck, 1927 yılında Amerika’nın Wirginia eyaletinde ilk kez yasa otoritesi altında öjenik olarak kısırlaştırılan kişi olmuştur. Ayrıca zihinsel engelliler, zeka ve zihin gerilikleri nedeniyle daha zor koşullara, daha ağır bir

yaşama mahkum olduklarından, bunları acısız bir şekilde ortadan kaldırmak, bir “merhameten katli” olarak değerlendirilmiş, ötanazi “euthanasia” kavramı da böylece gündeme gelmiştir. Yine yunanca kökenli olan ötanazi’de “iyi ölüm” anlamına gelmektedir. Daha sonra Nasyonal Sosyalist ideoloji, bu düşüncelere “yaşanmaya değmeyen yaşam” kavramını eklemiştir. Bu düşünceye göre, “akıl hastalıklarına, sakatlıklarına maruz kalmak, insan için zavallı bir yaşamı sürdürmektir ve acı vericidir. Soyu kirleten kalıtsal bir hastalık ve sakatlığı ortadan kaldırmak her insan için bir hak ve ödevdir. Çünkü bunlarla yaşam, yaşamaya değmeyen bir yaşamdır ve hiçbir insan böyle bir yaşamı sürdürmeye zorlanamaz”. Zihinsel engelliliği ortadan kaldırmaya yönelik hareketle başlayan tüm bu akımlar, bilindiği gibi İkinci Dünya Savaşında hedef kitlenin genişlemesiyle soykırıma dönüşmüştür. Oysa soyları böyle bir kısırlaştırma ve imha programına tabi tutulmuş olsaydı, Leo Tolstoy, Johann Sebastian Bach, Ludwig Van Beethoven ve Fyodor Mikhailoviç Dostoyevski dünyaya gelmemiş olacaktı. Wolfgang Amadeus Mozart ve Johann Wolfgang Goethe’nin ise soyları bile olmayacaktı.^(5,6)

İnsanlar, ortalamadan farklı kişileri birey olarak değil, kategorilerinin birer temsilcisi olarak görmektedir. “Suçlu çocuk”, “deli”, “sakat” vb. tanımlamalar sık karşılaşılmayan durumların ve bazı değer yargılarının ifadeleridir.⁽⁷⁾ İşte tam bu noktada, kötü niyetli yaklaşımlar çerçevesinde engelliliğin, hakaret amacıyla damgalamada kullanıldığına rastlanmaktadır. İyi niyetli yaklaşımlar çerçevesinde ise dolaylı anlatımlar ve abartılı bir olumlu ayrımcılık ile karşılaşılmaktadır. Görüldüğü gibi engellilik olgusunun etiketlenmesi, engelli insanlar ile toplum arasındaki etkileşimin şekillenmesinde etkili olmaktadır. İngiltere’de eğitim psikolojisi konusunda uzman olan Profesör Norwich’in çalışmasında belirttiği gibi engellilerin etiketlenmesi; özellikle medikal içerikli etiketlerin kullanılması, diğer kişilerin etiketlenmiş engelliye yönelik davranışları üzerinde çok güçlü olumsuz etkiler yaratmaktadır.⁽⁸⁾

Engellilerin genelde sözel olarak sıkça değindikleri gibi, onları engelleyen sadece major yaşam fonksiyonlarındaki kısıtlılık değil, aynı zamanda engelliliğe toplumun bakışı ve yaklaşımı olmaktadır. Çocukluğunda bir tren kazası sonucu her iki bacağını kaybeden Gerard Metroz, “Kendimi Engelletemem” ismini verdiği otobiyografik kitabında, toplumun engellilere yönelik değer yargıları ve bakış açısının etkisine dikkat çekmiş ve sorgulamasını yapmıştır. Metroz, gerçekten kitabına verdiği başlıktaki gibi bacaklarının

olmamasının iyi bir sporcu ve başarılı bir spor menajeri olmasına engel teşkil etmesine izin vermemiştir. Sonuçta da çocukluğundan bu yana çevresindeki insanların, farklı toplumdaki kişilerin engelli kişilere yönelik davranışlarını ve bakış açılarını bir engellinin gözü ile yorumlayarak, kaleme almış ve değerlendirmelerini tüm dünyaya ulaştırmıştır.⁽⁹⁾

Engellilerin dünya nüfusunun önemli bir oranını oluşturduğu günümüzde; zihinsel, bedensel ya da duyuşsal engelli birey sayısı 500 milyona ulaşmıştır. Uluslararası istatistiksel veriler, her on çocuktan birinin bir engel ile dünyaya geldiğini göstermektedir.⁽¹⁰⁾

Genetik olarak tamamen ayıklanmış, doğuştan engelli bireyi olmayan bir toplum şu an için mümkün olmadığı gibi insanlık, sonradan oluşmuş engelliliğe neden olan koşulları da ortadan kaldırmayı başaramamıştır. Bu saptamanın sonucunda toplumlarda engelli bireylerin tarih boyunca var olduğunu ve var olmaya devam edeceğini, hatta toplumdaki çeşitliliğin bir parçası olduğu söylenebilir.

İnsanlar yaşadıkları ülkelere göre uluslara ayrılmış olmakla birlikte toplum içerisinde yaşamlarını sürdürmekte, aynı dünyayı paylaşmaktadırlar. Engelli bireyler de bu ülkelerin ve bu dünyanın sakinleridir. Ancak engellilerin, yaşamlarını sürdürebilmeleri, hem hareket kısıtlılıkları, hem de toplum genelinin bakış açısı ve rahatsızlık duygusu nedeniyle zorlaşmaktadır. Toplum genelindeki bu rahatsızlık duygusu büyük olasılıkla, farklı olan ve tehdit niteliği taşıyan bir var olma durumu ile yüzleşmek korkusundan kaynaklanmaktadır.

İkinci Dünya Savaşından sonra özellikle gelişmiş toplumlarda engelli birey sayısındaki artış ile birlikte engellilere karşı toplumsal bakış açısının biraz değiştiğini söylemek olanaklıdır. Engellilerin karmaşık ve çok yönlü sorunlarına duyarlı olunarak, onların topluma kazandırılmasında ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde uzun soluklu uğraşlar verilmiştir. Devletin ve toplumların sosyal sorunlara değer vermesi bakımından bu konuda alınan mesafe, özellikle uluslararası boyutta, önemli bir toplumsal gelişmişlik ölçütü kabul edilmektedir.⁽⁷⁾ Buna paralel olarak günümüzde gelişmekte olan ülkelerde genel nüfusa oranları % 12'lere ulaşan⁽¹⁰⁾ engelli bireyler de artık toplumun doğal bir parçası olarak kabul edilmeye başlamıştır. Bunun sonucu olarak da gelişmiş ülkelerde olduğu gibi gelişmekte olan ülkelerde de engellilerin kamu

hizmetlerinden yararlanma haklarını kullanabilmelerine yönelik gelişmeler, eğitim, ulaşım, sağlık gibi bazı sistemlerde köklü değişiklikleri gündeme getirmiştir.⁽⁷⁾

Engelli kişilerin kamu hizmetlerinden yararlanma hakları çok geniş bir açıdan irdelenebilir. Bu haklar içerisinde, en önemlilerinden birisi de sağlık hizmeti alma haklarıdır. Engelli kişilere sağlık hizmeti sunumunu etik bakış açısıyla değerlendirmek üzere başlayan tez çalışmasında, tıp dünyasına engellilere ve engelliliğe karşı yaklaşımı hakkında geri besleme sağlamak amaçlanmıştır. Bu bağlamda, engellilerin sağlık hizmeti tüketenler arasında özel bir grup oluşturduğu; kendi başlarına hareket kısıtlılıkları yanı sıra yine kendilerine özgü gereksinimleri, beklentileri, hassasiyetleri bulunduğu dikkat çekilmiştir. Engelli bireylere yönelik tıbbi eylem üzerinde düşünme, onlara özgü tüm bu faktörleri hesaba katmayı gerektirmektedir. Tıp etiği de tam bu noktada; tıbbi eylem hakkında çok yönlü, çok boyutlu düşünmek gerektiğinde gündeme gelmektedir.⁽¹⁾

Engellilerin kamu hizmetlerinden yararlanma haklarını kullanabilmelerine yönelik gelişmelerin tıbbi ortamlarda nasıl ve ne ölçüde geçerli olduğunu görmek için; sağlık kurumlarının fiziksel alt yapı koşullarının engellilere uygun olup olmadığının, ayrıca sağlık profesyonellerinin engellilere yönelik olumlu-olumsuz ayrımcılık eğilimi gösterip göstermediğinin saptanması tezin kapsadığı araştırmaların amaçlarını oluşturmaktadır.

Engellilik kavramı, geniş ve heterojen içerikli bir kavramdır. Bu kavramın içerisinde bedensel ve zihinsel engelliliğin yanı sıra Alzheimer hastalığı, diyabet hastalığı gibi kronik hastalıklar ile organ kayıpları da bulunmaktadır. Tez çalışması çerçevesinde planlanan iki araştırmadan biri bedensel engelli hastalar ile hekimler arasındaki etkileşim ile, diğeri ise hastane fiziksel alt yapı koşullarının engelli hastalar uygunluğu ile ilgilidir. Yukarıda söz edilen engellilik halleri içerisinden sadece bedensel engelliler, tez kapsamındaki araştırmalara dahil edilmiştir. Bunun başlıca nedenleri; hastane fiziksel koşullarında en fazla zorluk çeken grubu bedensel engellilerin oluşturması ve hekim- hasta iletişimine yoğunlaşma düşüncesidir.

Konunun gündeme gelişinin, sağlık alanında uygulayıcı, yönetici, kural koyucu olarak görev yapanların duyarlılıklarını arttıracakını; böyle bir duyarlılık artışının da engelli bireylerin tıbbi ortamlardan daha fazla yararlanabilmesine katkı sağlayacağı umulmaktadır.

Tez çerçevesinde, bir tıp camiası mensubu olan tez yazarı tarafından, yerel ölçekte resmi sağlık kurumlarından tam teşekküllü hastanelerde engellilerin durumları ortaya konmak istenmiştir. Böylece bu konuya küçük de olsa bir pencere açarak dikkatleri çekmek üzere engellilere dair akılda tutulması gerekenler derlenmiş ve genel bilgiler içerisinde verilmiştir. Daha sonra, yerel ölçekteki hastanelerin fiziksel koşulları ve bu hastanelerdeki klinisyenlerin engelli hastalar ile etkileşimleri araştırılmış, yapılan araştırmanın benzerleri de irdelenerek söz konusu hastanelerde çıkan sonuçlarla karşılaştırılmış ve başta hekimlere olmak üzere tüm tıp camiasına sonuçlar sunulmuş, önerilerde bulunulmuştur.

2. GENEL BİLGİ

Giriş bölümünde tanımlanan engelliliğin, “ya benim de başıma gelirse” korkusuyla ya da engelli kişiye nasıl davranılacağını kestirememe ve onun için üzüntü duyma gibi farklı psikik durumlar nedeniyle görmezden gelinmeye uygun olduğu; genel olarak insanların bu konuyu düşünme ve dile getirmekten kaçındıkları kanaati ön plana çıkmaktadır. Korkular ve endişeler bir yana bırakılıp dünyadaki engelli sayısı ve engellilik durumuna bakılırsa belki de onları anlama ve onları ayrıca engelleyen faktörleri ortadan kaldırma konusunda adımlar atmaya kolaylaşacaktır.

Engellilik kavramının algılanışı, engellilere yönelik davranış ve tutumların oluşmasını etkilemekte, çalışanları toplumun bir parçası olan ve kamuya hizmet veren kurumlar içerisinde sayabileceğimiz tıbbi kurumlar da bu etkilenmenin dışında kalamamaktadır. Hatta sağlık çalışanları, engellilerle toplumun diğer kesimlerine oranla daha fazla etkileşime girmek durumunda kalabilmektedir. Bu bağlamda tıpla uğraşanların, hastanelerde engelliler için ulaşılabilirlik sorunlarının farkına varmaları ve engellileri diğer kişiler gibi algılamalarını sağlayacak bakış açılarının gelişmesine katkı sağlamak amacıyla engellilikle ilgili temel kavramlar ve engelliler hakkında bilgiler verilmeye çalışılmıştır.

Engelliler hakkında genel bilgilerin de yer aldığı bu bölümde işlenen konular, engelliliğin dile getiriliş biçimleri, yasa ve yönetmeliklerdeki tanımlamalar, engelli kişilerin sosyal ve hukuksal konumları, iş yasalarına göre durumları, engelliliğin yaygınlığı, engellilik nedenleri ve sınıflaması, engelli kişilerin yaşam kalitelerinin engellilik faktörüne ve toplumun bakış açısına göre değerlendirilmesi, engellilerin sosyal ve kültürel ortamlardaki durumları, tıp uygulamaları çerçevesinde engellilerin aldığı hizmetler, kuramsal tıp açısından engellilik kavramı, tıp etiği açısından engellilik durumudur.

2.1.Engellilikle İlgili Temel Kavramlar ve Güncel Bilgiler

2.1.1.Engellilik Kavramı; Farklı Kültürlerde Dile Getiriliş Biçimleri

Engelli kişiye toplumsal yaklaşım ve sosyal politikaların oluşmasında doğru ve etkin planlamaya gidilmesi için engellilik kavramının anlaşılması gerekmektedir. Kavramın anlaşılmasında en önemli etkenlerden ikisi, engelli olmanın dile getiriliş biçimlerinin ve ortaya çıkış nedenlerinin incelenmesidir. Bu amaçla alt bölümde engellilik kavramının ifade edilme biçimleri incelenmiş ve nasıl engelli olunduğu hakkında bilgi verilmiştir.

2.1.1.1.Engelliğin İfade Edilmesi

Dilimizde engelli kişiyi ifade etmek için; sakat, engelli, özürlü, ayrıca, hem hastalık hem de sakatlık anlamına gelen “illet” sözcüğünden türemiş olan “alil” ve “malul” gibi terimler kullanılmaktadır. Ayrıca Türkçe’de bazılarına çok sık rastlanmasa da sakat terimine yakın ve eş anlamlı olarak kullanılan; ahnıt, ahraz (dilsiz), aksak, alil, apışak, bacaksız, bastıbacak, çağanozvari, çalık, çolak, çolpa, damlalı, dilsiz, düztaban, ebkem, felçli, genzek, inmeli, kambur, kolsuz, kötürüm, makrosefal, mefluç, menzul, mikrosefal, nüzüllü, paytak, sağır, sarsak, sökel, topal, yangaboz, yarım (kişi), yatalak, çarpık, kekeme, kör, kambur terimleri bulunmaktadır.⁽¹¹⁾ Bunların bazıları genel olarak engelli olmayı, bazıları ise özel bir engellilik halinde bulunmayı ifade etmektedir.

Tüm bu terimler, sözlüklerde yer almakla ve kimileri sık, kimileri nadiren kullanılmakla birlikte engelli kişiler, Türkçe’de en fazla “engelli”, “özürlü”, “sakat” terimleriyle adlandırılmaktadır.

Sözlük ve ansiklopedilerde “engelli” sözcüğü, “engeli olan” şeklinde açıklanmıştır. Ansiklopedik tanımlamaya göre engel ise, “bir işin yapılmasını önleyen ya da gecikmesine yol açan şey; mani, müşkül, mania” olarak verilmiştir.⁽¹²⁾

Yine ansiklopedik tanıma göre sakatın karşılığı, “bir ya da birden çok organını kullanamaz durumda olan kimseler için kullanılan bir sözcük”⁽¹³⁾, özürlününki ise, “eksiklik, sakat veya kusuru olan, defolu”dur⁽¹⁴⁾.

Bu tanımlamalar ve gözlemlerimiz ışığında tez çalışması içerisinde ele alınan engellilik kavramı, “bir ya da birden çok organın kullanılamaz durumda olması nedeniyle günlük

rutin işlerin başkalarının yardımı olmaksızın yapılmasının engellenmesi” ve engelli kişi kavramı da “işlerinin bir bölümünü yardımsız yapamayanlar” olarak açıklanabilir.

Engelli olma durumu için daha önce sıklıkla kullanılan “sakat” sözcüğü, artık kullanılmaktan kaçınılan bir sözcük haline gelmiştir. Bu sözcük, yerini zaman içinde “özürlü” ve “engelli” sözcüklerine bırakmış, hatta “özürlü” terimi de, engelli kişiler için rahatsızlık yaratan bir tanımlama olarak görülmeye başlanmıştır. Tüm bunların nedeni, engelli olma durumu ve bu durumu tanımlayan sözcüklere yüklenen olumsuz anlam yüküdür. Olumsuz anlam, engellilik durumunu dolaylı ifadelerle dile getirmeye ve o söz kalıplarını da aralıklı olarak yinelemeye neden olmaktadır.

Engellilik kavramının dile yansımadaki sorunların Türkçe’ye özgü olmadığını gösterir bir yorum İtalyan yazar Giuseppe Pontiggia’dan gelmektedir; “Dertler, pek çok başka etkilerin yanı sıra, kullanılan dilde de hızlı değişikliklere yol açıyor, böylece sözcükler duyarlılık kazanıyor. Bu çıkarsamadan yola çıkarak bir yazar, konuyla doğrudan bağlantılı olmasa bile sözcük dağarcığının engellerine sürekli bir duyarlılığı olan kişidir diyebiliriz. Ve o, duyarlı olmak için anlamların arasındaki farklar üzerine kafa yormayı beklemeyen kişidir. Bu, engelin sözel alanının da artık insanın ruhsallığı kapsamına girdiğini gösterir. Pek çok kişi neden körlere artık görme engelli, sağirlara işitme engelli dendiğini merak ediyor. Akla yakın açıklamalardan biri, kör sözcüğü kesinkes bir insanı işaret ederken, görme engelli deyiminin bir işlevin yoksunluğuna işaret etmesi olabilir.topal müdür.... yerine kültür smokinine bürünmüş daha ciddi bir terimle müdürün aksadığı dile getirilebilir.”⁽¹⁵⁾

2.1.1.2.Mevzuatta Engelliliğin Dile Getirilişi

Ülkemizde kelimelerde çeşitlilik olduğu gibi, yasal düzenlemelerde ve Türkiye’nin tanıdığı uluslar arası metinlerde de ilgili hizmet konularına göre de farklı kıstaslar, farklı tanımlar getirilmiştir.

Uluslararası Çalışma Örgütü [International Labour Organization, (ILO)], Haziran 1983 tarih ve 159 sayılı “Sakatların Mesleki Rehabilitasyonu ve İstihdamı” Sözleşmesi’nin ilk maddesine göre “sakat” terimi, kendisine uygun bir iş temini, bu işin muhafazası ve kendisinin işinde ilerleyebilme hususundaki beklentileri, kabul edilmiş fiziksel veya zihinsel bir özür sonucunda önemli ölçüde azalmış olan bireyi ifade eder.⁽¹⁰⁾

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun 9 Aralık 1975'deki toplantısında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesine ek 3447 sayılı Engelli Kişilerin Hakları Bildirisi'nin 1. maddesine göre engelli, “normal bir kişinin kişisel ya da sosyal yaşamında kendi kendisine yapması gereken işleri, bedensel veya ruhsal yeteneklerindeki kalıtsal ya da sonradan olma herhangi bir noksanlık sonucu yapamayanlar sakattır” şeklinde tanımlanmaktadır.⁽¹⁰⁾

Kuruluş yılı 1986 olan Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu'na göre: “bedensel, zihinsel, duygusal ve sosyal özelliklerinde belirli bir oranda fonksiyon kaybına neden olan organ yokluğu veya bozukluğu sonucu normal yaşamın gereğine uymayacak düzeyde özürlenmiş kişi “sakat” ve onun özürlenme durumu “sakatlık”tır. Kurul sakatlığı bedensel ve zihinsel olarak iki kategoriye ayırmaktadır.⁽¹⁰⁾

25.08.1971'de çıkan 1475 sayılı İş Kanunu ülkemizde çalışma hayatını düzenleyen yasadır. Kanunun 25. maddesinde sakatların toplumsal hayata kazandırılmaları hususu göz önüne alınarak, elli ve daha fazla işçi çalıştıran işverenlere, % 2 oranında sakat istihdam etme zorunluluğu getirilmiştir. Bu oran, 21.10.1998 tarihinde yapılan düzenlemeyle % 3'e çıkarılmıştır. Bu durumda sakatlığın teknik bir tanımını da ortaya koymak gerekmiştir.⁽¹⁰⁾

16.1.1987 tarih ve 19402 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren “sakatların istihdamı” hakkındaki tüzükte, 06.01.1997 tarihinde yapılan değişiklik ile çalışma gücünü kıstas alan tanımla, “bedensel, zihinsel ve ruhsal özürleri yüzünden çalışma güçlerinin en az %40'ından yoksun bulunanlar” sakat kabul edilmiştir.⁽¹⁰⁾

Yukarıda söz edilen çalışma gücündeki yoksunluk ya da azalma yüzdesi, hekimler tarafından oluşturulan bir kurul tarafından Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde belirlenmektedir.

14.07.1965 tarihinde kabul edilen 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'nda ise bu konu, 27 Temmuz 1983 tarih ve 18117 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan “Sakatların Devlet Memurluğuna Alınma Şartları ile Hangi İşlerde Çalıştırılacakları Hakkında Yönetmelik” ile belirlenmiştir. Yönetmeliğin 9 Ekim 1998 tarih ve 23488 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan değişikliği ile “bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerinden en az % 40 oranında yoksun olduğu resmi sağlık kurulu raporu ile belgelenenler” uygulama bakımından sakat sayılmıştır.⁽¹⁰⁾

T.C. Emekli Sandığı Kanununun da “çalışma gücü” kavramı dikkate alınarak, çalışma ve iş görme gücünü % 40 ila % 70 oranında kaybedenler “sakat”, çalışma ve iş gücünü % 70’in üzerinde kaybedenler “malul” olarak belirlenmiştir.⁽¹⁰⁾

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanunu’na göre “özürlü” , doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle normal yaşamın gereklerine uyamama durumunda olup, korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyacı olan kişiyi ifade etmektedir.⁽¹⁰⁾

6 Şubat 1998 tarihinde yürürlüğe girmiş olan⁽¹⁶⁾ Özürlülere Verilen Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik’te özürlü, doğuştan ya da sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılamada güçlükleri olan birey şeklinde tanımlanmaktadır.⁽¹⁰⁾

18 Ağustos 1998 tarihinde yürürlüğe girmiş, 2003’de yeniden düzenlenmiş⁽¹⁶⁾ olan Özürlüler İçin Kimlik Kartı Yönetmeliğinin 2. maddesinde ise “doğuştan, kaza ya da etkisi altı aydan fazla süren sağlık bozukluğu sonucunda meydana gelen bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini yüzde kırk ve üstünde bir oranda kaybedenler” özürlü olarak tanımlanmaktadır.⁽¹⁰⁾

2.1.1.3.Uluslararası İngilizce Metinlerde Engelliliğin Dile Getirilişi

Engellilik olgusu, Türkçe’de olduğu gibi, farklı dillerde de birden fazla terimle dile getirilmektedir.⁽¹⁷⁾ Tezin bu bölümünde ise sadece İngilizce’de kullanılan terimler ve ifade ettikleri anlamlara yer verilmiştir. Zira uluslar arası literatürde en fazla İngilizce makalelere rastlanmaktadır ve Dünya Sağlık Örgütü engelliliği tanımlamakta kullanılan İngilizce terimler için uluslararası bir klasifikasyon yapmıştır.

Yakın geçmişte İngiltere, sömürgeler kurmak yoluyla, kültürünü ve dilini dünyaya yaymış, pek çok ülkenin siyasi ve kültürel yapısı üzerinde etkili olmuştur. Günümüzde ise dünyadaki bir çok ülke üzerinde bilim, kültür, siyaset açısından etkili olan ülke Amerika Birleşik Devletleri’dir. Sonuçta hem İngiltere’de, hem de Amerika’da konuşulan dil olan İngilizce, günümüz dünyasında ortak kültür ve bilim dili haline

gelmiştir. Bilim dünyasında yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunun yazım dilini oluşturan İngilizce’de de Türkçe’de olduğu gibi engellilik olgusunu tanımlayan birden fazla terime rastlanabilmektedir. İngilizce kaynaklarda karşımıza çıkan “impairment”, “disability” ve “handicap” terimleri arasında anlatım karmaşasına engel olmak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü, 1980 yılında uluslararası adlandırmada kullanılan “impairment”, “disability” ve “handicap” terimlerinin ifade ettiği anlamları açıklamış, sınıflandırmış ve on beş farklı dilde hazırlamıştır. Bu sınıflandırmaya göre terimlerin ifade ettiği anlamlar şöyle açıklanmıştır:

Impairment (bozukluk, yetersizlik): Psikolojik veya anatomik yapı ya da fonksiyonda kayıp veya anormallik. Burada olay organ düzeyindedir.

Disability (sakatlık, engellilik, özürlülük): Herhangi bir bozukluk sonucunda, normal olarak kabul edilen sınırlar ve uyum içinde aktivitenin yapılabilme yeteneğinin kısıtlanması veya hiç yapılamaması.

Handicap (dezavantaj): Bozukluk veya sakatlık sonucunda kişi için normal kabul edilen “birey” olmak ve bu rolü yerine getirmesinin sınırlanması veya engellenmesi, bozukluk veya sakatlığın kişiye sosyal, kültürel çevresinde dezavantaj vermesi. ⁽¹⁸⁾

Tüm bu açıklamalar, aşağıdaki tabloda bir örnek ile özetlenmeye çalışılmıştır:

Tablo 2-1. Impairment, Disability ve Handicap kavramlarının uluslar arası sınıflandırılması ⁽¹⁸⁾

Terim	Impairment	Disability	Handicap
Seviye	Organ	Kişi	Sosyal çevre
Yetersizlik	Beden yapısı / fonksiyonu	Aktivite	Roller
Örnek	Bir gözün olmaması	Derin görüşte kısıtlanma	Sürücü belgesi alamamak

2.1.2.Engelliliğin Yaygınlığı, Nedenleri ve Sınıflandırması

2.1.2.1.Engelliliğin Dünyada ve Türkiye’de Yaygınlığı

Birleşmiş Milletler’in 1992 yılı raporuna (Published by the United Nations Department of Public Information DPI-1265-August 1992-6M) göre dünya popülasyonunun yüzde 6 ila 10’u özürdür. Yani o tarihte yaklaşık 500 milyon insanın engelli olduğu, bunun da yaklaşık 160 milyonunun kadın ve 140 milyonunun çocuk olduğu bildirilmiştir.⁽¹⁰⁾

Şubat 1994’de Paris’te düzenlenen Mobilitesi Azalmış Kişilerde Hava Ulaşımli Seyahatlerde Ulaşılabilirlik Konferansları’nda (European Civil Aviation Conference-ECAC), (The European Conference of Ministers of Transport ECMT) Avrupa’daki popülasyonun en az %10’unu mobilitesi kısıtlanmış kişilerin oluşturduğu açıklanmıştır.⁽¹⁰⁾

Dünya Sağlık Örgütü ise, engellilik oranını gelişmiş ülkeler için %10, gelişmekte olan ülkeler için ise % 12 olarak vermiştir. Ancak bu vatandaşların çalışmakta, olan aktif nüfusa katılımı oldukça düşük olmaktadır. Başbakanlık Özürülüler İdaresi Başkanlığının verilerine göre bazı ülkeler ve çalışan aktif nüfusa katılım oranları aşağıdaki gibidir ⁽¹⁰⁾:

- Danimarka % 1,4
- Almanya % 0,7
- Yunanistan % 0,02
- Portekiz % 0,1
- Türkiye % 0,05
- İngiltere % 0,06

Ülkemizde engellilerin sayısı; Başbakanlık Özürülüler İdaresi Başkanlığı’nın 1999 yılı, I. Özürülüler Şurasında Dünya Sağlık Örgütü’nün kabul ettiği engellilik oranı üzerinden yapılan tahminle 6-7,5 milyon olarak verilmiştir. Ancak daha sonra Türkiye’de engellilerle ilgili veri eksikliğinin hizmet sunumunda yaşanan sorunların başlıca nedeni olduğu görüşünden hareketle 2002 yılında Devlet İstatistik Enstitüsü ile işbirliği içerisinde “Türkiye Özürülüler Araştırması”nın gerçekleştirilmesi sağlanmıştır. Genel sonuçları 2003 yılı Aralık ayında açıklanan araştırma sonuçlarına göre, ülkemizde nüfusun % 12,29’unu engelliler oluşturmaktadır ⁽¹⁹⁾. Bu rakamın içerisinde fiziksel

engellilik, zihinsel engellilik, kronik hastalıklar, organ kayıpları gibi tüm engellilik halleri bulunmaktadır. Ortopedik engelliler, Türkiye nüfusunun % 1,25'ini; işitme engelliler % 0,37; görme engelliler % 0,60; konuşma engelliler % 0,38; zihinsel engelliler ise % 0,48'ini; süreğen hastalığı olanlar ise nüfusun % 9,7'sini oluşturmaktadır.⁽¹⁹⁾

Tablo 2-2. İki bin üç yılı itibariyle Türkiye'deki engelli nüfus ve cinsiyete göre dağılımı⁽¹⁹⁾

	Genel nüfus	Özürlü nüfus
Erkek	34.069.984	3.783.197 (%11,10)
Kadın	34.552.575	4.648.740 (%13,45)
Toplam	68.622.559	8.431.937 (%12,29)

Bu araştırma sonuçları içerisinde zihinsel engelliler, bedensel engelliler, Alzheimer, şizofreni gibi kronik hastalıklar da bulunmaktadır. Daha önce de söz edildiği gibi tezin kapsamındaki araştırmalar ve dolayısıyla kuramsal bilgilerin çoğu, tüm engelli bireyler içerisinde bedensel engelli olanlarla ilgilidir.

Engelli nüfusun yaklaşık % 77,81'i işgücüne dahil olmamakta, % 39,72'sinin ise hiçbir sosyal güvencesi bulunmamaktadır.

Hizmet alınan kurumlara göre engelli nüfus oranı: engellilik ile ilgili dernek, vakıf, federasyon, konfederasyonlar için % 3,07, Milli Eğitim Bakanlığı için % 4,18; sağlık kuruluşları için % 85,18 olarak bildirilmektedir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre engellilerin sağlık hizmetine ulaşmaları konusunda önemli bir sorun yokmuş gibi görünmektedir.⁽¹⁹⁾

2.1.2.2.Engelliliğin Nedenleri ve Sınıflandırılması

Engellilik, oluşma nedenine göre iki sınıfa ayrılır:

1. Konjenital (doğuştan) engellilik
2. Akkiz (edinsel) engellilik

2.1.2.2.1.Doğuştan Olan Engellilik ve Nedenleri

Yaşamın engellilik haliyle birlikte başlaması (1) genetik sorunlardan, (2) gebelik sırasında yaşanan sorunlardan ve (3) doğum sırasında yaşanan sorunlardan kaynaklanabilmektedir. Genetik sorunlar, daha yüksek oranda zihinsel engelliliğe neden olmaktadır. Bunlar içerisinde Down sendromu en sık görülen kromozom anomalisidir. Ayrıca yarık damak-dudak ve konjenital kalça çıkığı da, en sık bedensel engelliliğe neden olan durumlar olarak sayılabilir.^(10, 20, 21, 22)

Son yıllarda oldukça ileri düzeye ulaşan genetik bilimi, genlerde var olan ve kuşaklara aktarılan bozuklukları saptama yolunda çok büyük adımlar atmıştır. Ancak henüz gen üzerindeki hastalığa veya engellilik haline neden olabilecek sorunun bertaraf edilmesi tam anlamıyla başarılammıştır. Ayrıca doğuştan engellilik nedenlerinin bir kısmını da gebelik sürecinde ve doğum sırasında oluşan sorunlar oluşturmaktadır. Genetik bozukluklar hariç, diğer nedenlerin çoğu kontrolü sağlanabilir durumlardır.

Gebelik sırasında oluşan sorunlar arasında engellilik oluşturma ihtimali en yüksek olanlar; kızamık, kızamıkçık ve toksoplazma gibi enfeksiyon hastalıkları, annenin radyasyona maruz kalması ya da talidomid gibi anomalili bebek doğumuna neden olan ilaçlar kullanmasıdır.^(10, 20, 21, 22)

Doğum sırasında oluşan ve engellilik nedeni olabilen sorunlar içerisinde en önemlisi zor doğum sonucu serebral iskemi ya da intraventriküler hemoraji oluşmasıdır. Doğum sırasında mekanik zorlamalar sonucu sternokleidomastoid adalenin iskemik nekrozuna bağlı tortikolis ve pleksus brakial pleksus ve radyal sinir felçleri de engellilik nedeni olabilmektedir. Yine erken doğum bebeğin hayati organ ya da sistemlerinin yeterince gelişmesini önleyerek engellilik nedeni olabilmektedir.^(10,20,21,22)

2.1.2.2.2.Akkiz (Kazanılmış) Engellilik ve Nedenleri

İnsanlar, herhangi bir kromozom anomalisi, konjenital anomali veya kalıtsal bozukluk olmasa, sağlıklı bir gebelik, normal ve sağlıklı doğum ve yeni doğan dönemi geçirse de yaşamları boyunca pek çok risk ile karşılaşmaktadırlar. Bu risklerin gerçekleşmesi durumunda engellilik hali ortaya çıkabilir.

Sonradan oluşan engellilik nedenleri arasında yer alan öğrenme ,anksiyete, duygu durum ve iletişim bozuklukları ile otizm gibi yaygın gelişimsel bozukluklar, tıbbi açıdan hastalık olarak kabul edilmektedir.⁽¹⁰⁾ Bu gruba giren engellilik nedenlerinden bir alt gurubu kazalar oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar iş kazaları, meslek hastalıkları ve ev kazalarının %80-90'ının insani nedenler, %10-20'sinin ise çevre koşullarından kaynaklandığını göstermektedir.

İş kazaları nedeniyle ülkemizde günde dört kişi hayatını kaybetmekte, sekiz kişi engelli kalmaktadır.⁽¹⁰⁾ Ülkemizde iş kazaları daha çok inşaat sektöründe meydana gelmektedir.

Ev kazalarında ise çocuklar, yaşlılar, ortopedik, zihinsel veya sosyal engelliler en önemli risk gruplarını oluşturmaktadır.⁽¹⁰⁾

Trafik kazaları alınan yoğun önlemlere rağmen ülkemizde giderek artmaktadır. Trafik kazaları nedeniyle son on yılda 50.000'den fazla insanımız hayatını kaybetmiş, 2 milyondan fazla kişi yaralanmış, 200.000'den fazla kişi de engelli kalmıştır.⁽¹⁰⁾

Spor kazaları içerisinde en önemlisi göller, kanallar, yüzme havuzları ve denizde suya dalma sırasında gelişen kazalardır. Suya balıklama dalış sırasında atlanan yer sığsa ya da atlanan bölgede tümsek varsa ve atlama tekniği yanlışsa spinal kord yaralanması meydana gelebilir. Genellikle de bu yaralanma servikal (boyun) düzeyde olmaktadır. Bu durumda tetrapleji olarak adlandırılan boyundan aşağıya tüm bedeni hareketsiz kılan tablo ortaya çıkmaktadır. Böyle bir engellilik hali kişinin başta kendisi olmak üzere ailesi ve toplum için de önemli bir sorun oluşturmaktadır.

Kazanılmış engellilik nedenleri arasında meslek hastalıkları ve diğer hastalıklar da yer almaktadır. Ülkemizde meslek hastalıkları da önemli engellilik nedenlerindedir. Bunlar içerisinde gürültülü yerlerde çalışanlarda görülen sağırılık, kurşun ile çalışanlarda görülen kurşun felci örnek olarak verilebilir.⁽²⁰⁾

Daha çok kronik hastalıklara yol açmalarına karşın çevresel kirlenme etmenleri de engellilik nedenleri arasında sayılabilir. Çevresel kirlenme 20. yüzyılın ikinci yarısındaki hızlı bilimsel, teknolojik ve endüstriyel gelişmelerin “bedeli” sayılabilecek bir global sorunlar dizisi olarak tüm dünya ülkelerinin karşısındadır.

Doğal afetler de sonradan oluşan engellilik nedenlerinden birisidir. Deprem, sel, toprak kayması, kasırga gibi doğal afetler ölümlerle sonuçlandığı gibi, kalıcı sakatlıklara ve ruhsal örselenmelere neden olmaktadır.⁽¹⁰⁾ Özellikle deprem kuşağında olan ve çarpık yapılaşmanın önlenemediği ülkemizde depremler ve sadece dere yataklarını dolduran seller büyük felaketlere sebep olabilmektedir. 27 Haziran 1998 Ceyhan ve 17 Ağustos 1999 Yalova depremi, büyük felaketler olarak tüm ulusun anılarında yer almaktadır.

2.1.2.2.3.Engelliliğin Sınıflandırılması

Engelliler genel olarak üç gruba ayrılmaktadır ⁽⁷⁾

1. Bedensel Engelliler: Normal yaşantıyı sürdürmek için yeterli ve gerekli bedensel yapıdaki doğuştan veya sonradan olan yapısal ve organik değişiklik veya noksanlık sonucu toplumsal rolünü yerine getirmede ve günlük işlerinde yardıma ihtiyaç duyan bireylere bedensel engelli denilmektedir. Çeşitli nedenlerle, kemik, eklem ve kasların kısmi veya tam fonksiyonsuzluğu sonucu oluşan engel durumudur.⁽⁷⁾

Bedensel engellilerin sınıflandırılması şöyledir:

- Görme engelliler
- İşitme engelliler
- Konuşma engelliler
- Ortopedik engelliler
- Sürekli hastalığı olanlar

2. Zihinsel Engelliler: Zihinsel gelişiminde meydana gelen yavaşlama, duraklama ve gerileme nedeni ile davranış ve uyumu yönünden yaşlılarına göre sürekli gerilik ve daha yüksek oranda sürekli yeti ve işlev kaybı olan kişiye zihinsel engelli denmektedir.⁽⁷⁾

3. Duygusal Engelliler: Tıpta psikiyatrik hastalıklar olarak zikredilen bu rahatsızlıklar sosyal ortamlarda çevreye uyumu zorlaştırması nedeniyle engellilik olarak değerlendirilebilmektedir. Burada çeşitli nedenlerle bireyin ruhsal özelliklerinde yaşamın gereklerine uyamayacak düzeyde sürekli olarak yetenek ve fonksiyon kaybı vardır. Duygusal engellilerin sınıflandırması da aşağıdaki gibidir: ⁽⁷⁾

- Davranış bozuklukları
- Duygusal bozukluklar
- Alışkanlık bozuklukları
- Ağır ruhsal bozukluklar

2.2.Engelliler ve Yaşam Kalitesi

Engelliği, yaşam kalitesi kavramı bağlamında tartışmak engelliler sunulacak tıbbi hizmet açısından önem taşımaktadır. Engelliler, genelde sunulmakta olan standart hizmetten daha fazlasına ve farklısına ihtiyacı olan özel bir grubu oluşturmaktadır. Bu özellikleri dolayısıyla standart hizmetten fazlasını engellilere sunarak onlara ayrıcalık tanımak fikri, yaşam kalitesi kavramıyla birlikte değerlendirildiğinde farklı görüşlerle karşılaşılır. Bir görüşe göre zaten diğer insanlara göre daha düşük bir yaşam kalitesine sahip kişiler olan engellilere ayrıcalık tanınması gerekli ve hakkaniyetli bir yaklaşım olacaktır. Başka bir görüşe göre de engelli kişiler zaten kaliteli bir yaşam süremeyeceklerdir ve onlara yapılacak olan fazladan her hizmet boşa gitmiş olacak ve engelli olmayan insanlar için ekonomik yük oluşturacaktır. Birbirinin tamamen karşıtı olan iki uç örnekte görüldüğü gibi yaşam kalitesi kavramı, engellilerin toplum içerisindeki durumları için önemlidir. Bu nedenle tez çerçevesinde yaşam kalitesi kavramı ve engellilik konusu ayrıntılı bir şekilde incelenmiştir.

2.2.1.Yaşam Kalitesi Kavramı ve Engellilik

Her bireyin yaşam kalitesi kavramına yüklediği anlam farklı olduğu gibi ekonominin, sağlık bilimlerinin ve sosyal bilimlerin de yaşam kalitesi tanımlamaları birbirinden

ayrılmaktadır. Çünkü yaşam kalitesi rölatif bir kavramdır; bazıları yaşam kalitesini sağlıklı yaşam ve temiz çevrede, bazıları sosyo-kültürel düzeyi yüksek bir çevrede, bazıları da ekonomik getirisi yüksek bir iş ve hayat koşullarında bulmaktadır. Ancak tüm farklılıklara rağmen temel gereksinimlerde birleşilmekte ve yaşam kalitesini belirleyen faktörler hakkında pek çok ortak nokta ortaya çıkmaktadır.

Yaşam kalitesini belirleyen faktörler hakkında birçok sosyolog ve ekonomist teoriler geliştirmişlerdir. İlk olarak hukuk eğitimi gören, daha sonra psikolog olan Abraham Maslow, insanların neden farklı zamanlarda farklı gereksinimlerini ön plana çıkardıklarını araştırmış ve ihtiyaç hiyerarşisi teorisi geliştirmiştir. Bu teoriye göre insanların gereksinimleri 1’den 5’e doğru önem sırasına göre şöyle sıralanmaktadır.⁽²³⁾

- Fiziksel gereksinimler: yiyecek, su, barınma, sağlık
- Güvenlik gereksinimi
- Sevilme gereksinimi
- Kabullenilme, saygı görme gereksinimi
- Kişisel ilgileri/ fikirleri/ idealleri ortaya koyma gereksinimi

Sırasıyla bu ihtiyaçlarını karşılayabilen kişiler “iyi” bir yaşam kalitesine ulaşabilirler.

Sağlık alanında ise “yaşam kalitesi”, özellikle son dönemlerde tıptaki bilimsel ve teknolojik ilerlemeler sonucunda, yaşam süresindeki uzama, ani ölüme yol açan hastalıkların, enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi ve bebek ölümlerinin azaltılabilmesi ile daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. Artık yaşamın beklenmedik biçimde sona ermesine yol açan faktörlerin azalmasıyla, “yaşam kalitesi”, sağlık hizmetlerinin başarı ölçütlerinden biri olmuştur.

Yaşam kalitesi sağlık hizmetlerinin başarı ölçütü olunca, bu alanda ölçümler yapma gereği doğmuştur. Sağlık alanında yapılan “yaşam kalitesi” değerlendirmelerinde, bu sahada “uzman” kabul edilen kişiler; örneğin hekimler, hemşireler, psikologlar, bir kimsenin “yaşam kalitesi” ve o kaliteye dayalı yaşama/yaşamama hakkında karar vermektedirler. Oysa bir kişinin “yaşam kalitesi” hakkında ancak, o hayatı yaşayacak olan kendisi karar verebilir ve kalite hakkında karar vermek yaşamaya/yaşamamaya dayanak oluşturamaz. Başkası adına bu kararı verecek olan kişiler, her ne kadar

“uzman” olsalar da sonuçta verecekleri karar, kendi “yaşam” anlayışları, gelecekte beklenenleri ve olumsuz şartlar karşısındaki tavırlarının bir yansıması olacaktır.⁽²⁴⁾

Aksoy’un makalesinde ifade ettiği gibi; Morreim, “yaşam kalitesi” ölçümünde iki ayrı yöntem önermektedir:⁽²⁴⁾

- Yaşam kalitesi hakkında ortak görüş araştırmaları (Concensus Quality of Life Research): Bu yöntemde göre sağlıklı insanlara ve uzmanlara değişik hastalıklar ve semptomlar hakkındaki görüşleri sorularak, bu durumlarda yaşamı nasıl değerlendirdikleri öğrenilmektedir.
- Yaşam kalitesi hakkında kişisel görüş araştırmaları (Personal Quality of Life Research): Bu yöntemde ise kişilere bahsedilen durumlar ile kendileri karşılaşmalarına bakışlarının nasıl olacağı sorulmaktadır.

İster sağlık açısından bakılsın, isterse sosyal yaşam açısından bakılsın her iki durumda da engelliler “yaşam kalitesi” konusunda dezavantajlı görülmektedirler. Yukarıda ihtiyaç hiyerarşisi teorisinden söz edilen Maslow’un ilk ve temel ihtiyaç olarak belirlediği fiziksel gereksinimlerini çoğunlukla tek başlarına yerine getiremeyen en temel ihtiyaçlarını karşılamakta zorlukla karşılaşan grup olarak engellilerin yaşam kaliteleri diğer insanlara göre daha düşükmüş gibi görünmektedir. Oysa rutin işlerin pek çoğunu makinelerin, ileri teknoloji ürünü aletlerin yaptığı günümüzde engellilerin zorluk çektikleri işleri cihazlar yoluyla yapmaları, onlar için ulaşılabilirliği kolay ortamların sağlanması, engelli bireyleri de diğer insanlarla aynı konuma getirecektir. Ancak gelişmiş ülkelerde bu konuya oldukça önem verilmesine karşın dünyadaki pek çok ülkede halen engelliler “yaşam kalitesi” açısından dezavantajlıdır.

Kanada’da yapılan bir çalışmada, spinal kord yaralanması sonucu yedisi kuadriplejik, sekizi paraplejik olan 15 engelli bireyin yaşam kalitesi kriterlerine bakılmış, sonuçta güçsüzlüğün derecesine bakılmaksızın bu popülasyon için yaşam kalitesinin dokuz konudan ibaret olduğu saptanmıştır: a) fiziksel fonksiyon ve serbestlik hali, b) fiziksel çevreye ulaşılabilirlik, c) emosyonel iyilik hali, d) etiketlenmeme, e) kendi kendine yetebilme, f) ilişkiler ve sosyal fonksiyon, g) ekonomik durum, h) fiziksel iyilik hali⁽²⁵⁾

Her ne kadar yaşam kalitesi ölçümleri ile ilgili teoriler geliştirilmiş olsa da standart bir yaşam kalitesinin varlığı tartışmalı bir konudur. Kalite, ahlak, estetik gibi değerlerle ilgili kavramların içeriği her çağ ve toplum kesimi için farklı olmuş, dönem dönem standartlar konmaya çalışılsa da uzun soluklu olamamıştır. Yaşam kalitesi kavramı da bireysel olarak değerlendirilmesi gereken bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır; “yaşam” insanoğlu için vazgeçilemeyecek bir süreç ve “yaşam kalitesi” kişiye göre değişen bir kavramdır. Temel gereksinimlerini karşılamada zorluk çekse, yardıma ihtiyaç duysa veya ancak gündelik hareketlerini cihazlar yardımıyla yapsa da o kişinin yaşamı kendisi için değerli ve kaliteli olabilir. Bunu ancak kendisi değerlendirebilir.

Harran Üniversitesi öğretim üyesi biyoetik çalışmacısı Şahin Aksoy⁽²⁴⁾, yaşam kalitesi üzerinden engellilere olumsuz ayrımcılık, hatta onlara kaliteye dayalı yaşama hakkı verilip verilmemesiyle ilgili çarpıcı bir örnek kurgulamıştır. Bu örnekte 18 yaşındaki ikiz kardeşlerden Banu sağlıklı bir genç kız iken, Burcu küçük yaşlarda geçirmiş olduğu çocuk felci sonucu tekerlekli iskemleye bağımlı yaşayan bir engellidir. Bir piknik dönüşü trafik kazası geçiren ikiz kardeşler, en yakın hastanenin acil servisine kaldırılırlar. Doktorlar her ikisinin de derhal yapay solunum cihazına bağlanmasına karar verirler, fakat o anda kullanımda olan tek bir yapay solunum cihazı vardır. Birisinin tekerlekli iskemleye bağılı olması dışında aralarında hiçbir fark olmayan bu ikiz kardeşten hangisi cihaza bağlanacaktır?⁽²⁴⁾

Genelde insanlar ve özellikle sağlık çalışanları böyle bir etik ikilem karşısında karar vermek zorunda kalmak istemezler. Çünkü söz konusu karar, her şeyin ötesinde bir insana yaşama şansı vermek, diğerine ise bu şansı tanımamak yönündedir. Ancak sağlık çalışanları, meslekleri gereği zaman zaman bu tür kararlar vermek zorunda kalabilmektedirler.

Bu kararı verirken çoğunlukla engelli olmayan kişilerin daha kaliteli bir yaşam sürdüğü varsayımı ön planda olmaktadır. Yani devreye, karar veren kişinin kendi yaşamdan beklentileri, eğitimi, amaçları, bilişsel yetenekleri girmektedir. Çok acımasız gibi görünse de yaşama şansı verilecek kişinin topluma yararı/zararı da göz önünde tutulan kriterlerden biri olabilmektedir.

Verilen örnekte, Aksoy'a göre; *Burcu, zaten çocuk felci olmanın dezavantajını yıllardır yaşıyordu, sırf bu yüzden düzenli bir eğitim bile alamamıştı, fakat her şeye rağmen hayatını anlamlı kılacak bir şeyler bulmaya çalışıyordu ve zaten sahip olduğu tek şey de yaşama arzusu idi. Şimdi ise bir grup sağlık elemanı "yaşam kalitesi" kriteri adı altında, sahip olduğu tek şeyi onun elinden alıyorlardı. Solunum cihazına bağlansa bile belki yaşamı kurtarılacaktı, fakat uzmanlar ona bu şansı bile vermeyeceklerdi.*⁽²⁴⁾

Konu etik ikilem olunca farklı görüşlerin ortaya konması kaçınılmaz olmaktadır. Örneğin Harris, engelli olmayan lehine yapılan tercihi çifte yargılama, çifte ceza (*double jeopardy*) olarak nitelendirmektedir⁽⁴⁾. Böyle bir olay karşısında karar vermek çok zor olmakla birlikte tez yazarı, diğer ikizin de yaşama şansını elinden almamak amacıyla problemi, ikisi arasında seçim yapmak yerine farklı bir yolla çözmek gerektiğini düşünmektedir. İlk akla gelen çözüm yollarından birisi, yapay solunum cihazına bağlanamayan kardeşin taşınabilirambu cihazıyla solutulularak başka bir merkeze naklini sağlamaktır. Daha ayrıntılı bir değerlendirmeye başka çözüm yolları bulmak da mümkündür.

Özellikle son yıllarda geliştirilen tekerlekli sandalyeler, mimari yapı da uygunsu engellilerin sosyal yaşama uyumlarını kolaylaştırmaktadır. Bu durumda engelli kardeş de diğer kardeşi gibi eğitim olanaklarından yararlanabilecek, topluma yararlı bir birey olabilecek; kısaca yaşam kalitesi diğer insanlarla hemen hemen aynı düzeyde olabilecektir.

Yaşam kalitesi konusunda bunca teorik açılımdan sonra biraz da engellilerin yaşam kalitesini etkileyen gündelik hayatta karşılaştıkları pratik sorunlara değinmek gerekmektedir.

2.2.2. Bedensel Engel Faktörü ve Yaşam Kalitesi

Bedensel ve psişik engellilik halleri, kişiler için primer ve sekonder olmak üzere iki sorun kümesine yol açmaktadır. Primer sorunlar, engelin; yani, engelli kişinin bedenindeki eksiklik, bozukluk veya fazlalığın yarattığı sorunlardır. Sekonder sorunlar ise engelin fiziksel çevreye uyumu güçleştirmesi sonucu ortaya çıkan sorunlardır.

Örneğin görme engelli bir bireyi düşünecek olursak yalnızca göremediği için Maslow'un ihtiyaç hiyerarşisi teorisinde söz ettiği fiziksel gereksinimlerinin bir bölümünü, güvenlik gereksinimini kendi başına sağlayamamakta, toplum içerisinde diğer insanlar kadar rahat hareket edememektedir. Bu durum kişi için problemler yaratmakta ve yaşam kalitesi etkilenmektedir.

Ayrıca, görme engelli kişinin etrafındaki eşyalara ve duvar kapı gibi yerlere çarpma sonucu yaralanması, cam eşyaların kırılması sonucu, küçük kesiklerden yaşamını tehdit edecek kadar büyük yaralanmalara maruz kalması, yolda yürürken kazaya uğrama olasılığı diğerlerine göre daha fazla olmaktadır. Bu tür yara, bere, ezik, kesikler kişinin yaşam kalitesini düşüren, bedensel engel nedeniyle oluşan sekonder sorunlar kümesini oluşturmaktadırlar.

2.2.3.Çevresel Faktörler ve Yaşam Kalitesi

Engellilik, yaşam kalitesini doğrudan etkilediği gibi, çevresel etkenler üzerinden dolaylı olarak da etkili olabilmektedir. Çevresel faktörlerin, doğal ve kültürel olmak üzere iki ayrı ana grupta yer aldığı söylenebilir.

2.2.3.1.Doğal Çevre ve Engellilik

Doğal çevre; insanın oluşumuna katkıda bulunmadığı, fakat onun bir parçasını oluşturduğu ve hazır bulduğu çevredir. Temel özelliği insan elinden çıkmış olmamasıdır.⁽¹⁷⁾

Doğal çevresel faktörler; sıcaklık, nem, arazi yapısı ve benzeri doğa olaylarından oluşmaktadır. Genel olarak insan ile doğa arasında muhtemelen binlerce yıllık bilgi birikimi ve yaşama içgüdüsünden kaynaklanan bir uyum ilişkisi vardır. Fakat bedensel engelli kişiler için bu uyum kolay olamamaktadır. Onlar, diğer insanların kolaylıkla tolere edebildiği küçük sıcaklık, nem değişiklikleri gibi değişikliklere karşı daha dayanıksız olabilmektedirler. Spinal kord yaralanması sonucu paraplejik olmuş bir engelli bireyin doğal koşullardan ısı ve nem ile ilişkisi irdelendiğinde bu kişilerin soğuk ortamlara ve yüksek neme dayanamadıkları kolaylıkla söylenebilir. Böbrek, akciğer ve diğer enfeksiyonlara olan yatkınlıkları (sürekli oturma pozisyonları nedeniyle), en

küçük hava koşullarındaki değişimden etkilenmektedir. Bu tür sorunlar; bedensel engeli yanında kişinin bir de sıklıkla hasta olması, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Günümüzde doğal çevre, insanların gereksinimlerine göre değiştirilmekte, böylece insanların yarattığı; kültürel olarak adlandırabileceğimiz, başka bir çevre oluşmaktadır.

2.2.3.2.Kültürel Çevre ve Engellilik

Kültürel çevre, insanın bilgi ve kültür birikimine dayanarak, doğal çevresinde bulmuş olduğu yer altı ve yer üstü zenginliklerini kullanarak yarattığı çevredir.⁽¹⁷⁾ İnsanın yarattığı bu çevre kimi zaman doğayla uyumlu, kimi zaman doğaya karşı olmuştur.

Ancak toplumlar teknolojik ve bilimsel alanda ilerledikçe insanın çevre ile ilişkisi çevre aleyhine bozulmaktadır. Sonuçta insanların giderek büyüyen kentsel yerleşme bölgelerinde yaşamaları, insanın doğa ve diğer insanlar ile ilişkisini olumsuz yönde etkilemektedir.⁽¹⁷⁾

Kültürel çevrenin yapısal düzenini oluşturan elemanlar, bilhassa duyarsızlığın düşüncesizliğin el ele verip iktidar olduğu kültür coğrafyalarında engellileri ikinci kez engelleyici özelliklere sahip olabilirler. Özellikle bedensel engelli kişiler için fiziksel alt yapı koşulları onlara göre düzenlenmediğinde hem yaşamlarında ikinci bir engel, hem de ilişkilerini olumsuz etkileyecek yapay bir çevre meydana getirilmiş olmaktadır. Bedensel engellilerin sosyal yaşama katılabilmeleri için onların hareket edebilmelerinin sağlanması gerekmektedir. Aksi takdirde pek çok engelli evine kapanır, üretime ve sosyal yaşama katılmaları mümkün olmaz. Toplum yaşamına katılamayan bir bedensel engellinin yaşam kalitesinden söz etmek pek mümkün olmamaktadır. Bir önceki örnekteki gibi paraplejik bir kişinin evinden çıkabilmesi için öncelikle tekerlekli iskemle, sonra sokaklarda yeterli ve doğru eğimde yapılmış rampalar, geçebilecekleri büyüklükte kapılar, yüksek katlara çıkabilmek için asansörler vs. gibi bir dizi düzenleme gerekmektedir. Bunlardan bir ya da birkaçının olmaması engelliye evine, yatağa bağlayacak ve yaşamla olan bağlarının yavaş yavaş kopmasına neden olacaktır.

2.2.4.Diğer Kişilerin Bakış Açısı Bağlamında Engelli Kişilerin Yaşam Kalitesi

Genel olarak kendimizi algılayışımız, başkalarının bizi değerlendirmesine bağlı olarak değişebilmektedir. Jean Paul Sartre “cehennem başkalarıdır” derken başkalarının hakkımızdaki değer yargılarının, kendimizi cehennemde bile hissetmemize neden olabileceğine işaret etmektedir. Kendi yaşam deneyimlerimizden ve Sartre’ın saptamasından yola çıkarak, toplumdaki diğer insanların bakışının ve düşüncesinin, engelli kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerden biri olduğunu söylemek mümkündür. Daha önce de söz edildiği gibi geçmişten gelen ve halen devam eden, engelliye suçlama ve dışlama eğilimi engellileri iki yönde etkileyebilir. Daha büyük oranda gerçekleşen; engellinin kendisini gözlerden uzak bir yere yerleştirmesi, yani evine kapanması ve toplumdan, sosyal hayattan uzaklaşmasıdır. Çok daha az oranda ise karşılaştıkları bu yıkıcı tutum engellileri motive edebilmektedir. Daha sonraki bölümde ele alınacak olan Stephen Hawking, Beethoven, Cicero ve adı bilinmeyen başarılı engelliler, belki de başarılarının bir bölümünü bu motivasyona borçlu olabilirler. Farinelli ise bir yönde engellenme pahasına farklı bir yönde ön plana çıkmanın, başarılı olmanın örneklerinden birisidir.

Ancak yine de bu tip örnekler oldukça az görülmektedir. Daha çok başkalarının olumsuz tutumundan yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenen, kendileri de tıpkı başkalarının düşüncelerindeki gibi hayatlarını yaşanmaya değer bulmayan engelli örneklerine rastlanmaktadır.

2.3.Engelliliğin Sosyal Kültürel Ekonomik Boyutları

2.3.1.Değişik Zaman Birimlerinde ve Değişik Sosyo-Kültürel Konumlarda Engelliler

Engellilerin toplumdaki yerine sosyal tarih açısından baktığımızda durum pek iç açıcı görünmemektedir. Engellilerin hemen hemen tüm toplumlarda ve tüm çağlarda lanetlenerek dışlandıkları, alaya ve hakarete uğradıkları, hatta yok edilme girişimlerine maruz bırakıldıkları saptaması yapılabilir. Engellilere yönelik olumsuz yaklaşımın gerekçelendirilmesinde, durumlarının günahın bedeli olarak yorumlanması gibi dinsel

bir motif bulunmaktadır.⁽¹⁾ Yok edilme girişimlerine maruz bırakılmaları da yine dinsel korkular ve dogmalar sonucu olmuştur; özellikle batı ortaçağında dönemin “normal” kavramına aykırı olan her şeyde “şeytan” ve “cadı” izleri arayan düşünce yapısı tüm zamanlarda ve günümüzde de “normal” tanımı içine alınamayan engelliler için tehlike oluşturmuştur. Diğer bir yok edilme girişimi öyküsü de Nazi Almanyası’nda gerçekleşmiştir; giriş bölümünde söz edilen “ötanazi” kavramı, Nasyonal Sosyalist ideolojiye aittir. Naziler, insanları kamplara toplama ve yok etme işlemine ilk olarak zihinsel engellilerle başlamışlardır.

Engellilik, estetik bağlamında “çirkin” ile, etik bağlamında “kötü” ile özdeşleştirilmiş, bu da ayrımcılığa felsefi bir çeşni katmıştır.⁽¹⁾ “Sakat-çirkin”, “sakat-kötü” özdeşleştirmelerine, halk arasında yerleşmiş inançlarda, edebi metinlerde, dinsel motiflerde sıkça rastlanmaktadır. Kendisini yaratan doktorun adıyla anılan çirkin ve nefret dolu canavar Frankenstein ya da Modern Prometheus ve Güzel ve Canavar “Beauty and Beast” isimli masalda kötü bir yaratık olarak takdim edilen Beast, bu özdeşleştirmelere verilebilecek örneklerden ikisidir.

Engellilere olumsuz yaklaşımların izlerini edebiyatta da görebilmekteyiz. Ünlü Fransız yazar Victor Hugo’nun “Notre-Dame’ın Kamburu” isimli eserindeki “Quasimodo” karakteri çirkin ve engelli olduğu için toplum tarafından dışlanmış; korkulan, görülme istenmeyen bir yaratık olarak tanımlanmıştır. Quasimodo, yazarın yaşadığı çağ gereği çirkin ve engelli olduğu için toplumun büyük bölümü tarafından “kötü” ile özdeşleşmiştir. Ancak edebiyatçı duyarlılığından olsa gerek, Quasimodo yazarca, toplumun bakış açısının tersine oldukça aşık olabilen ve sevdiği kişi için fedakarlıklar yapabilen bir insan olarak karakterize edilmiştir.

Yakın geçmişte ise durumun biraz değişmeye başladığı görülebilir. Dünyayı sarsan savaşlardan sonra ve özellikle ikinci dünya savaşı ertesinde, toplum içerisinde engelli sayısı artmış, böylece uğursuzluk kaynağı olarak görülen engelliler, toplumun bir parçası olarak görülmeye başlanmıştır. Ayrıca ülke savunmasında emeği geçmiş ve engelli olmuş gaziler, minnet borçlu olunan kahramanlar olarak görülmeye de başlanmıştır. Bundan sonra da bu bireylerin yaşamlarını yardımsız sürdürmeleri ve üretime katılmalarını sağlamaya yönelik düzenlemeler peş peşe gelmiştir.

Ancak her şeye rağmen ne engelliler durumlarını tam olarak kabullenebilmekte ne de toplumsal olumsuz ön yargılar tamamen unutulabilmektedir. Gerald Metroz'un dilimizde "Kendimi Engellemem" ismiyle yayımlanan kitabında daha çok toplumsal kabullenmemenin, olumsuz ön yargıların izleri sıralanmaktadır. Jean-Michel Palmier'in "Sakat Yaşam Üstüne Parçalar" isimli yazısında da engelli insanın kendine yabancılaşması anlatılmaktadır:

"-Ben bir başkasıdır-." Bedenim başkalaştı. Sık sık Kafka'yı düşünür oldum, *Dönüşüm*'ün başını. Gregor Samsa bir sabah, huzursuz bir rüyadan uyanır ki korkunç bir böceğe dönmüştür. Sırtının yay gibi büküldüğünü, bölütlerden oluştuğunu hisseder, ayaklarının kımıldayıp durduğunu fark eder ve işe gidip çalışamayacağını anlar....."

"Bedenimi görüyorum, ama artık tam anlamıyla benim bedenim değil. Bu devinimsiz bacaklarla ne yapabilirim? Bacaklarımın üstüne bir sigara düşürecek olsam bile, kuşku yok ki hiç acı hissetmeden yanan et kokusunu alacağım. Doku bozukluğu yapabileceklerimden uzaklaştırıyor ve kendi kendime yabancılaştırıyor beni.....Bir başka hayat, denetleyemediğim başka devinimler yerleşti bedenime.....Bedenime gerçekten sahip değilim....."

"Felç bir soğukluk hissi doğuruyor, bacaklara çimento dökülmüş sanki, taşlaşmışlar, sessizliğin alanına indirgenmişler."⁽²⁶⁾

Kronolojik bir sıra ile tarihten birkaç örneğe bakıldığında bedensel engellilerin hareket, konuşma, görme ve duyma konusundaki kısıtlılıklarının onların üretken, verimli ve topuma yararlı bireyler olmalarını engellemediği görülür. Hatta belki de kısıtlılıkları onları motive etmiş, diğer insanlara göre daha güçlü olmalarını sağlamıştır.

İlk örneğimiz olan Cicero, çocuklukta konuşma bozukluğu, kekemelik sorunu yaşarken daha sonra Roma'da büyük bir hatip ve filozof olarak ün salmıştır.⁽²⁷⁾

İnsanlığa çok güzel müzik eserleri armağan etmiş olan ünlü kompozitör Ludvig Van Beethoven, en verimli çağında otoskleroz mu yoksa sifiliz gibi kronik inflamatuvar hastalıklarda görülen endarteritis obliterans hastalığı mı olduğu tartışılan bir hastalık sonucunda işitme kaybına maruz kalmıştır.⁽²⁸⁾ Ancak sağır olması onun müzik yapmasına engel oluşturamamıştır. İşitmediği halde beste yapmaya devam etmiş, engelinin, üretkenliğini kısıtlamasına izin vermemiştir.

Amerika Birleşik Devletleri tarihinde önemli bir yeri olan, İkinci Dünya Savaşı kahramanı olarak bilinen ve pek çok yenilik hareketiyle adından söz ettiren Franklin Roosevelt de çocukluğunda çocuk felci geçirip sekel kalan, yaşamını bedensel engelli olarak sürdürmüş olan başarılı insanlardan birisidir.

Günümüzde ise amiyotropik lateral skleroz sonucu önce tekerlekli iskemleye bağlı kalan, daha sonra hastalığın ilerleyici karakteri sonucu neredeyse tüm kas gruplarında yetersizlik nedeniyle hemen hemen hiç hareket edemez hale gelen Stephan Hawking, çağımızın en üretken kuramsal fizikçilerinden birisi olarak tarih sayfalarına adını kaydettirmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti geçmişinde ve bu gün de yukarıdakilere benzer örneklere rastlamak olanaklıdır. Kurtuluş savaşı sırasında Mustafa Kemal Atatürk'ün yakın silah arkadaşı ve ikinci cumhurbaşkanımız olan İsmet İnönü'nün işitme engelli oluşu, ülkeye büyük yararlar sağlamasına engel olamamıştır. Halen çalışmalarına devam etmekte olan öğretim üyesi ve yazar Server Tanilli ile politikacı Aydın Menderes'de ortopedik engelli kişiler arasında yer almaktadırlar.

Biraz daha uzak geçmişte engelli ve kitleleri peşinden sürükleyebilme becerisine sahip komutanlardan Timurlenk'e rastlanmaktadır.

Bu örneklerde de gördüğümüz gibi engelli insanlar da “normal” insanlar kadar, üretken, değerli bir yaşam sürdürebilmekte ve toplum içerisinde ön plana çıkabilmektedirler.

2.3.2.Sanatta Engellilik Teması

Engelli bireylerin, resim ve heykel gibi sanat dallarının konusu olduğuna yönelik pek fazla örnek bulunmamaktadır. Belki de bunun nedeni görsel sanatların daha çok evrenin güzel olan yönünü yansıtmaya ve yorumlama eğiliminde olmasıdır. Oysa edebiyatta engellilerin çeşitli biçimlerde tema olarak kullanıldığı görülmektedir. Daha önce de söz edilen, Victor Hugo'nun “Notre-Dame'ın Kamburu” isimli klasik edebiyat eserindeki Quasimodo karakteri, romandaki ana karakterlerden biri olmamakla beraber, nerdeyse tüm dünyaca bilinen, bir engellidir.

Türk edebiyatı ve sinemasında da dramatik yapıtlarda bir engelli temasına sıkça rastlanmaktadır. Özellikle Türk sinemasının 1950'ler ve 1970'ler arasındaki, Yeşilçam sineması olarak adlandırılan döneminde yapılan filmlerde “kötürüm” ve “kör” tiplmelerine rastlama olasılığı oldukça yüksektir. Türk edebiyatının ise engellilerle ilgili bilinen en ünlü yapıtlarından biri Peyami Safa'nın “Dokuzuncu Hariciye Koğuşu” isimli eseridir. Eserde büyük olasılıkla eklem tüberkülozu nedeniyle uzun ve yorucu tedaviler sonunda sol bacağı kesilmek zorunda kalan bir gencin bunalımları ve aşkı anlatılmaktadır.⁽²⁹⁾

Dünya sinemalarındaki popüler filmlerden; “Arka Pencere”, “Sol Ayağım”, “Lorenzo'nun Yağı”, “Yağmur Adam”, “Ray” “Forrest Gump”, “Doğum Günü Dört Temmuz”, gibi filmler, tema olarak öncelikle engelliliği işlemeleler de engelli bireyler üzerine kurgulanmış filmlerdir.⁽³⁰⁻³⁶⁾ “Arka Pencere” daha sonra 1998 yılında tekrar çekilmiştir. Bu kez filmde başrolü, “Superman” filmleriyle tanınan ve kendisi de attan düşerek tetraplejik olan Cristopher Reeve oynamıştır.⁽³⁷⁾

2.3.3.Engelliler ve Üretim

Bu konuda yaygın kanı, engellilerin kendi işlerini bile tek başlarına yapamayacakları; dolayısıyla üretime katkılarının, verimliliklerinin son derece düşük olduğu yönündedir. Ancak Stephan Hawking, Franklin Roosevelt ve benzeri örneklerde de görüldüğü gibi engelliler de son derece verimli, ortalama bir insandan daha üretici olabilmektedirler. Ne var ki bu bakış açısıyla engellilerin genel olarak diğer insanlar kadar verimli olduklarını söylemek olanaklı değildir. Yine de daha önce söz edildiği gibi İkinci Dünya Savaşı sonrasında toplumlarda engelli sayısının artması ve savaş yaralarının bir an önce sarılıp, gelişme yolunda adım atılması zorunluluğu, engellileri üretimde kullanmayı hedefleyen bir dizi kural, yasa ve yönetmelikler hazırlanmasına sebep olmuştur. Böylece engellilerin de yapabilecekleri işler olduğu ortaya çıkmış, onları üretime katarak yaşama küsmeleri önlenmiş, aynı zamanda üretim artışı gibi toplumsal bir yarar da sağlanmıştır.

2.3.4.Binalar ve Kamuya Açık Alanlarda Engelliler İçin Fiziksel Çevre Düzenlemeleri

İnsanların doğal çevrenin bazı etkilerinden korunmak ve daha rahat yaşamak amacıyla çeşitli teknikler uygulayarak oluşturdukları çevre fiziksel çevre olarak tanımlanabilir.

Genellikle bina ve çevre düzenlenmesi tasarımları, ortalama özelliklere sahip insanlara göre yapılmaktadır. Oysa ülkemizde engelli vatandaşların sayısı sekiz milyona yaklaşmakta; onların evlerinden çıkabilmeleri ve toplum yaşamına katılabilmeleri için engellilerin de rahatça ulaşabilecekleri, ve kullanabilecekleri bir çevre düzeni yaratma gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Burada göz önüne alınması gereken en önemli noktalardan birisi, engelli için tamamen ayrılmış sadece onlara özgü bir çevre yaratmak yerine genç, yaşlı, engelli ve toplumun tüm kesimlerinin kolaylıkla kullanabileceği bir çevre oluşturmaktır.⁽¹⁷⁾ Çünkü engelliler için uygun ancak izole bir ortam hazırlanması onları toplumdan dışlamak anlamına gelebilir.

Günümüzde engelli vatandaşlarımızın günlük hayatta karşılaştıkları en önemli problemlerden birisini yaşadıkları çevredeki mimari faktörlerden kaynaklanan engeller oluşturmaktadır. Engelli bireylerin toplum yaşamına katılabilmeleri ve kendi işlerini kendilerinin yapabilmeleri için onların güvenli bir şekilde ortak kullanılan mekanlarına ulaşabilmeleri ve bu mekanları, özgürce ve güveni bir şekilde kullanabilmelerinin sağlanması gerekmektedir.

Türkçe kaynaklarda “ulaşılabilirlik”, İngilizce kaynaklarda “accessibility” olarak rastladığımız kavram, mevcut çevre tasarımının her bireyin bu çevreyi özgürce ve güvenli bir şekilde kullanabilmesi ilkesine dayanmaktadır. Engellilerin evlerinden çıkıp sosyal yaşama katılmaları; caddelerde dolaşmaları, yardımsız toplu taşıma araçlarını kullanmaları, yardımsız binalara girip çıkmaları, bu binalarda işlerini yürütebilmeleri için gerekli düzenlemeleri düşünmek, planlamak ve uygulamak söz edilen kavramların kapsamı içine girmektedir.

2.3.4.1.Engelliler İçin “Ulaşılabilirlik” ile İlgili Yasal Düzenleme Örnekleri

Savaşlar sonrasında artan engelli sayısı ve kamuoyunun bu konularda yönlendirmesi sonucuna pek çok ülkede engellilerle ilgili yasal düzenlemeler yapılmıştır.

Bu konuda başı çeken Avrupa ülkesi İngiltere olmuştur. Bu ülkede engellilerle ilgili ilk düzenleme 1970 yılındaki “Kronik Hasta ve Engelli Kişiler Yasası” (Chronically Sick and Disabled Persons Act) adı altında yürürlüğe girmiştir. Bu yasanın 4. maddesi kamuya açık yapıların ve çevrelerinin düzenlenmesi ile ilgili kişileri, yapının çevresinin girişini, içinde dolaşımını, otoparkını, tuvaletlerini engellilerin de kullanımına uygun olarak düzenlemekle yükümlü kılmaktadır.⁽¹⁷⁾

Amerika Birleşik Devletleri’nde bu konuda ilk gelişmiş örnek Amerikan Ulusal Standartlar Enstitüsü [American National Standards Institute (ANSI)] tarafından 1961 yılında yayımlanan A 117.1 standartlarıdır. Bugün ABD’deki eyaletlerden üçte ikisi bu standardı ya da bu standart doğrultusunda oluşturulmuş Tek biçimli Federal Ulaşılabilirlik Standardı [the Uniform Federal Accessibility Standard (UFAS)] imar yönetmeliğini uygulamaktadır.⁽¹⁷⁾

Günümüzde ise dünya ölçeğinde engellilerle ilgili oldukça geniş kapsamlı iki yasadın söz etmek gerekmektedir. Bu yasalardan ilki: 1990 yılında ABD’de yürürlüğe giren Engelli Amerikalılar Yasası [Americans with Disability Act (ADA)]dır. Bu yasa tüm eyalet ve yerel yönetimlerde ve özel sektörün birçok kesiminde uygulama zorunlulukları getirmiştir. Diğer yasa ise 1996’da yürürlüğe giren ve engellilere istihdam sağlanması, servislerin kullanımı ve yönetim alanlarında yenilik getiren Engelliler İmtiyaz Yasası [Disability Discrimination Act (DDA)]’dır.⁽¹⁷⁾

Ülkemizde ise engelliler ve yaşlılar ile ilgili, yukarıda sözü edilen düzenlemelere benzer büyük çaplı yasal düzenlemeler yoktur. Ancak değişik yasa ve yönetmeliklerde maddeler halinde bir takım düzenlemelere rastlamak mümkündür:

- TSE’nin (Türk Standartları Enstitüsü) Nisan 1991’de yayınladığı TS 9111 “Özürü İnsanın İkamet Edebileceği Binaların Düzenlenmesi Kuralları” ve Nisan 1999’da yayınladığı TS 12576, “Şehir içi Yollar, Özürü ve Yaşlılar için Sokak, Cadde, Meydan ve Yollarda Yapısal Önlemler ve İşaretlemelerin Tasarım Kuralları” adı altında bir dizi standartlar yayınlamıştır.⁽¹⁷⁾

- Ayrıca T.C.Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın 1998 yılında yayınladığı yazıda 3.12.1996 tarih ve 4216 sayılı kanunun verdiği yetkiye dayanılarak 6.6.1987 tarih ve 23011 mükerrer sayılı resmi gazetede yayınlanan bazı kanunlarda değişiklik yapılmasına ilişkin 572 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 1. maddesi ile 3194 sayılı İmar Kanunu'na bir madde eklenmiş ve “Fiziksel çevrenin özürlüler için ulaşılabilir ve yaşanabilir kılınması için imar planları ile kentsel, sosyal, teknik altyapı alanlarında ve Türk Standartları Enstitüsü'nün ilgili standardına uyulması zorunludur” hükmü getirildiği belirtilmiştir.⁽³⁸⁾

2.3.4.2.Bedensel Engelliler İçin Gerekli Fiziksel Çevre Düzenlemeleri

Yaşanan çevredeki çeşitli kot farklılıkları kaçınılmaz olmasına karşın engellilerin bu kot farklılıklarını kolaylıkla aşabilmelerini sağlayacak önlemler alınması da mümkündür. Asansörler çok katlı binalarda ulaşılabilirliği sağlarken rampalar, bina girişlerindeki kot farklılıkları ile 2 cm den yüksek kot farklılıklarını aşmak için düzenlenmelidir.⁽³⁹⁾

Rampalar: Bina ana giriş kapısına merdivenle ulaşıyor ise bordürlü ve korkuluklu rampa yapılmalıdır. Oluşturulan rampa eğimi, % 5 – 8.5 arasında olmalıdır. Daha dik rampalar engellilerin kullanımını zorlaştırmaktadır. Rampa serbest genişliği en az 1.45 m. olmalıdır.^(17,38,40)

Otopark: Hizmet verdikleri bina ya da alanın girişine yakın bir yerde düzenlenmelidir. Tekerlekli iskemle ile gelen araçlar için minimum 350 x 550 cm.lik net park alanı ayrılmalıdır. Bu alanın böyle geniş tutulmasının amacı, engellinin aracından inip tekerlekli iskemleye binişini kolaylaştıracak bir geniş alan sağlamaktır.

İstanbul İmar Yönetmeliği'nin 19. maddesi ile, araba park yerlerinde park yerinin en az %2'si kadar ve her araba için 3.50 m. genişlikte park yeri bedensel engellilere ayrılacak, zemini sarı renk ile belirtilip engellilere ayrıldığı pano ile belirtilecektir.^(17,38,40)

Merdiven ve basamaklar: Koltuk değneği ya da bastonlu bedensel engelliler merdivenlerden yararlanabilirler. Onların kolay yararlanabilmeleri için çıkıntılı basamaklardan kaçınmak gereklidir. Uzun merdivenler 8-10 basamakta bir sahanlık ile kesilmeli, tüm rampalar ve merdivenler, her iki taraftan korkuluk ile çevrilmelidir.⁽¹⁷⁾

Giriş merdivenlerinin basamak yükseklikleri en çok 16 cm. basamak genişliği en az 28 cm. yapılmalıdır. Merdiven ve rampalarda rahat ve emin hareketi sağlamak üzere tutunma küpeşmeleri yapılmalı ve bu küpeşmelerin yerden yüksekliği 0.90 m. olmalıdır.⁽⁴⁰⁾

Tuvaletler: Engelliler için hazırlanan tuvaletlerde girişte eşik olmamalı, kapı kanadı en az 0,85 m genişliğinde olmalı ve dışa açılmalı, tekerlekli iskemlenin dönebileceği bir alan olmalı, klozetin yanında yine tekerlekli iskemlenin sığabileceği bir boşluk bırakılmalı, (odanın genişliği en az 1.22m., uzunluğu en az 1.42m.) klozet yüksekliği, engelli kişiyi tekerlekli iskemlesi ile aynı yükseklikte olmalı, klozetin duvar tarafında tutunma barı bulunmalıdır. Standart tuvaletlerde kullanılan tuvalet kağıdı, musluk vb. gereçler, hem sağ hem sol el için düzenlenmelidir.^(38,39)

Kapılar: Kapı yerlerinde özellikle görme engelliler için belirginleştirecek yapısal tedbirler alınması gerekmektedir. Örneğin: farklı dokuya sahip kapılar ve kapı eşiği olmaması.

Bina ana giriş kapılarının genişliği 1,50 m. den az olmamalı, açılan kanatlardan birisi en az 0,90 m. olmalıdır. İç kapılar tamamen eşiksiz ve en az 0,90 m genişliğinde olmalıdır. Ayrıca görme engelliler için mekanlarda, aksesuar yoğunluğu azaltılmalı, çarpma ve düşmelere karşı önlem alınmalıdır. Labirent gibi karışık tasarımlardan, çok uzun ve hiçbir ayırt edici özelliği olmayan koridorlardan kaçınılması gereklidir. Boyutların standart olması özel bir öneme sahiptir. Pencere ve kapı kolları yerden standart bir yükseklikte olduğu sürece görme engellide bir tür alışkanlık oluşturacak ve böylece mekanları güvenle kullanması kolaylaşacaktır.⁽³⁸⁻⁴⁰⁾

2.4.Tıp Uygulamaları Çerçevesinde Engelliler

Tıp uygulamaları; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri yoluyla hastalık ve benzeri istenmeyen durumlarda insanlara yardım için kurumsallaşmış bir yapı olarak toplumun hizmetine sunulmuştur. Bu hizmet aktarımı tabiidir ki hastane, dispensar, sağlık ocağı gibi özel veya kamu sağlık kurumlarında, tıbbi hizmeti verecek olan sağlık çalışanları ve kurum yöneticileriyle bir bütün olarak yapılmaktadır. Tez konusu olan ve belki de kimi hastalıklardan daha fazla istenmeyen bir durum olan engellilik hali, tıbbi hizmetin bütünlüğü nedeniyle yukarıda tanımlanan tıp organlarının

hepsini ilgilendirmektedir. Bu nedenle aşağıda koruyucu tıp uygulamaları, tedavi edici tıp uygulamaları, hastane yönetimleri ve diğer sağlık personeli ile engellilik ilişkisine değinilecektir.

2.4.1.Tıp ve Engellilikle Mücadele

Tıp, doğası gereği, Dünya Sağlık Örgütünün fiziksel, psikolojik ve sosyal tam bir iyilik hali olarak tanımladığı sağlığı korumak amacıyla primer olarak yaşamda birtakım engeller teşkil etmesi ve sekonder olarak da hastalıklara yakalanmaya daha kolay bir zemin oluşturması nedeniyle engellilikle mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Bu mücadele iki biçimde gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır; engelliliğin önlenmesi çalışmaları ve önlenememiş engellilikte rehabilitasyon çalışmaları.

2.4.1.1.Engelliliğin Önlenmesi ve Tıp

Engelliliğin önlenmesinde tıbbın görevleri üç başlık altında incelenebilir:

Antenatal (doğum öncesine ait) faktörlerden korunmada tıbbi hizmet veren kurumların öncelikle genetik danışmanlık hizmetleri vermeleri gerekmektedir. Özellikle akraba evliliklerinin söz konusu olduğu ve buna bağlı engellilik durumlarının halen görülebildiği ülkemizde bu konuda eğitim vermek ve tanı merkezleri kurmak, tıpla uğraşan kişilerin görevlerinden birisi olmuştur.

Son yıllarda genetik hastalıklarla ilgili merkezlerin kurulması, gebelik döneminde daha planlı tıbbi ve eğitsel çalışmaların yapılması, 10 Haziran 1998 tarihinde çıkarılan 23368 sayılı “Genetik Hastalıklar Tanı Merkezleri Yönetmeliği” ve Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu’nun 3. maddesine eklenen hükümlerle mümkün olmaktadır.⁽¹⁰⁾

Anne adaylarının takipleri, maternal risk faktörlerini de azaltmaktadır. Yüksek riskli gebelikler çok yakın takip edilmekte, gelişmiş ultrason cihazlarıyla bebeğin pozisyonu, sağlık durumu, fiziksel yapısı hakkında bilgi sahibi olunmakta, gerektiğinde yerinde ve zamanında müdahale şansı yakalanabilmektedir; annenin beslenmesi düzenlenebilmekte, kendisi ve bebeği için tehlikeli olabilecek durumlar konusunda uyarılabilmektedir.

Ayrıca amniyosentez ve anne serumunda yapılan testlerle bebekte olabilecek engellilik hallerinin pek çoğu tespit edilebilmektedir. Örneğin, anne serumunda ve amniyosentez sıvısında alfa-fetoprotein düzeyinde artma, bebeğin yaşaması durumunda ağır engellilik haline neden olacak nöral tüp defektlerinin, Turner sendromunun, konjenital nefrozisin varlığına işaret edebilmektedir. ⁽⁴¹⁾

Perinatal (doğum sırasında oluşabilecek durumlara ait) faktörlerden korunmada sezaryen operasyonları, büyük oranda yardımcı olmaktadır. Sezaryen operasyonları, doğum eylemini kolaylaştırmakla kalmamış, annenin ve bebeğin konforunu da sağlamıştır. Ancak bir çelişki olarak kabul edilebilecek konu; tüm bu yenilik ve ilerlemelere rağmen halen doğum travması ve buna bağlı serebral iskemi ve engellilik durumlarına halen rastlanmasıdır.

Postnatal (doğum sonrası) faktörler için koruyucu önlemler ise: yenidoğan bakımı, aşılama hizmetleri ve bazı metabolik hastalıkları tarama yöntemiyle erken tanımak ve yol açabilecekleri engelliliği ortadan kaldırmaktır.

Bu amaçla Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri’nde ve Sağlık Ocakları’nda ücretsiz aşı uygulamaları yapmaktadır. Hatta 1985 yılından bu yana, çocukluk çağı bulaşıcı hastalıklarını, özellikle de alt kısmındaki ekstremitelerde yetersizliğe neden olabilen polio (çocuk felci) hastalığını, çiçek hastalığı gibi ortadan kaldırmak amacıyla kampanyalar düzenlenmekte, bu kampanyalar çerçevesinde tüm Türkiye’de en ücra köşelerde kalmış evlere bile ulaşarak her bebeğin aşılmasını yapılmaya çalışılmaktadır.

Yine bu aşılama programı içerisinde yer alan rubella (kızamıkçık) da gebe kadının enfekte olması halinde bebekte kalp-damar sistemi anomalileri, görme kusuru ve işitme kusuru veya mikrosefali vs. gibi merkezi sinir sistemi hasarı ile görülen doğuştan kızamıkçık enfeksiyonuna neden olmaktadır. Aşılama programları epidemilere son vererek gebelerdeki enfeksiyon riskini azaltmaktadır.

Aşılamalarla birlikte diğer bir koruma faktörü olarak taramalar kullanılmaktadır. Zihinsel engelliliğe neden olan ve tanındığında tedavisi oldukça basit olan “fenilketonüri”, “hipotiroidi”, “galaktozemi” gibi metabolik hastalıklar tarama testleriyle ortaya çıkarılmakta ve erken tedavisi yapılabilmektedir. Böylece bu hastalıkların neden oldukları engellilik hali önlenebilecektir.

Ancak tüm bu çabalara rağmen doğuştan olan engelliliği tamamen ortadan kaldırmak mümkün olamamaktadır.

2.4.1.2.Engelli Rehabilitasyonu ve Tıp

Engellilik durumunun önlenememesi ve kişinin yaşamını engelli olarak sürdürmesi halinde tıbbın en başta gelen görevi, bu kişilerin rehabilitasyon programlarıyla fonksiyonelliğini arttırmak ve onların toplum yaşamına uyum sağlamlarını kolaylaştıracak psikolojik destek vermektir. Bunların dışında gelişmiş ülkelerde tıbbın dışında, engellilerin hangi işlere uygun olduğunu saptayan ve iş ile uyumlarını sağlamaya yönelik çalışmalar yapan elemanlardan oluşan ekipler de mevcuttur.

Rehabilitasyon engelli kişinin kaybettiği fonksiyonunu mümkün olduğunca kompanse etmesini ve sonrasında sosyal yaşama uyumunu sağlamaya yönelik çalışmalardan oluşmaktadır. Rehabilitasyonun hizmet kapsamından da anlaşılacağı gibi rehabilitasyon tek kişinin değil, bir ekibin işidir. Örneğin zihinsel engellilere hizmet veren bir rehabilitasyon merkezinde ekip, genellikle bir psikiyatrist, rehabilitasyonda uzmanlaşmış hemşireler, sosyal çalışmacı ve çoklu terapistlerden oluşmaktadır. Ekibin yapısında rehabilitasyon merkezinin verdiği hizmete göre küçük değişiklikler olabilmektedir.⁽⁴²⁾ Türkiye’de rehabilitasyon denildiğinde daha çok fiziksel engelli kişilerin hareket yeteneğini biraz olsun arttırmaya yönelik tedavi veya zihinsel engelli çocukların aile ve topluma uyumlarını sağlamaya yönelik girişimler anlaşılmaktadır.

Başbakanlık Özürlüler İdaresi I.Şurası’nda rehabilitasyon ekibinde olması gereken elemanlar, daha geniş bir çerçevede verilmiştir. Buna göre; rehabilitasyon ekibinin: fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanı, nörolog, ortopedist, plastik cerrah, ürolog, pediatrik nörolog, psikiyatrist, göz hastalıkları uzmanı, kulak burun boğaz hastalıkları uzmanı gibi bir uzman hekim, sağlık idarecisi, fizyoterapist, iş ve uğraş terapisti, klinik psikolog, konuşma terapisti, işitme terapisti, özel eğitim uzmanı, odyolog, rehabilitasyon hemşiresi, sosyal çalışmacı, meslek danışmanları, diyetisyen, çocuk gelişimi ve eğitimi uzmanı, diş hekimi, ortez-protez teknisyeninden oluşması gerekmektedir.⁽¹⁰⁾

Ülkemizde de örnekleri olan, ancak yeterli sayıda bulunmayan, daha çok gelişmiş ülkelerde görülebilen, farklı engel grupları için özelleşmiş rehabilitasyon merkezleri

bulunmaktadır. Görme engelliler, işitme engelliler, ortopedik engelliler, zihinsel engelliler için ayrı rehabilitasyon merkezleri bunlara örnek olarak verilebilir. Türkiye’de daha çok zihinsel engelliler ve bedensel engelliler olarak ayırım yapılmaktadır.

Ülkemizde, yukarda da söz edildiği gibi, rehabilitasyon merkezlerinin sayısı yetersiz kalmaktadır. Tüm Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane büyüklüğünde yataklı tedavi kurumu biçiminde toplam yedi adet fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi vardır.⁽⁴³⁾ Örneğin Türkiye’nin büyük illerinden biri olan Adana’da Çukurova Özürlüler Derneği’nin (ÇÖZDER) 2003 yılı verilerine göre 33.000 engelli olmasına rağmen Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi bulunmamaktadır.

Mevcut rehabilitasyon merkezlerinde ise; kadro, alt yapı, araç ve gereç gereksinimi olması, ortopedi, üroloji, plastik cerrahi gibi servislerin olmaması sonucunda bu tür problemi olan hastaların başka hastanelere gönderilmesi ve bunun rehabilitasyon süreci açısından zorluk yaratması, evde takip programlarının olmaması nedeniyle evde bakıma ihtiyacı olan hastaların ihtiyaçlarının karşılanamaması gibi buna benzer pek çok sorunla karşılaşmaktadır.⁽¹⁰⁾

Şüphesiz bu sorunlar tıp çalışanlarının tek başına çözebileceği sorunlar olmaktan uzaktır. Ancak sorunlar tıp kurumlarında çalışan hekim ve diğer sağlık personelinin etkilemektedir. Bu bağlamda konuya değinmek ve çözüm önerileri sunmak engellilerin olduğu gibi tıbbi uğraş edinenlerin de görevlerinden birisi olmaktadır.

2.4.2. Tıbbi Bütünleyici Hizmet Organlarının Engellilere Verdiği Hizmetler

Tıbbi hizmet yalnızca hekim ve hemşire ile değil aynı zamanda hastane yöneticisi, laboratuvar teknisyeni, radyoloji teknisyeni, hasta bakıcı gibi hastaneye özgü işleri yapanlar ve temizlik elemanı, güvenlik görevlileri, memurlar gibi tüm kurumlarda yapılabilecek işleri yapan pek çok eleman tarafından verilmektedir. Tıbbi bütünleyici bu hizmet organlarının engellilere verdiği hizmetler, engellilerin hareket etme yeteneklerini artırmak, ulaşılabilirliklerini sağlamak ve dolayısıyla sosyal ortamlara uyumları ve hastane ortamında diğer hastalar gibi işlemlerini yürütebilmeleri, hareket edebilmeleri açısından oldukça önem kazanmaktadır.

2.4.2.1.Hastane Yönetimi ve Engelliler

Hastane yönetimlerinin bedensel engelliler için yapacağı en önemli hizmet, ulaşılabilirliği sağlamaktır. Bedensel engeliyle ilgili, ilgisiz her hangi bir rahatsızlığı sebebiyle hastaneye başvuran ya da hastanede yatmakta olan yakınına ziyaret etmek isteyen engelliler için hastaneye giriş-çıkışı, hastane içerisinde hareket edebilmeyi sağlayacak düzenlemeler yapılması bu konudaki en önemli faktörlerden biridir ve hastane yönetimlerinin öncelikli görevlerinden biridir. Bu konuda Amerikalı Engelliler Yasası'nın [Americans Disability Act (ADA)] ayrıntılı bir öneri ve kurallar listesi mevcuttur. Öncelikle dikkate alınması gereken faktörlerden birisi, tekerlekli iskemle, koltuk değneği veya protez-ortez gibi yardımcı tıbbi cihaz kullanan bedensel engellilerin hastane içerisinde ulaşılabilirliklerinin sağlanmasıdır. Bu amaçla rampalar, asansörler, tuvaletlerde tutunma barları yapılmalı, kapı genişlikleri ve tuvalet odalarının genişlikleri tekerlekli iskemlenin girebileceği ve dönebileceği ölçülerde olmalı, zeminin fazla cilalanarak kaymaya neden olması önlenmelidir.

Hastane yönetimleri tüm bu faktörleri göz önünde bulundurup fiziksel yapılandırmayı bunlara göre düzenlemeli veya düzeltmelidir.

2.4.2.2.Sağlık Personeli ve Engelliler

Engelliler açısından tıbbi uygulama değerlendirildiğinde özellikle rehabilitasyon hizmetinde hekim dışındaki sağlık personelinin önemi ön plana çıkmaktadır. İyi bir rehabilitasyonun güçlü bir ekip çalışmasıyla mümkün olduğuna daha önce değinilmiştir. Bu ekipte yer alacak olan fizyoterapistler, psikologlar, konuşma ve işitme terapistleri, ortez-protez teknisyenleri tıbbi eylemin bütünleyici unsurları ve rehabilitasyon ekibinin elemanlarıdır.

Fizyoterapistlerin görev alanları, fiziksel fonksiyonların geliştirilmesi, ağrı ve kas kontraktürlerinin engellenmesi amacıyla kas kuvvetini arttırmaya, postürü düzeltmeye, yürüme fonksiyonunu sağlamaya, kavrama, fleksibilite, esneklik gibi fiziksel fonksiyonları arttırmaya yönelik hareketler yaptırmak, masaj yapmak, ultrasonla veya değişik dalga boylarında ışıkla fizik tedavi yapmak gibi engelliler için önemli olan bir dizi uygulamayı içermektedir.

Konuşma ve işitme terapistleri, konuşma tedavisi için uygun araçlarla eğitim görevini üstlenmiştir.

Ortez teknisyenleri ve protez teknisyenleri ise amputé veya paraplejik, tetraplejik kişilerin günlük yaşam aktivitelerini kendi kendilerine yapabilmeleri için gerekli olan cihazlar yapmak ve bu cihazları kullanma eğitimini vermekle görevlidirler.⁽¹⁰⁾

Görüldüğü gibi tıbbın bütünleyicisi olan tüm meslekler engellilerle dolaylı ya da dolaysız olarak etkileşime girmek durumunda kalmaktadırlar. Hatta bedensel engellilerin hem fiziksel hem psikolojik olarak daha kırılabilir oldukları düşünülürse bu etkileşimin diğer toplumsal kurumlardan biraz fazla olabileceği ön görülebilir.

2.4.3.Engellilerin Sağlık Kurumları ve Çalışanlarından Beklentileri

Tez dönemi boyunca takip edilmiş olan Posta gazetesinde A. Yavuz Kocaömer'in haftalık "Çengelli iğne" sayfasına gönderilen okur mektuplarından, tez çalışmacısının engelli kişilerle görüşmelerinden ve yazışmalarından edinilen izlenime göre engellilerin sağlık kurumları ve çalışanlarından özel bir takım beklentileri bulunmaktadır. Bu beklentiler; otopark, hastane girişleri ve tuvaletlerin engellilere uygun düzenlenmesi, tekerlekli sandalye, asansör, sağlık personelinin daha olumlu davranması, evrak işlemlerinin kolaylaştırılması, hastane içindeki yönlendirme levhaları ile doktorların ayrıntılı bilgi vermeleri başlıkları altında toplanmaktadır.

Engellilere ait otopark yerlerinin olmaması, var olan yerlerde ise park yerinin arabanın kapısını açacak uygun bir genişlikte olmaması engelli kişilerin hastanelerle ilgili ilk yakınmalarındandır.

Hastane girişlerinin tekerlekli sandalye girişine göre yapılandırılmamış olması, çok basamaklı girişlerin bulunması, rampa bulunmaması veya rampa bulunsan bile çok dik olması engelliler için ciddi bir engel hatta tehlike oluşturabilmektedir.

Hastanelerde yeterli sayıda ve sağlam tekerlekli sandalye olmaması, var olanların ise neredeyse kullanılamaz durumda olması da ayrı bir sorun olarak dile getirilmektedir.

Hastanelerde genelde engelliler için özel tuvaletler bulunmadığı, var olanların ise standartlara uymadığı için kullanımların zor olduğu ve genelde bu tür tuvaletlerin depo olarak kullanıldığı bildirilmektedir.

Asansörlerin bir yandan engellilerin kullanımına uygun, ancak daha da önemlisi çalışır durumda olması gerekliliği vurgulanmaktadır. Çünkü, hastanelerde asansörler, fazla kullanmaya bağlı olarak sıklıkla bozulmaktadır. Ayrıca tekerlekli sandalyenin girebileceği büyüklükte asansörler ya ameliyathaneden çıkan sedyedeki hastaları taşımaya ya da büyük parça eşya taşımaya yaramaktadır.

Hastabakıcıların, hastane içinde tekerlekli sandalyenin yürütülmesine, engellinin kucaklanarak taşınmasına yardımcı olurken, iyi niyetli olmalarına karşın engelli hastaların oturtulması ve kaldırılmasına yönelik bilgilerinin yeterli olmadığı da ayrı bir sorun olarak dile getirilmektedir.

Hastane içindeki mekanlar ve işlemler hakkındaki yönlendirmelerin yetersiz oluşu da engelliler için bir sıkıntı oluşturmaktadır.

Resmi işlemlerin nasıl yapılacağı ayrıntılı bir şekilde bildirilmediğinden bu işlemlerin tamamlanması; fotokopi vs. için dışarı çıkılması veya imza için poliklinik-vezne arasında dolaşmak zorunluluğu, diğer hastalara kıyasla engelli hastalar için büyük bir eziyet oluşturabilmektedir .

2.5.Kuramsal Tıp ve Engellilik Durumları.

Bu bölümde “engelli” ve karşıt kavramları olan “normal” ve benzeri kavramların tıp açısından anlamları açıklanmaya çalışılmış ve tıbbın engellilikle ilişkisi farklı yönlerden ele alınarak aktarılmıştır.

2.5.1.Tıp Düşüncesi Açısından “Normal”, “Sağlam”, “Hasta”, “Engelli” Kavramları

Tıp, sağlıksızlık, hastalık üzerinden varlığını sürdüren, dolayısıyla temel düşünce konusu; sağlık, hastalık, normallik olan bir alandır. Tıbbın bilinen varlığı süresince, tıp uygulayıcıları ve düşünürleri tarafından sağlık ve hastalık kavramlarıyla ilgili çeşitli varsayımlar, teoriler üretilmiştir.

Bu tez çalışmasının danışmanı olan Selim Kadioğlu, “Türkiye’de Cerrahi Devrim” başlıklı tezinin giriş ve temel kavramlar bölümlerinde, sağlık ve sağlıksızlık kavramlarını irdelemiştir. Kadioğlu’na göre; *sağlık komplike bir özel durum, sağlıksızlık*

ise bu özel durumun kimi bileşenlerinin zedelendiği değişik hallerden oluşan büyük bir kümedir. Sağlığın öğelerinin farklı biçimlerde kompoze edilebilirliği ve zedelenmelerin az-çok, geçici-kalıcı, önemsenir-önemsenmez oluşu sağlık ve sağlıksızlık arasındaki sınırı belirsizleştirmektedir. ⁽⁴⁴⁾

Normal kavramı, farklı alanlarda farklı anlamlarda; bu çerçevede engelli olmamayı belirtmek üzere de kullanılmaktadır. Genel anlamıyla her hangi bir bozukluk, aşırılık veya düzensizlik göstermeme, kurala, çoğunluğa veya ortalamaya uygun olma şeklinde tanımlanabilir. Ancak Şahin Aksoy'un da vurguladığı gibi tıp alanında "normal" olmanın tam ve ayrıntılı betiminin yapılması çok zordur. ⁽²⁷⁾

Normal kavramının pratik kullanımı için istatistik açıdan yaklaşılabilir. Bir örneklem kümesinin en az % 95'inde olan özellikler, istatistiksel olarak normal kabul edilmektedirler. Örneğin iki göze sahip olmak insanın fiziksel olarak normal bir özelliğidir ve vücut sıcaklığının normal aralığı, 36⁰ C- 37⁰ C arasındadır. Ne yazık ki "normal" kavramının açıklaması her zaman bu kadar basit ve doğru olmamaktadır. İnsanların fiziksel özelliğine ait normlar kendi içlerinde alt gruplara ayrılmıştır. Örneğin erişkin insanın fiziksel özellikleri için geçerli olan bir çok "norm", bebekler için farklıdır. Diğer bir özellik olan vücut ağırlığı da, yaş, cinsiyet, boy, ırk, estetik gibi pek çok kritere göre ayrıca gruplandırılan, geniş bir aralıkta normlara sahip olan bir fiziksel özelliktir. ⁽⁴⁵⁾

Tüm bu gruplandırma, alt kümelere ayırma, standartlar koyma, tıbbi açıdan "normal" olma kavramını açıklamak yerine sanki daha da karmaşıktır. Tıbbın özellikle son yüzyıllarda bilimsel niteliğinin, dolayısıyla dinamizminin artması, kaçınılmaz olarak "normal" sayılan özelliklerin sürekli ayrıntılanmasına veya değişmesine neden olmaktadır.

Ayrıca hastalıkların, anormalliklerin tıbbın kazanç kapısı olması da "normal" olmayı zorlaştırmakta ve "normal" kavramının giderek "imkansız olan" anlamına gelmesine neden olmaktadır. Tıpla ilgili yapılanmalar içinde yer alan ilaç ve tıbbi cihaz sektörü günümüz dünyasında siyasete ve ekonomiye yön verecek kadar büyümüştür, bu büyümesini sürdürebilmek için de hastalık, anormallik gibi kazanç sağladığı durumlara gereksinimi vardır. Böylece yaşam süresince oluşabilecek hemen her farklı durum sağlıksızlık olarak betimlenmekte ve tedavisi için çareler aranmaktadır. Hekimler ise

hastalık karşısında hem taraf hem hakem olmak durumunda kalmakta, farkında olmadan ekonominin ve siyasetin dünyadaki yönlendirmelerinden etkilenmektedirler.

Tıp açısından incelenmesi gereken diğer kavram ise “sağlam” ya da “sağlıklı” kavramıdır. Normal kavramındaki yüksek beklentili, mükemmeliyetçi yaklaşım, tıp açısından “sağlam” kavramı için de geçerlidir. Sağlık, esasında olmasını istediğimiz, kendimizi “iyi” hissettiğimiz hali anlatan bir kavramdır. Göreceli olması ve mükemmeliyetçi bakış açısı sınırlarını çizmeyi zorlaştırmaktadır. Tarih ve din bilim eğitimi almış, pek çok konuda muhalif yazıları olan Ivan Illich’e göre sağlık: “çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüebilme ve yaşlanabilme, zarara uğradığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneğidir.”⁽⁴⁶⁾ Illich, bu konuda da farklılığını ortaya koymuş, sağlığı genel olarak insanların kafasında yer etmiş olandan aykırı bir biçimde tanımlamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı “fiziksel, mental ve sosyal tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Ancak bu tanıma göre sağlıklı insan ancak mükemmel özelliklere sahip olabilir. Onda hiçbir kusur olamaz. Ama böyle bir kusursuzluk beklentisi pratik olmamakla birlikte, sorunlara da yol açabilir. Tanımlamalarla idealleşen normlar, mükemmel olmayan dünyamızda erişilmez hale gelmektedirler. Mükemmel olmama özelliği sadece insanlar için değil tüm biyolojik organizmalar için geçerlidir.⁽⁴⁵⁾ Böylesi bir beklenti nedeniyle tıp karşısında mükemmel olmayan; yani tüm insanlık “sağlıksız” olarak değerlendirilebilir. Bu da bizi Ivan Illich gibi “tıbbın sağlığı yadsıdığı”⁽⁴⁶⁾ fikrine götürebilir.

Genel olarak, tıp açısından “sağlıksızlık” kavramının “sağlık kavramına göre daha somut bir kavram olduğu saptaması yapılabilir. Sağlıksızlık söz konusu olduğunda hastalık, engellilik, doğuştan anomali, yaralı olma durumu ve benzeri durumlar işin içine girmektedir. Bu nedenle tıp açısından belki de tıbbın varoluşunun en önemli nedeni olarak düşünülen “hastalık” kavramı ve tez çalışmasının konusu olan “engellilik” kavramını incelemek yerinde olacaktır.

Sağlıksızlık durumları içerisinde tıbbın özellikle odaklandığı “hastalık” kavramı, tıp uygulamalarının başlangıcıyla birlikte kuramsal anlamda üzerinde düşünülen ve teoriler üretilen bir kavram olmuştur. Halen günümüzde de kavram konusunda düşünceler ileri sürülmeye devam etmektedir.

Hastalık kavramı üzerine üretilen teoriler “hastalığın ontolojik teorisi” ve “reaktivite teorisi” ile başlamıştır. Ontolojik teoride zararlı hastalık ajanlarının, insan bedeninde gelişmesi sonucu semptomlar oluşmaktadır. Burada insan bedeninden bağımsız, kendi başına hareket edebilen, serbest hastalık varlığı söz konusudur. Antik inanışa göre zararlı hastalık ajanları, soyut ve somut olabilirler. Somut hastalık ajanları; miasma, gaz, kötü koku, öfke, heyecan ve benzeri ajanlar, soyut olanlar ise; günahlar, beddua, büyüler olarak ortaya konmuştur. Bu görüşlerin çağdaş tıp anlayışında uzun zamandır yeri olmamasına rağmen, burada gündeme getirilmesinin nedeni, halen halk arasında bazı hastalıklar ve özellikle engelli oluş ile günahlar, beddua ve büyüler arasında ilişki kurulmakta olmasıdır.⁽⁴⁵⁾

Virchow’un sellüler patolojiyle ilgili çalışmaları sonucunda ortaya çıkan Reaktivite teorisine göre de semptomlar, zararlı ajanlar tarafından ortaya çıkarılan beden reaksiyonlarından oluşmaktadır.⁽⁴⁵⁾

Günümüzde tıp, dikkatinin yönünü hastalıktan bireye doğru yönlendirmiştir. Artık teşhis ve tedaviyle ilgili değerlendirmeler, “hastalık yok hasta vardır” mantığı esasına dayanılarak yapılmaktadır.

Eric J. Cassell’in “Tıpta Değişen Nedensellik Düşüncesi” başlıklı makalesinde batı dünyasında bir hastalık saptandığında bu hastalığın nedeninin arandığını, hastalık ve bu hastalığın nedeninin hekimler ve meslekten olmayan insanlar için günümüzde tıbbın ayrılmaz bir parçasını oluşturduğunu, ama bu biçimiyle hastalık kavramının ancak yüz-yüz elli yıllık olduğunu vurgulamaktadır.⁽⁴⁷⁾

Ayrıca Cassell’e göre son birkaç yılda, hastalık kavramları saldırılara uğramaktadır. Bir zamanlar araştırmalara kılavuzluk eden tanı-tedavi, artık gereğinden fazla kısıtlayıcı olmaktadır. Hastalık kategorileri, hekimlerin ve kullandıkları teknolojilerin hasta organlar üzerinde yoğunlaşması, hasta insana gösterilen bakım açısından son derece önem taşıyan diğer konulardan uzaklaşmayı sağlamaktadır.⁽⁴⁷⁾

Tüm kuramlar ve karşı çıkışlara karşın “tıp” ve “hasta” kavramları bir bütünün parçalarını oluşturuyormuş gibi görünmektedir. Çünkü Tıp adı verilen kurumsal yapılanma, önceleri “hastalık”, günümüzde ise “hasta” üzerine kurulmuştur.

Tez çalışmasının ana konusu olması sebebiyle “engellilik” ve “engelli” kavramları ve bu kavramlara tıbbi yaklaşıma, daha önceki bölümlerde değinildiği gibi bir sonraki

bölümde de ayrıntılı olarak ele alınacaktır. O nedenle bu bölümde engellilik ve hastalık arasında kalan, tam olarak nitelendirilemeyen bazı sınır durumlara kısaca dikkat çekilecektir.

Tıp, genellikle engellilik halini de hastalık olarak görme eğilimindedir. Ancak bir ya da birkaç ekstremitenin yokluğu veya işlevsel eksikliğini engellilik olarak kabul etmekte zorlanmamaktadır. Asıl zorluk, mastektomi, orşiyektomi gibi dışardan görülebilen ve gastrektomi, nefrektomi gibi görülmeyen organ eksilmelerinde ya da kolostomi gibi doğaldan farklı düzenlemeler yapan müdahalelerde ve transplantasyon gibi daha da karmaşık süreçlere uğramışlıkta ortaya çıkan durumun engellilik olup olmadığına karar vermektedir.

Bu bağlamda dikkati çeken diğer bir konuda lokomotor sistemde yapısal bütünlükte kalıcı bozulma olmaksızın ortaya çıkan ve ekstremitenin tamamının ya da bir kısmının geçici iş görmeyişine yol açan durumlardır. Bu durumlar en fazla spor travmaları sonucu oluşmakta ve kişinin mesleği spor üzerine yapılanmışsa günlük yaşamında değil ama iş yaşamında engelli olmasına neden olmaktadır. Tıp açısından, bu durum ancak kişinin günlük yaşamını engelleyecek düzeyde kalıcı iş görmezlik söz konusu olursa engellilik olarak nitelendirilebilir.

2.5.2. Tıp ve Bedensel Engellilik İlişkisi

Çağdaş tıp, sağlık ve sağlıksızlık durumları hakkında giderek genişleyen bir bilgi birikimine ve uygulama olanaklarına sahiptir. Bu gerekçeyle de, söz konusu durumlar ve bu durumlarla bağlantılı kişiler ve olaylar üzerinde, doğal ve kaçınılmaz bir otorite olduğu yolunda, genel kabul gören bir iddiası vardır. Böylece çizilen genel çerçevede, engellilikle ilgili kavramlar ve özellikle de somut engellilik halleri ile bu hallerde bulunan kişiler tıbbın ilgi alanında yer almaktadır. Tıp ile engellilik durumları arasındaki ilişki değişik biçimlerde ortaya çıkabilmektedir.⁽¹⁾

Her şeyden önce, tüm sağlıksızlık durumlarının; hastalıkların, yaralanmaların, engelliliklerin, kusurların ve benzerlerinin tanımlarını yapma ve sınırlarını, derecelerini belirleme tıbbın üstlendiği bir işlev olmuştur. Türlü nedenlerle ortaya çıkan engellilik halleri ya herkes, ya da dikkat edenler tarafından görülmekte, ancak adlarının konulması, engellilik olarak tescil edilmeleri bağlamında sahneye çıkan otorite tıp

olmaktadır. Bu bağlamda, tıbbın halen benimsemiş bulduğu yaklaşımın genel bir engellilik kavramı tanımlamak değil, özel engellilik durumlarını betimlemek olduğu söylenebilir.⁽¹⁾

Hemen akla gelen bir diğer ilişki, değişik engellilik hallerinin değişik tıbbi hizmetlerin tüketicisi olmayı gündeme getirmesidir. Fiziksel bütünlükteki muhtelif değişiklikler, eksiklikler, bozulmalar, farklı sağlık mesleklerinin ve uzmanlık dallarının etkinlik alanının tümünü ya da bir bölümünü meydana getirmektedir. Sözelimi ortopedi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, kulak burun boğaz hastalıkları, göz hatalıkları gibi branşlar ve fizyoterapistlik, odyometristlik, protez-ortez imalatçılığı gibi medikal-paramedikal uğraşlar için, engellilikler tüketici kitlesini oluşturmaktadır. Gelişen teknolojinin, engellilere daha fazla hareket ya da algılama yeteneği kazandıran aygıtlar tasarlayıp üretmesi, tüketimi teşvik etmekte ve sektörün kazanç olanaklarını arttırmaktadır.

Daha önce de söz edildiği gibi, tıbbi ortamlarda ortaya çıkan zorluklar, engelli insanları olduğu gibi onlara muhatap olan sağlık profesyonellerini de etkileyerek işlerini yapmalarını güçleştirmektedir. Tıbbi ilişkilerin neredeyse tümünde, yeterli bir sözel iletişime gerek duyulmasının ötesinde, bedene temas etme, bedeni özel uygulamalara tabi tutma ve bedeni özel düzenekler içinde konumlandırma söz konusu olmaktadır. Öte yandan, diagnostik ve terapötik işlemler ve bunların gerçekleştirilmesinde kullanılan gereçler ve düzenekler, "normal" beden yapısına uygun gelecek biçimde standardize edilmiştir.

Dolayısıyla, engelli insanlar farklı sağlık sorunları yaşadıklarında, üzerlerinde tıbbi çalışma yapmanın kendine özgü güçlükleri ve sorunları ortaya çıkmaktadır. Dış hekimliği, cerrahi branşlar ve anesteziyoloji, radyodiagnostik bu güçlüklerin ve sorunların ön plana çıktığı alanlar olarak ilk akla gelenlerdir.⁽¹⁾

Tıbbın doğrudan engelliliğe karşı savaşım verdiği ya da engelli bünyeyi tutan ek sağlık sorunlarını gidermeye çalıştığı durumlara göre çok daha vahim bir tıp-engellilik ilişkisi biçimi, tıbbın engellilik halinin ortaya çıkışında rol alması; engelliliğin nedeni ya da etkeni olabilmesidir. Ivan Illich'in⁽⁴⁶⁾ bu konudaki: "Teknik tıbbi müdahalelerden kaynaklanan ağrı, fonksiyon bozukluğu, sakatlık ve acı günümüzde trafik ve iş kazalarıyla ve hatta savaşla ilgili etkinliklerle bile yarışır duruma gelmiş ve tıbbın zararlarını günümüzün en hızlı yayılan salgınlarından biri haline getirmiştir" söylemini

abartılı olarak değerlendirsek de, tıbbın bu nahoş konuma zaman zaman düşebildiği gerçeğini kabul etmek gerekmektedir. Söz konusu olan istenmeyen durum; engelliliğin oluşma sürecini engelleyememe, yan etki ya da komplikasyon olarak engelliliğe yol açma ve hatta kimi zaman da daha olumsuz bir gidişi önlemek üzere engelliliği bilerek-isteyerek ortaya çıkarma biçiminde gerçekleşebilir.

Tıp, engellilikle ilişkisinde, “Tıp ve engellilikle mücadele” konusunda söz edildiği gibi, süreci durdurma ve tersindirme çabası gösterirken, kimi zaman da bir önceki paragrafta bahsedildiği gibi, engelliliğin ortaya çıkmasına ya da alevlenmesine neden olabilmektedir. Örneğin doğumsal engellilik nedenleri arasında sayılan; annenin gebelik sırasında fiziksel, kimyasal ve radyoaktif ajanlara maruz kalması, çevresel faktörlerle olabileceği gibi tıbbi uygulamalar çerçevesinde de gerçekleşebilmektedir. Bu konuda tıbbın sorumluluk taşıdığı en çarpıcı olay, 1960’larda yaşanan Talidomid faciası olmuştur. Talidomid, 1960’larda sakinleştirici, gebelik bulantı-kusmalarını engelleyici olarak kullanılmış bir ilaçtır. Ancak bir süre sonra bu ilacı kullanan gebe kadınların “fakomeli” adı verilen; kol veya bacaklarının bir kısmının olmaması şeklinde görülen anomalilere sahip bebekler doğurdukları anlaşılmıştır. İlacın gebelerde kullanımı yasaklanmış, ama çok miktarda engelli kişi, dünya nüfusuna katılmıştır.

2.6.Tıp Etiği Açısından Engellilik Durumu.

Tıp etiği konularına genel olarak bir bakıldığında; belki de diğer hastalara göre daha fazla sağlık hizmetine gereksinimi olabilen engellilerin bu hizmeti alırken karşılaştığı sorunların ve hizmeti veren sağlık personelinin yaşayabileceği zorlukların Tıp Etiği açısından fazla değerlendirmeye alınmadığı görülmektedir. Bu konuda literatürde daha geniş kapsamlı bir kavram olan “Biyoetik” ve Biyoetiğin Engellilikle ilişkisini konu alan birkaç makale dışında çalışmaya rastlanmamıştır. Tıp Etiğinin engelliliğe ilgisizliği, büyük olasılıkla konuyu daha çok sosyal bir sorun olarak görmekten kaynaklanmaktadır. Etikçilerin daha fazla olduğu daha fazla ses çıkardıkları uygar dünya da ise pek çok sosyal sorun çözülmüş haldedir.

Loyola Üniversitesi Biyoetik Enstitüsü direktörü, Kuczewski’ye göre çağdaş biyoetik, yüksek teknolojiye tıbbi odaklanmakla amacından bir miktar sapmış ve yaşam-sürdürücü tedavinin sonlandırılması talepleri ile ölüme yardımcı olma talepleri üzerine

odaklanır hale gelmiştir. Oysa biyoetik, engelliliğe bağlı teorik konuların ve pratik uygulamaların tümüyle ilgilenmeli, etik çıkarımlar yapmalıdır. Engelli topluluğu ile bu yakınlaşma biyoetiği ve muhtemelen toplumu da düşünme ve duyarlık bağlamında zenginleştirecektir.

Kuczewski ayrıca biyoetik gündeminin birkaç somut öneriyi içermesini de önermektedir. Bu ayrıntıları; (1) sağlık bakım hakkının vicdan sorunu olarak incelenmesinde gelişme, (2) engelli topluluğuyla bütünleşme ve (3) engelliliğe bağlı tedavi ve araştırmalarda reform gereksiniminin politikacılar ve halk tarafından anlaşılmasını destekleme rolü olarak ifade etmiştir.⁽⁴⁸⁾

Söz edilen makalede biyoetik camiasına beş öneri sunulmuştur:⁽⁴⁸⁾

1. Biyoetik, engellilik ile ilgili hem teorik konular, hem de pratik uygulamalar ile ilgilenmekle yükümlü olmalıdır. Bu öneriye göre biyoetikçilerin tartışmalarını, medyanın dikkatini çeken konularla sınırlandırmamaları gerekmektedir. Engelli kişilerle ilgili tartışmaların kökeni yalnızca tıp ile ilgili değil aynı zamanda yaşam ile ilgili olduğundan bu tartışmalar medikal etiği aşar ve biyoetiğin anlamı içerisine girer. Bu nedenle yalnızca tartışma zemininde kalmayıp biyoetikçiler rehabilitasyon bakımına, uzun süreli tedavilere ve evde tedaviye dikkat etmelidirler.
2. Biyoetikçiler engellilerin sağlık, bakım ve toplumla bütünleşme hakları konusunda vicdani muhasebe yapmalıdır. Buna benzer bir muhasebe ile ADA, ayrımcılıktan korunması gerekenler listesine engellileri de eklemiştir. Bu yaklaşıma göre engellilerin toplumla bütünleşmesi adına yalnızca yetersiz oldukları için kendilerine iş verilmesi doğru değildir. Benzer şekilde sosyal kesimlerdeki pek çok düzenleme çoğunluğa hitap edecek şekilde değildir. Örneğin, market raflarının yükseklikleri, giysi ölçüleri pek çok kişiye uygun değildir. Bu nedenle geçerli bir neden olmaksızın yapılan buna benzer özel düzenlemeler, toplumun belirli bir kesimi için ayrımcılık oluşturacak ve o kesimin toplum ile bütünleşmesine yardımcı olmayacaktır. Ayrıca insan hakları açısından konuya yaklaşılmasının da sınırlılıkları vardır. Böyle bir yaklaşım örneğin, işverenlerin iş yerlerine engelliler için rampa yapmalarını garantilerken, engellilerin bu rampaları kullanmalarını garantileyememektedir.

3. Biyoetik, toplumun engelliliği yaşam döngüsü içinde anlamasına yardım etmelidir. Engelli olmayan kişilerin engellilik halini inkar etmeleri muhtemeldir. Bir kazada yaralanma veya günlük aktiviteleri yerine getirmelerini önleyen bir kayıp ise onların hayal bile edemeyecekleri bir durumdur. Hatta bu kişilerin farklı ekonomik durumu olan kişiler ile iletişimlerinde bile güçlük çekmeleri sık görülür. Bu nedenle biyoetik, engellilerin ihtiyaçları penceresinde, “onlara karşı biz” mentalitesi ile de savaşmak durumundadır. Genelde biyoetikçiler, engelliliğin yaşam döngüsü içindeki yerinin farkında olunmasını teşvik etmek yolu ile topluma yarar sağlayabilir.
4. Biyoetik, engelliliğe bağlı tedavi ve araştırmalardaki yeniliklerin anlaşılması ve yeniden oluşturulmasına yardımcı olmalıdır. Biyoetikçilerin analitik ve retorik yetenekleri, engellilik ile ilişkili çalışmaların yeniden düzenlenmesi ve bir “engellilik kültürü” oluşmasına katkıda bulunabilir. Biyoetikçiler, her ne kadar bu tür çalışmaların içerisinde yer alıyor iseler de bu çalışmalara etkilerinin olduğunu söylemek mümkün olmamaktadır.
5. Biyoetikçiler, engellilik araştırmalarından korkmamalıdır. Engellilik konularına yaklaşabilmek için biyoetikçiler heyecanlı ve bazen saldırgan olabilen kişiler ile yüzleşmeye hazır olmalıdırlar. Benzer şekilde yaşam sürdüren tedavi de dahil olmak üzere hastaların tedaviyi red etme hakları ile de ilgilenmelidirler. Tedaviyi red etme hakkı ve sağlık harcamalarının adil dağılımına yönelik olarak da biyoetikçiler, engellilerin yaşamlarının değerini düşürebileceği gerçeği ile de yüzleşmelidirler.

Tez çalışması, yukarıda söz edilen Kuczewski'nin önerileri ile örtüşen bir plan ve çerçeve içerisinde planlanmış ve hedeflere ulaşmak için de iki araştırma yapılarak sonuçları sunulmuştur.

Bu konuda aynı dergide yayınlanan başka bir makalede, Walter S. Davis, Kuczewski'nin önerilerini yorumlamıştır. Davis, genel olarak Kuczewski'ye katılmakla birlikte, ikinci öneri konusunda dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamış; “toplumsal bütünleşme” modelinin hakkaniyet olayında Pandora'nın kutusunun açılmasına benzediğini ifade etmiştir. Davis'e göre, sağlık bakımında toplumcu yaklaşım, engelli

için sosyal, politik, filozofik karmaşa yaratabilir, o nedenle etikçiler bu konuyu çok iyi düşünüp analiz etmelidirler⁽⁴⁹⁾

Sosyal problemlerini çözmüş, engellilerin hareket etme yeteneklerindeki kısıtlılığı ortadan kaldırmış, engelleriyle birlikte varlıklarını kabullenmiş toplumlarda artık engelli kişi ile sağlık kurumu ve çalışanları arasındaki etkileşim, rutin hasta-hekim, hasta-sağlık kurumu etkileşimi şeklinde gerçekleşebilmektedir. Ancak yine de çoğunluktan farklı olma durumu: azınlığı teşkil etme, olumlu ya da olumsuz ayrımcılığı, adil ya da adil olmayan muameleyi gündeme getirmektedir. Ayrıca ülkemizde henüz engellilerin rahat hareket edebilecekleri bir düzen kurulamadığı gibi sosyal kurumlar da engellilere yeterince yardımcı olamamaktadırlar. Bu şartlar altında engellilik durumuna tıp etiği açısından bakıldığında birkaç sorun ile karşılaşılması kaçınılmaz olmaktadır. Bunlardan biri; sınırlı kaynakların adil dağılımı konusundaki problem, bir diğeri ise “ayrımcılık yapılmalı mı?”, “engelliler, olumlu ayrımcılık istiyor mu ve buna hakları var mı?”, “sosyal ve fiziksel alt yapı açığını kapamak sağlık çalışanının görevi mi?”, “sağlık çalışanları, engelli hastalar karşısında üzülme, acıma yardım etme isteği gibi duyguları ile tüm hastalar için aynı şekilde yerine getirmeleri gereken görev duyguları arasında sıkışıyorlar mı?” şeklindeki soruların yarattığı ikilemlerdir. Tüm bunların düşünme konusu yapıldığı noktada tıp etiğine girilmiş olmaktadır. Sınırlı kaynakların adil dağılımı gündeme geldiğinde tıp etiği temel ilkelerinden “adalet” ilkesi ve engelli hastalar ile engelli olmayan hastalar arasında bazı davranış ve tutumlarda öncelikler belirleme söz konusu olduğunda da “ayrımcılıktan kaçınma” ilkesi ön plana çıkmaktadır.

2.6.1.Tıp Etiğinin “Adalet” İlkesi

Sağlık sigortaları ve sağlık bakımına ulaşmadaki eşitsizliklerin, tedavi maliyetlerinde dramatik bir artışla birleşmesi pek çok ülkede sosyal adalet hakkındaki tartışmaları alevlendirmiştir. Fakat sağlık bakımına ulaşımındaki eşitsizlik, ciddi bir moral problemdir.⁽⁵⁰⁾ Bu nedenle tıp etiği açısından “adalet” ilkesi tartışılmış ve engelli hastalara fırsat eşitliği sağlamanın önemi gündeme getirilmiştir.

Adalet genel olarak, doğruluk, başkalarının haklarına saygılı olunmasını, herkese uygun düşeni, kendi hakkı olanın verilmesini ve herkesin toplumsal yaşamdaki görevlerini yerine getirmesini bekleyen ahlaki nitelik olarak tanımlanmaktadır.⁽⁵¹⁾

Adalet, antik çağdan beri hukukun, felsefenin, felsefe içinde de özellikle etiğin konusu olmuş, antik dönem filozoflarından günümüz felsefecilerine kadar pek çok düşünür adalet kavramıyla ilgili görüşler ortaya koymuşlardır. Aristoteles'e göre adalet bir erdem değil, başkası ile ilişkide ortaya çıkan erdemlerin tümüdür. Çünkü ancak, kişinin kendi başına olduğunda iyi olan huylar, erdem olarak adlandırılabilir. Paralel bir görüş belirten Hume'a göre de adalet, "doğal" yani öncel duygulanımlara dayanan bir erdem değil, yapma bir erdemdir; insanın içinde bulunduğu bağlantılardan (ilişkiler açısından) gelişmiştir. Haynes ise adaleti, insanların vicdanlarında yer etmiş, ondan kaynaklanan nesnel bir değer olarak tanımlamaktadır.^(50,52,53,54)

Doğal olsa da, insan ilişkilerinde ortaya çıkmış olsa da adalet nitel bir özelliktir. Oysa adil olmada en güçlü yapılardan birisi, eşit muameledir ve eşitlik nicel bir özelliktir. Bu durumda iki tür adaletten söz edilebilir. Denkleştirici adalette; hukuki ilişkide taraf olanların eşit muamele görmesi gerekirken, dağıtıcı adalette; onur ve malların paylaşımında herkesin yeteneğine ve toplum içindeki durumuna göre payına düşeni alması öngörülmektedir. Farklı yargılar, kurallar ve ilkelerimizi tutarlı kılmak ve spesifiye etmek için dağıtıcı adalet teorileri geliştirilmiştir: utilitarian teoriye göre; en fazla kişiye en fazla yararı en ekonomik biçimde sağlamak esastır, libertarian teoride herkes ödeyebildiği kadar sağlık bakım hakkı alabilmektedir, communitarian teoride adalet; insan ilişkileri, haklar ve sözleşmelere dayandırılmıştır, egalitarian teoride ise adalet, piyango ya da "ilk gelen hizmeti alır" yöntemine göre dağıtılmaktadır.^(50,55)

Dünyadaki kaynakların sınırlı olması, bu kaynaklardan birilerinin daha fazla yararlanması; dolayısıyla diğerlerine daha az kaynak kalmasına neden olmaktadır. Bu yüzden, sınırlı kaynakların kullanımında adalet kavramının kuramsal yaklaşımlar ışığı altında yaşama geçirilmesi önem kazanmaktadır. Adaletin yaşama geçirilmesinde tartışılan yaklaşımlardan birine göre, altı belirleyici unsurun kullanılabilmesi ileri sürülmektedir. Bunlar;(1) eşit paylaşım, (2) bireylerin gereksinimleri, (3) bireylerin çabası, (4) bireylerin katılımı, (5) bireylerin hak ettikleri, (6) bireysel koşulların serbest rekabet koşulları ile ilişkisidir.^(55, 56)

Adalet kavramının, iki temel kavramla yakından ilişkili olduğu söylenebilir. Bunlardan biri “eşitlik” diğeri ise “hakkaniyet” kavramıdır. “Hasta olmak”, eşitlik açısından ele alındığında önemli bir farklılık oluşturmaktadır. Hastalık hali ortaya çıktığında eşit olmaktan çıkılıp daha zayıf hale gelinmiş, ancak hastalara özel bir takım haklar da kazanılmıştır.⁽⁵⁷⁾

Bu yaklaşım, engelli kişilere uyarlandığında , engelliğin tıptan yararlanmadaki eşitlik durumunu kaçınılmaz olarak bozduğu görülmektedir. Bedensel engel, en başta hastaneye ulaşılabilirlik açısından eşitlik durumunu bozmaktadır. Problemin diğeri bir cephesinde ise, kişinin engelli ve hasta olması durumunda hasta olarak kazanabileceği bazı haklara sahip olamamasıdır.

Günümüzde tıbbın evrensel gerekleri; sağlık hizmetleri, devletin belirlediği standartlar çerçevesinde ve devletin kontrolü altındaki kurumlar tarafından sağlanmaktadır. Bileşmiş Milletler İnsan Hakları Beyannamesinin 25. maddesi “herkesin yeterli sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı”nın olduğunu açıklamıştır. İdealde böyle olmasına karşın tatbiki uygulama her zaman bu biçimde olamamaktadır. Devletin halkına sağladığı sağlık olanakları, ülkenin genel ekonomik gücüne ve sağlığa ayırdığı bütçeye göre değişmektedir.⁽⁵⁵⁾

Kaynakların sınırlı, talebin ise fazla olduğu durumlarda –ki ülkemiz koşulları buna iyi bir örnektir- en doğru davranış, herkese eşit davranmaktır. Bir toplumda bireylerin yaşı, hastalığı, yaşama biçimleri, kişisel tercihleri, yaşam kalitesi ve prognozu ne olursa olsun bir gün ihtiyaç duyduğunda hiçbir ayrımcılığa tabi tutulmadan herkes ile eşit tedaviden yararlanma şansına sahip olacağını bilmesi gerekmektedir.⁽²⁴⁾

Yukarıda söz edilen yaklaşımlar ışığında, “sınırlı kaynakların eşit dağılımı” ilkesi gereği engelli hastaların, hasta olmaktan doğan hakları yanı sıra başka haklara sahip olup olmama sorusu tıp etiğinin problemlerinden birisi olmaya aday gibi görünmektedir. Ayrıca özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde ulaşılabilirlik ve benzeri sorunlar nedeniyle sağlık hizmetinden yeterince yararlanamayan, geçmişte ve bazen günümüzde küçümseme, yok sayma suretiyle olumsuz ayrımcılığa maruz kalmış olan engelliler için bunları telafi etmek adına ayrıcalık tanınması, onların hakları mıdır? sorusu da bir tıp etiği problemi oluşturmaktadır.

Ayrımcılık kavramından söz edildiğinde, genellikle olumsuz ayrımcılıktan söz edilmektedir. Olumlu ayrımcılık daha çok son yıllarda dile getirilen bir durumdur ve ayrıcalık tanınması veya kayırmacılık olarak dile getirilmektedir. Konunun daha iyi anlaşılması ve tez içerisinde yürütülen araştırmanın yorumlanmasına katkıda bulunacağı gerekçesiyle, sonraki bölümde “ayrımcılık” kavramı üzerinde durulmuştur.

2.6.2.Tıp Etiği ve “Ayrımcılıktan Kaçınma”

Ayrımcılıktan kaçınma, kendi başına tıp etiği ilkelerinden birisi olmakla kalmayıp, temel tıp etiği ilkelerinden “adalet” ilkesinin uygulanabilmesi için gerekli olan bir tutumu da ifade etmektedir. Bir önceki bölümde de söz edildiği gibi sağlık alanında sınırlı kaynaklardan her vatandaşın eşit oranda yararlanması, hastalanan birey sağlık kurumlarına başvurduğunda eşit muamele göreceğini bilmesi adil olma anlamında önemlidir. Hekimlerin karşılarındaki hastayı ırk, cinsiyet, yaş, inanç gibi sosyal ve fiziksel herhangi bir özelliğine göre değerlendirip onlara farklı muamele yapmaları veya tıbbi hizmetlerden eksik yararlanmalarına neden olmaları ciddi bir etik ihlaldir. Sağlık alanında “eşit” olmayan muameleyi haklı çıkarabilecek tek sebep olarak bilimsel gerekçelerin olması düşüncesi, tıp etiği ile ilgilenenler arasında çok yaygın bir eğilim halini almıştır.

2.6.2.1.Toplumsal Ayrımcılık ve Tıp Etiği İlişkisi

Toplumsal ayrımcılık söz konusu olduğunda belli gruplara daha az haklar tanınması ve daha kötü muameleye maruz kalmaları anlaşılmaktadır. Tez çerçevesinde özellikle “olumlu” olarak belirtilmedikçe ayrımcılık, yaygın olarak benimsenen olumsuz anlamıyla kullanılmıştır.

Ayrımcılık bir yandan bireyin, grupların, toplumun, diğer yandan resmi ve gayri resmi kurumların bazı üyelerinin, ötekilere sağlanan belli haklardan yoksun bırakılmasıdır. Bazı gruplar “kategorik olarak ayrımcılığın” konusu olurlar. Çünkü toplumsal olarak ya ırk, din, cinsiyet, fiziksel görünüm ya da bir toplumun üyelerini birbirinden ayırmada kullanılan herhangi bir tanımlama yüzünden belli bir sınıfın içine sokulmuşlardır. Bu durum, bazı insanların yasal tanımlama, kanı ya da varsayıma dayalı olarak olumsuz niteliklere sahip olabilecekleri gerekçesiyle daha olumsuz bir davranışa hedef olacakları

anlamına gelmektedir. Geri kalanlar doğuştan gelen üstünlükleri ya da sahip oldukları ekonomik konum, eğitim ya da meslekleri nedeniyle daha fazla hakka sahiptirler.⁽⁵⁸⁾

İnsanlık tarihinde “öteki” kavramı her zaman var olmuştur. Çoğunluğu oluşturan ya da daha güçlü olan insanlar, kimi zaman ülkesine gelen, kimi zaman ülkesini işgal ettiği toplumlara, bazen deri rengi farklı olanları, cinsiyet olarak daha zayıf olduğunu düşündüklerini ve tezin konusu olan engellileri “öteki” olarak etiketlemiş ve onlara karşı kötücül bir bakış açısı geliştirmişlerdir. Bu bakış açısı, “öteki” olarak etiketlenenleri küçümsemeden yok etmeye kadar giden bir yelpazede düşünce ve davranışların gelişmesine yol açmıştır.

Teze konu edilen “engellilik” ve engelli bireyler pek çok kültürde “öteki” olarak nitelendirilmekte, böylece ayrımcılığa uğrama olasılıkları artmaktadır.

Kuczewski, Amerika’da engelliliğin bir bakıma azınlıklar için hak talepleri hareketini andıran bir hareket olarak ortaya çıktığını, bunun ilk olarak ayrımcılık karşıtı yasalarda karşılıklarına çıktığını belirtmiştir. Kuczewski haklar temeline dayalı düşüncenin eksik ve zayıf yönlerinden de söz etmektedir. Örneğin, engelli haklarına göre oluşturulan yasalar, iş yerleri için rampayı garanti edebilmekte, ancak tekerlekli iskemledeki veya protezli bir kişinin rampayı kullanabilmesini garanti edememektedir; bu aşık bir teorik uygunsuzluk, büyük bir pratik problem oluşturmaktadır.⁽⁴⁸⁾

Kuczewski’nin vurguladığı durumu Türkiye koşulları için düşünecek olursak; engelliler için düzenlemeler çok az olduğu gibi var olanlarında kullanılabilirliğinin tartışmalı olduğu görülmektedir.

İnsan Hakları Derneği, Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nun 9 Aralık 1975’deki toplantısında kabul edilen 3447 sayılı “Engelli Kişilerin Hakları” Beyannamesi’ni yayınlamış ve topluma bir mesaj iletmeye çalışmıştır. Buna göre: engellilerin, görece yüksek yaşam standartlarına sahip olan toplumlar da dahil olmak üzere tüm toplumlarda ayrımcılık ve dışlanma ortak deneyimini yaşadıkları belirtilmiştir. Görmezden gelme, önyargı ve beklenti azlığından köken almış olan olumsuz tutumun engelli insanların marjinalleşmesine ve dışlanmasına neden olduğu vurgulanmış, bunun da bütün toplumların ekonomik ve sosyal gelişimini etkileyen “sessiz bir kriz” olduğu anlatılmıştır. Yetersizliğe/engelliliğe genellikle insanların etkinliklerinin ya da

özensizliklerinin neden olduğu dikkate alındığında, bu sessiz tehlikeye son vermek için uluslar arası tüm organların desteği ve işbirliği önerilmiştir.

2.6.2.2.Ayrımcılıktan Kaçınma Öjeni (Eugenie) ve Ötanazi (Euthanasia)

Tıp, ayrımcılıktan kaçınma gibi bir ilkeye önem verirken giriş bölümünde söz edilen ve ayrımcılığın en uç noktası olan öjeni ve ötanazi gibi akımların yarattığı sorunların da üstesinden gelememektedir. Daha önce açıklandığı gibi “iyi doğum” anlamına gelen öjeni kavramı Charles Darwin’in kuzeni Sir Francis Galton tarafından ortaya atılmıştır. Öjeni hareketinde amaç, insan türünün bütününe tehlikeye attığı düşünülen kalıtsal hastalıkları, zihinsel yetersizlikleri önlemek amacıyla zihinsel yetersizliğe sahip insanları kısırlaştırarak üremelerini engellemektir. Aynı kapıya çıkan diğer bir kavram ise ötanazi kavramıdır. “İyi ölüm” anlamına gelen ötanazi ise, ağır hastaların doğal ölme sürecini beklemeksizin, acı duymalarını engellemek amacıyla tıbbi yardımla erken ölme hakkını kullanmalarını sağlamak için ortaya atılmıştır.⁽⁵⁾ Acılı ve zor bir yaşama hiç başlamamayı sağlamak ya da acıya son vermek iddiasıyla ortaya çıkan bu kavramlar, insanlık tarihinde çok ciddi sonuçlar doğurmuş; soykırımlara neden olmuştur.

Ancak konumuz açısından en önemli olan, tıbbın bu akımlar karşısındaki pozisyonudur. Öjeni ve ötanazi tıbbın çaresiz kaldığı, hatta yapılmasına yardımcı olduğu, altından kalkamadığı sorunlar olarak varlıklarını sürdürmektedirler. Halen doğumsal engelli olacağı öngörülen bebeklerin tahliyesi yasal bir işlem olarak devam etmektedir. Öte yandan acıyla yaşamak istemeyen ağır hastaların kendi isteğiyle ölüm yardımı almalarının sağlanması anlamında tartışılan ötanazi, bilinci kapalı hastalar için kimin ve ne yönde karar vereceği gibi karanlık yanları da içermektedir.

Tüm bu olguların temelinde ruhsal bozuklukların, zihinsel yetersizliklerin kalıtsal olan yapısal ve işlevsel özellikler olduğu, eğitim ya da çevresel koşullar gibi dış faktörlerle değişmeyeceği, tüm antropometrik özellikler gibi ölçülebileceği anlayışı yatmaktadır. Bu anlayış, yaşamsal işlevleri ve yaşamsal değerleri, hiçbir sınır tanımaksızın ölçülebileceğini ileri sürmektedir.⁽⁵⁾ Bu anlayış tahmin edilebileceği gibi büyük oranda tıbbın anlayışıdır ve tüm yaşananlara rağmen tıp, giderek daha fazla değerlerden uzaklaşmaya başlamıştır.

Nazi Almanya'sında “yaşanmaya değmeyen yaşamlar”görüŖüyle, engelliler açısından ciddi sonuçlar doğurmuş olan öjeni ve ötanazi kavramları, tez çalıŖma konusuyla doğrudan ilgisi olmaması nedeniyle bu bölümdeki açıklamalarla sınırlandırılmıştır.

Yukarıdaki öneriler ve hatırlatmalara paralel olarak, engelli kişilerin ve değerlerin unutulmaması için, sonraki bölümlerde konuya küçük de olsa bir pencere açarak dikkatleri çekmek üzere, yerel ölçekteki hastanelerin fiziksel koşulları ve bu hastanelerdeki klinisyen hekimlerin engelli hastalar ile etkileşimleri araştırılmış, benzer araŖtırmalarla karşılaŖtırmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Çalışmanın Amacı

Tez çalışmasının genel amacı, tıp dünyasının ilgisini özel bir hasta kitlesi oluşturan engelliler üzerinde yoğunlaştırmak, hekimlerin engelli hastalara yönelik duyarlılıklarını arttırmaktır. Bu genel çerçevede, engelli hastalara muhatap olma olasılığı yüksek bir hekim grubunun engelli hastalarla tıbbi ilişki sırasında ortaya çıkan duygularını, düşüncelerini, davranışlarını ve tutumlarını saptamak ve değerlendirmek; onların çalıştığı ortamların engelli kişilerin ulaşabilmesi açısından uygunluğunu belirlemek hedeflenmiştir.

Tüm insanların olduğu gibi yeterli ve kaliteli sağlık hizmeti alma hakkının engelliler için de vazgeçilmez ve karşılanması zorunlu bir hak olduğu açıktır. Oysa, fiziksel koşullar kendilerine göre hazırlanmamış ortamlarda bulunma ve başkalarının uğramadığı olumsuz davranışlara muhatap olma, engelliler için önemli bir sorun kategorisi oluşturmaktadır.

Hastaneler, tüm vatandaşların olduğu gibi engellilerin de kaliteli sağlık hizmeti hakkını alabilecekleri ya da bu haklarına ulaşmaya çalışırken sorun yaşayabilecekleri ortamlardır. Söz konusu hakkın dağıtımındaki sorunlar karşısında, engelli hastalarla etkileşime giren, onları muayene ve tedavi eden hekimler de ilgisiz kalmaz.

Gelişmiş ülkelerde trafik ışıklarından, kamuya açık binaların alt yapılarına kadar tüm düzenlemeler, engellilere de uygun biçimde yapılmıştır. Türkiye’de ise kamu binalarının çoğu, sadece engelli olmayan kişilerin rahatlıkla girebileceği ve hareket edebileceği biçimde düzenlenmiştir.

Konuya sağlık hizmeti açısından yaklaşıldığında, hekim davranışlarının bedensel engellilere uygun olup olmadığı, hastane fiziksel koşullarının bedensel engellilere göre de düzenlenip düzenlenmediği soruları ortaya çıkmaktadır.

Öte yandan ayrımcılıktan, özellikle kategorik ve olumsuz ayrımcılıktan kaçınma ile sınırlı olanakları yararlanmak isteyenlere adil olarak dağıtma, tıp etiğinin temel ilkelerindedir.

Bu saptamalardan hareketle başlayan çalışmanın amacı, yukarıda da belirtilmiş olduğu gibi, belirlenmiş bir hekim kitlesinin engellilerle mesleki ilişkisini ve sağlık kurumlarının fiziksel koşullarının engellilere uygunluğunu değerlendirmek, böylelikle tıp camiasının engellilere yönelik duyarlılığını arttırmaktır. Amaca ulaşabilmek için, birbirini tamamlayan iki araştırma yapılmış, araştırma sonuçları ve bunlara eklenen literatür bilgisi hekimlere, diğer sağlık profesyonellerine ve ilgili mercilere sunulmuştur. Amaç değerlendirmesi araştırmalar bağlamında yapıldığında ise, ilk araştırmanın bedensel engelli hastalara hizmet veren hekimlerin, onlar hakkındaki zihinsel ve davranışsal eğilimlerini belirlemeye, ikinci araştırmanın ise bedensel engellilerin sağlık sorunlarında başvurmak durumunda kaldıkları, tam teşekküllü hastanelerin ulaşılabilir fiziksel alt yapı koşullarına sahip olup olmadıklarını incelemeye yönelik olduğu görülmektedir.

3.2.Çalışmanın Önemi

Bu çalışma, tıp dünyasına engelliler ve engelliye karşı yaklaşımları hakkında geri besleme sağlama ve Türkiye’de sağlık çalışanlarının, özellikle hekimlerin bedensel engellilerle ilgili düşüncelerinin alındığı, hekimlerin bu konudaki olumlu/olumsuz ayrımcılık eğilimlerinin sorgulandığı ilk çalışma olması sebebiyle önemlidir. Tıp dünyasına mesaj verme bağlamında engellilerin sağlık hizmeti tüketenler arasında özel bir grup oluşturduğuna; kendilerine özgü gereksinimleri, beklentileri, hassasiyetleri bulunduğuna dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Literatürde yer alan ve çoğu gelişmiş ülkelerde yapılmış olan araştırmalar, kimi yönleriyle ülkemizdeki gerçeklerden farklı saptamalar içermekte; gelişmiş ülkelerde on yıllar önce ortadan kalkmış olan kimi sorunlar, ülkemiz koşullarında hala gündem maddesi olabilmektedir. Bedensel engelli bireyin hastaneye ve hekime rahat ulaşabilmesini engelleyen yüksek kaldırımlar, özel otopark tahsisi aksamaları da bir tür negatif ayrımcılık olarak yorumlanabilir. Çalışma, sonuçları dolayısıyla bu konuda hekimleri ve yönetimleri uyarması nedeniyle de önem kazanmaktadır.

Engellilere yönelik tıbbi eylem üzerinde düşünmek, onlara özgü faktörleri hesaba katmayı da gerektirmektedir. Tıp etiği de tam bu noktada; tıbbi eylem hakkında çok yönlü, çok boyutlu düşünmek gerektiğinde sürece dahil olmaktadır. Bedensel engellilere

yönelik tıbbi eylem hakkında düşünmenin engellilerle ilgili farkındalığı arttıracığı söylenebilir.

Konunun gündeme gelişinin, sağlık alanında uygulayıcı, yönetici, kural koyucu olarak görev yapanların duyarlılıklarını arttırması; böyle bir duyarlılık artışının da engelli kişilerin tıbbi ortamlardan daha fazla yararlanabilmesine katkı sağlaması beklenmektedir.

Çalışma, toplum genelinde ve tıp dünyasında engellilik hakkındaki geleneksel suskunluğu bozması nedeniyle de önemlidir. Üstelik çalışmanın sona ermesiyle ortaya çıkması beklenen bu yararların yanı sıra araştırmanın sürdüğü dönemde de bir “ön yarar” ortaya çıkmış; engelli bireylere sağlık hizmeti sunmanın sorunlu yanları görüşme yapılan hekimlerin gündeminde ön plana geçmiştir.

3.3.Araştırmaların Sınırlılıkları

3.3.1.Hekimlerin Bedensel Engelli Hastalar ile Etkileşimine Yönelik Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, yalnızca Adana ili dahilindeki tam teşekküllü resmi sağlık kurumlarında çalışan hekimler ile sınırlıdır.

Araştırmada ele alınan değişkenlere ait verilerin toplanması, kendi düzenlediğimiz soru formundaki 14 soru ile sınırlıdır.

Görüşülen hekimlerin, zihinsel yeterliliğe sahip ancak bedensel engeli olan hastalar hakkındaki düşünceleriyle sınırlıdır.

3.3.2.Hastanelerin Fiziksel Koşullarına Yönelik Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Adana il merkezindeki tam teşekküllü dört resmi sağlık kurumu ile sınırlıdır.

Fiziksel alt yapı incelemesine ait değerlendirme, belirlenen yedi kriter ile sınırlıdır.

3.4.Araştırmanın Genel Nitelikleri ve Verileri

Çalışmamız çerçevesinde yürütülen araştırmaların modeli, verilerin elde edildiği evren ve örnekleme şekli, veri toplama araçları, verilerin işlenmesi, verilerin çözümlenmesi ve verilerin analizinde kullanılan istatistiksel teknikler aşağıdaki gibidir.

3.4.1.Araştırmanın Modeli

Bu tez çalışması, iki ayrı araştırmayı içermektedir.

İlk araştırma, Adana ilinde resmi sağlık kurumlarında çalışmakta olan hekimlerin engellilerle ilgili düşüncelerini ve iletişim biçimlerini anlamaya yönelik, anket sorularından oluşan prospektif bir araştırmadır.

İkinci araştırma ise kendilerine anket uygulanan hekimlerin hizmet verdikleri resmi sağlık kurumlarında, fiziksel alt yapı koşullarının, engellilere uygunluğunun önceden saptanmış kriterlere göre incelenmesinden oluşmaktadır.

3.4.2.Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırma evreni Adana ili merkezindeki tam teşekküllü resmi sağlık kurumları olan Adana Numune Hastanesi, Adana Devlet Hastanesi, Adana Sosyal Sigortalar Hastanesi, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi ile bu hastanelerde çalışmakta olan klinisyen hekimlerden oluşmaktadır. Adana Sosyal Sigortalar Hastanesi, çalışmanın yapıldığı tarihlerde Sosyal Sigortalar Kurumuna bağlı iken 2005 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesine geçmiş ve Çukurova Devlet Hastanesi adını almıştır. Ancak bu hastane, tez içerisinde çalışmanın yapıldığı tarihlerdeki adı ile anılacaktır.

Evren belirlenirken şu kriterler göz önüne alınmıştır:

- Seçilen hastaneler bedensel engellilerin, engelleri ve bunun dışındaki hastalıkları için başvurduğu ve onlara yarar sağlaması olası araştırmaların da yapıldığı tam teşekküllü hastanelerdir.
- Seçilen hastaneler engellilerin çeşitli nedenlerle durumlarını gösterir resmi rapor almaları gerektiğinde ulaşmak zorunda oldukları hastanelerdir.

- Seçilen hastaneler arasında poliklinik ve yatak sayısı fazla olmakla birlikte tüm dalların bulunmadığı özel dal hastaneleri yer almamaktadır.
- Sağlık kurumlarını kurma, çalıştırma, denetleme fonksiyonlarını üstlenen resmi otoritelerin dikkatini çekmek, onlara mesaj vermek amacıyla Devlet Hastaneleri seçilmiştir.

Evren, bedensel engelli kişilerle karşılaşma olasılığı yüksek olan branşlarda hizmet veren klinisyen uzman hekimler ve araştırma görevlilerinden oluşmaktadır. Adana Devlet Hastanesi, Adana Numune Hastanesi, Adana SSK Hastanesi ve Balcalı Hastanesinde, bedensel engelli hastalarla daha fazla karşılaşma olasılığı olan branşlardaki uzman klinisyen hekim ve araştırma görevlisi sayısı 543'dür.

Araştırmada herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamıştır. Mamafih öncelikle, bedensel engellilerle karşılaşma olasılığı daha yüksek olan Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Nöroloji, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Ortopedi, Göz Hastalıkları gibi branşlarda poliklinik hizmeti veren hekimlere ulaşılmaya çalışılmıştır.

Görüşülen klinisyen hekim sayısı 230'dur (n=230). Bunların 79'u kadın, 151'i erkektir. Bu sayılara göre ulaşılan hekimler arasında kadın olanların oranının % 34,3 olduğu görülmektedir. T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğünün verilerine göre Türkiye'de kadın hekim oranı % 29 olarak bildirilmiştir.⁽⁵⁹⁾ Araştırmada görüşülen kadın hekim oranının, söz konusu verilerle uygunluk göstermektedir.

Fiziksel alt yapı incelemesi de anket uygulanan hekimlerin hizmet verdiği dört hastanede yapılmıştır.

3.4.3. Veri Toplama Gereçleri

3.4.3.1. Hekimlerin Bedensel Engelli Hastalar ile Etkileşimine Yönelik Araştırmanın Veri Toplama Gereçleri

Araştırmada etkileşimle ilgili veri toplama gereci olarak "soru formu" kullanılmıştır. Formda, ilk bölüm görüşülen kişilerin demografik niteliklerini, yakınları arasında engelli kişi bulunup bulunmadığını, engelliliği dile getiriş biçimlerini saptamaya yönelik sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölümde ise engellilerle ilgili düşünceleri

anlamaya yönelik üç seçenekli (evet-hayır-diğer), ancak verilen cevapların gerekçelerinin / açıklamalarının yazılmasının da istendiği sorular hazırlanmıştır.

Ülkemizde ve diğer ülkelerde engellilere özellikle de zihinsel engellilere yönelik görüşler-davranışlar-tutumlar hakkında pek çok çalışma bulunmaktadır. Engelli kişilere yönelik tutumlar çeşitli ölçeklerle değerlendirilmekte ve eğitimle bu tutumların değişip değişmediğine bakılmaktadır.

Söz konusu tutum ölçeklerinin başlıcaları “Engelli Kişilere Yönelik Tutumlar” [Attitude Toward Disabled Persons (ATDP)], “Engelli Kişilere Yönelik Tutum Derecesi” [Scale of Attitudes Toward Disabled Persons (SADP)], “Rehabilitasyon Durumları Çizelgesi”dir [Rehabilitation Situations Inventory (RSI)] ve “Engelli Kişilerle Etkileşim” [Interaction with Disabler Persons (IDP)] (Tervo RC, Azuma S, Palmer G, Redinius P. Medical Students Attitudes Toward Persons With Disability: A Comperative Study. Arch Phys Med Rehabil 2002;83:1537-42 ve Gething L. Nurse practitioners and students attitudes towards people with disabilities, The Australian J. of Advanced Nursing. Vol.9, No.3, March-May, 1992). Bu ölçekler arasında en fazla kullanılan ve Türkçe’ye de çevrilmiş olan, ATDP tutum ölçeğidir.

Tüm bu ölçekler genellikle eğitimin, etnik farklılığın, kültürlerin engelli kişilere yönelik tutumlarla ilgisini araştırmak amacıyla kullanılmıştır. İki çalışmada ise tıp profesyonellerinin engellilere yönelik tutumları tıp öğrencileri, hemşireler ve sosyal çalışmacılarla karşılaştırılmıştır (Chubon R. An Analysis of research dealing with attitudes of professionals toward disability. Journal of Rehabilitation.1982;48(1):25-30 ve Paris MJ. Attitudes medical students and health-care professionals toward people with disabilities. Arch Phys Med Rehabil 1993;74:818-25).

Tez çalışmasında tıbbi ortamlardaki etkileşmelere ve özellikle hasta-hekim ilişkisine odaklanmaya öncelik verildiğinden yukarıda söz edilen tutum ölçekleri kullanılmamıştır. Anılan ölçeklerin çoğu, genel popülasyona uygulanmak ve gündelik hayat içinde engellilere yönelik tutumları ölçmek üzere hazırlanmıştır. Sadece RSI ölçeği spesifik olarak bir kesime; rehabilitasyon çalışanlarına uygulanmak üzere hazırlanmıştır.

Tez çalışması çerçevesinde yapılan özgün soru formu hazırlama seçimi, hekimlerle görüşme biçimindeki araştırmanın sonuçlarının literatürle karşılaştırılmasını zorlaştırmış ve fakat çalışmanın bütünü için gereksinim duyulan verilerin elde edilmesi gibi bir avantaj sağlamıştır.

3.4.3.2.Fiziksel Koşullarla İlgili Veri Toplama Gereçleri

Fiziksel alt yapı koşulları ise araştırma kapsamındaki hastaneler, belirlenen fiziksel alt yapı koşulları kriterlerine göre; gezerek, gözlem ve konu ile ilgili sorumlulardan bilgi almak yoluyla incelenmiştir.

Genel olarak hastanelerin ve özel olarak muayene ve inceleme birimlerinin ulaşılabilirliğini belirlemek üzere aşağıda yer alan fiziksel koşul kriterleri kullanılmıştır:

- (1) Engelli otoparkı varlığı-yokluğu,
- (2) Tekerlekli iskemle kullanan hastalar için girişlerde ve eşiklerde rampa varlığı-yokluğu
- (3) Kapılarının genişliği,
- (4) Kayıt, muayene ve tetkik birimleri çok katlı binada ve zeminin altındaki-üstündeki katlara dağılmış durumda ise asansör varlığı-yokluğu,
- (5) Engelli tuvaleti varlığı-yokluğu,
- (6) Zeminin alt ekstremite ortezi-protezi kullanan hastalar için tehlike yaratabilecek ölçüde kaygan olup-olmaması,
- (7) Engelliler için özel bir muayene biriminin varlığı-yokluğu.

3.4.4.Verilerin İşlenmesi ve Değerlendirilmesi

3.4.4.1.Hekimlerin Bedensel Engelli Hastalar ile Etkileşimine Yönelik Araştırma Verilerinin İşlenmesi ve Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde öncelikle tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır. Bazı bulgular grafik yöntemi ile verilmiştir. Çoklu değişken analizleri için; ikili değişkenli olanlarda t-testi ve ki-kare analizleri uygulanmış, üç ya da daha çok değişken olduğu

durumlarda ise varyans analizi uygulanması öngörölmüş ancak üç ya da üzerinde değişken olmadığı için bu analiz uygulanmamıştır.

Bütün değerlendirmeler SPSS 10.1 (Social Package Statistical Science) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Kararlarda 0.05 anlamlılık seviyesi, kritik anlamlılık seviyesi olarak kabul edilmiştir.

Sorulara “diğer” yanıtı verenlerin ve “neden” sorularını açıklayanların verileri frekans analizi ile değerlendirilmiştir.

3.4.4.2.Fiziksel Koşullarla İlgili Verilerin Değerlendirilmesi

Fiziksel altyapı koşullarının bedensel engellilere uygunluğunu değerlendirirken, Amerikan Engelliler Yasasında (Americans Disability Act) ayrıntılı olarak belirlenen kurallar arasından seçilen yedi kriter esas alınmıştır. Ortamların bu kriterlere uygunluk derecesi gözlem ve yetkililerden bilgi alarak saptanmıştır. Kriterler seçilirken ölkemizin ekonomik koşulları göz önünde bulundurulmuştur. Ayrıca ayrıntıya girmeden, engellilerin hastanelere ulaşabilmeleri, rahat hareket etmeleri için mutlaka olması gereken yapısal özelliklerin varlığı-yokluğu gözlenmiştir.

4. BULGULAR

4.1.Hekimlerle Yapılan Görüşmelerde Elde Edilen Bulgular

Bu bölümde, verilerin çözümlenmesi sonucu elde edilen bulguların ve açık uçlu olarak sorulan sorulara alınan “evet”, “hayır” ve “diğer” cevaplarının nedenlerini açıklamaya yönelik ifadelerin sunulması amaçlanmıştır.

Buna göre; araştırmaya katılanların demografik nitelikleri ve engellilerle yakınlık derecelerine ilişkin bulgular, demografik niteliklere göre, yakınlık dereceleri ve engellilerle ilgili bilgilenme durumlarına göre sorulara verilen cevaplarda farklılık olup olmadığına ilişkin analiz bulguları ve araştırmaya katılanların soru kağıdındaki “neden” bölümünde açıkladıkları gerekçeler sunulmuştur.

4.1.1.Görüşülenlerin Tanıtımına İlişkin Bulgular

4.1.1.1.Demografik Bulgular:

Bu bölümde araştırma grubunun yaş, cinsiyet, branş dağılımları ve meslekte geçen sürelerinin verildiği tanıtıcı bilgiler yer almaktadır.

Tablo 4-1. Araştırma grubunu tanıtıcı bilgiler

Araştırmaya katılan kişi sayısı		230
Yaş	Ortalama \pm standart sapma	38,04 \pm 8,6
	Dağılım aralığı	24-62
Meslek yılı	Ortalama \pm standart sapma	13,79 \pm 8,3
	Dağılım aralığı	1-35
Branş	Cerrahi branşlar	111
	Dahili branşlar	119
Cinsiyet	Erkek	151
	Kadın	79

Araştırmaya katılan hekimlerin; en az 24, en fazla 62 yaşları arasında dağılmakta olup, ortalama 38,04 \pm 8,6 yaş grubunda oldukları saptanmıştır.

Anket sorularına yanıt veren hekimlerin 151'i erkek, 79'u kadın hekimlerden oluşmaktadır.

Araştırma grubundaki hekimlerin 111'i cerrahi branş, 119'u ise dahili branştaki hekimlerden oluşmaktadır.

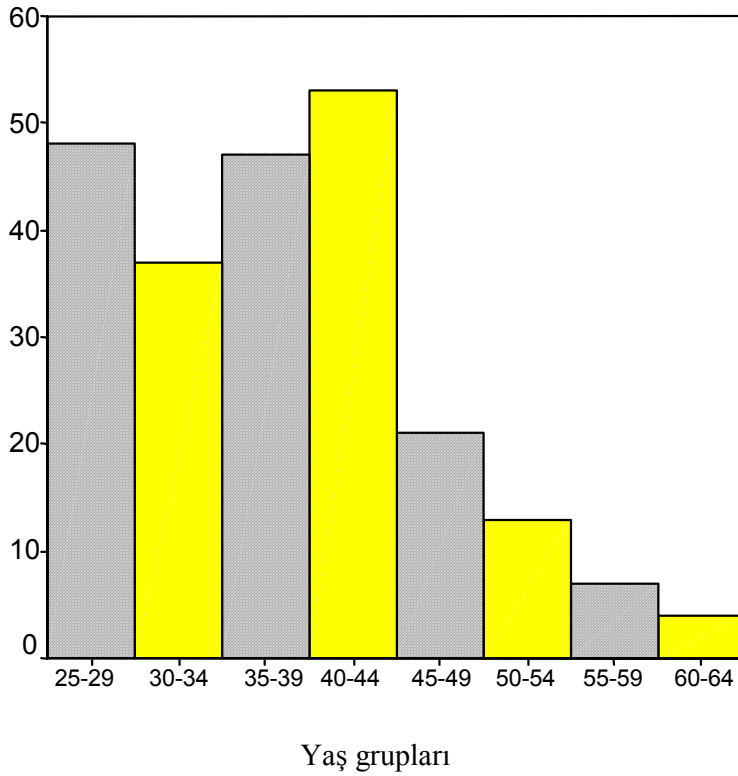
Sorulara yanıt veren hekimlerin meslekte geçirdikleri süre 1 yıl ile 35 yıl arasında değişmekte olup meslek yaşamı süresi ortalama 13,79 yıl olan hekimlerle görüşülmüştür.

4.1.1.1.1.Yaş

Araştırmaya çeşitli yaş grubunda 230 hekim katılmıştır. Araştırmaya katılanların yaş dağılımlarına bakıldığında; 25-29 yaş grubunda 48 kişi (% 20,9), 30-34 yaş grubunda 36 kişi (% 15,7), 35-39 yaş grubunda 47 kişi (% 20,5), 40-44 yaş grubunda 53 kişi (% 23,0), 45-49 yaş grubunda 21 kişi (% 9,1), 50-54 yaş grubunda 14 kişi (% 6,2), 55-59 yaş grubunda 7 kişi (% 2,9), 60-64 yaş grubunda 4 kişi (% 1,7) bulunmaktadır. Buna göre görüşülenler en fazla 40-44 yaş grubundadır. Bunu 25-29 yaş grubu ve onu da çok az farkla 35-39 yaş grubu izlemektedir. Görüşülenler içerisinde en az sayıda üyesi olan grup ise 60- 64 yaş grubundadır.

Görüşülen hekimlerin yaşları gruplandırma yapılmaksızın tek tek ele alınıp en fazla kişinin bulunduğu yaşlara bakıldığında 14'er kişinin 44 ve 38, 13 kişinin 28 ve 12 kişinin de 31 yaşında olduğu görülmektedir.

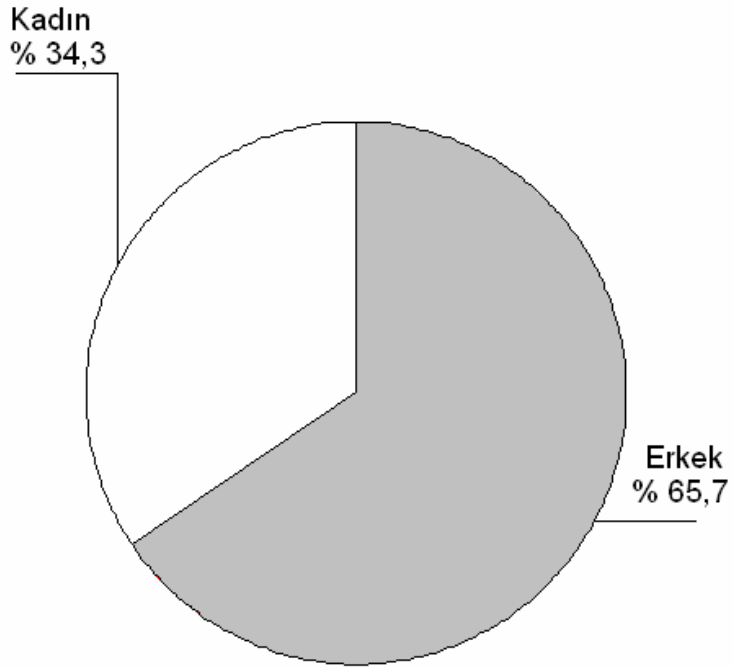
Grafik 4-1. Yaş Dağılımları



4.1.1.1.2.Cinsiyet

Araştırmaya katılanların cinsiyet dağılımlarına bakıldığında erkekler daha fazladır. Görüşülen erkek hekim sayısı 151 (% 65,7) iken kadın hekimlerin sayısı 79 (%34,3) olmuştur.

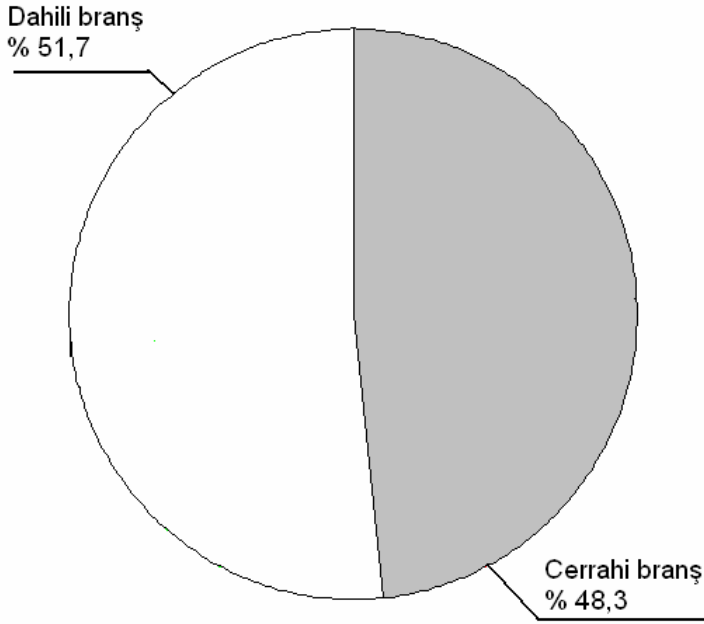
Grafik 4-2. Cinsiyet Dağılımları



4.1.1.1.3.Görüşülen Hekimlerin Branşları

Araştırmaya katılan hekimlerin cerrahi ve dahili branşlara göre ayrılması durumunda dahili branşlarda olan hekimlerin daha yüksek sayıda olduğu görülmektedir. Dahili branşta 119 (% 51,7) hekim araştırmaya katılırken bu sayı, cerrahi branşlar için 111 (% 48,3)olmuştur.

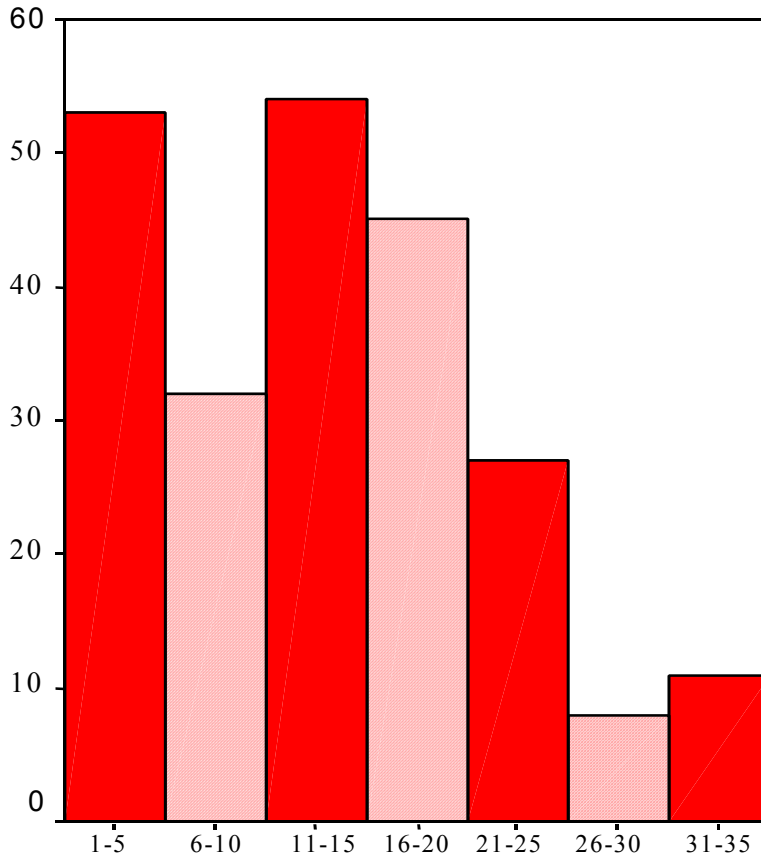
Grafik 4-3. Branş Dağılımları



4.1.1.1.4.Meslekte Geçen Süre:

Araştırmaya katılan hekimlerin kaç yıldır hekimlik mesleğiyle uğraştıkları incelendiği zaman en fazla 11-15 yıllık hekimler, daha sonra 1-5 yıllık hekimler ve 16-20 yıllık hekimlerin olduğu görülmektedir. Görüşülen 1-5 yıllık hekim oranı % 23,0, 6-10 yıllık hekim oranı % 14,8, 11-15 yıllık hekim oranı % 23,4, 16-20 yıllık hekim oranı % 18,6, 21-25 yıllık hekim oranı % 12,7, 26-30 yıllık hekim oranı % 4,7, 30 yılın üzerinde hekimlik mesleğini icra edenlerin oranı ise % 4,7'dir.

Grafik 4-4. Meslek yılı dağılımları



Meslek yılı grupları

4.1.1.2.Araştırma Grubunun Bedensel Engellilerle İlgili Deneyimleri

Bu bölümde araştırmaya katılan hekimlerin sosyal yaşamlarında ve meslek yaşamlarında karşılaştıkları ve birlikte zaman geçirdikleri bedensel engellilerle ilgili deneyimlerine ait bilgiler yer almaktadır.

Tablo 4-2.Araştırma grubunun engellilerle ilgili deneyim bilgileri

Engellilerle karşılaşma yüzdesi: (Ortalama \pm Standart sapma)- (Dağılım Aralığı)	(6,53 \pm 10,8) - (0-75)
Bedensel engelli yakını:	
Var [n (%)]	47 (20,4)
Yok [n (%)]	183 (79,6)
Toplam [n (%)]	230 (100,0)
Kullanılan terimler:	
Sakat [n (%)]	10 (4,3)
Engelli [n (%)]	177 (77,0)
Özürlü [n (%)]	39 (17,0)
Diğer [n (%)]	4 (1,7)
Toplam [n (%)]	230 (100,0)
Engellilerle ilgili kuramsal ya da uygulamalı çalışma deneyimi	
Yaşamayanlar [n (%)]	173 (75,2)
Yaşayanlar [n (%)]	57 (24,8)
Toplam [n (%)]	230 (100,0)

Araştırmaya katılan hekimlerin hizmet verdikleri kişiler arasında karşılaştıkları bedensel engelli oranı, araştırmanın değerlendirilmesi açısından önem kazanmaktadır. Bedensel engellilerle daha fazla karşılaşan hekimlerin deneyimlerini daha az karşılaşanlara aktarmak pratik açıdan yararlı sonuçlar çıkmasına neden olabilir. Araştırma grubunun bedensel engelliyle karşılaşma yüzdesinin ortalaması % 6,53 ±10,8 olarak bulunmuştur. Hastaları arasında % 1 oranında bedensel engelli hasta olan hekim grubu (% 33), en büyük grubu oluşturmaktadır. Bedensel engelli hastalarla yüzde beş oranında karşılaşan hekimler araştırma grubunun % 16,5; yüzde iki oranında karşılaşan hekimler % 14,8, yüzde üç oranında karşılaşan hekimler ise % 10,4'ünü oluşturmaktadır.

Araştırma grubunun bedensel engelliler ile ilgili deneyim bilgileri arasında, onların bu konudaki düşüncelerini etkileyeceğini öngördüğümüz bilgilerden birisi, hekimlerin ailelerinde ya da yakın çevrelerinde bedensel engelli birey olup olmaması olmuştur. Buna göre; araştırmaya katılanlar arasından 183 hekimin (% 79,6) ailesinde ya da yakınında bedensel engelli bulunmamaktadır. Buna karşın 47 hekimin (% 20,4) ise yakınında bedensel engelli bireyler olduğu ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılan hekimlerin bedensel yetersizlik tanımlaması için “sakat”, “engelli” ve “özürlü” gibi en çok kullanılan terimler arasından seçim yapmaları istendiğinde % 77,0 gibi en yüksek oranda (177 kişi) “engelli” terimini tercih ettiği saptanırken bu oran; “özürlü” terimi için % 17,0 (39 kişi), “sakat” terimi için % 4,3 (10 kişi) olarak saptanmıştır. Bu üç terim dışında seçimleri olan 4 kişinin (% 1.7) ikisi “kısıtlı” terimini tercih ederken diğer iki kişi herhangi bir tercih belirtmemişlerdir.

Sorularımıza yanıt veren hekimlerin engellilerle ilgili düşünce ve davranışlarını etkileyeceğini ön gördüğümüz bir başka konu da bu hekimlerin bedensel engellilere yardım etmek ya da herhangi bir seminer, konferans ya da bizzat engelli derneklerinde çalışarak onlarla ilgili kişisel deneyim yaşayıp yaşamadıkları olmuştur. Araştırmaya katılanların % 75.2'si (173 kişi) engellilerle ilgili deneyim yaşamadıklarını belirtirken % 24.8'i (57 kişi) ise bedensel engellilerle ilgili deneyim yaşadıklarını belirtmişlerdir. Engellilerle ilgili deneyim yaşama, yardım dernekleri üyeliği yapmak, tekerlekli sandalye temini ve dağıtımını sağlamak suretiyle ya da engellilerle ve onların sağlık sorunlarıyla ilgili araştırma yapmak, bu konuda konferans vermek yoluyla gerçekleşmektedir.

4.1.2.Anket Soruları, Cevapları ve Açıklamaları

4.1.2.1.Soru 1

Mesleki uygulamalar çerçevesinde, bedensel engelli hastalarla etkileşim sırasında özel bir zorluk yaşamanız söz konusu oluyor mu?

Tablo 4-3. Soru 1'e verilen cevapların dağılımı

Yanıt	Sayı	%
Evet	85	37,0
Hayır	140	60,9
Diğer	5	2,1
Toplam	230	100,0

Araştırmaya katılan 230 hekimin 140'ı (% 60,9) bedensel engelli hasta ile etkileşimleri sırasında herhangi bir zorluk yaşamadıklarını belirtmişler, buna karşın 85 hekim (% 37,0) bedensel engellilerle etkileşimde zorluk çektiklerini ifade etmişlerdir. Beş hekim (% 2,1) ise bu soruya “diğer” yanıtı vermişlerdir.

Tablo 4-4. Bedensel engelli yakını olup olmama ile engellilerle etkileşimde zorluk yaşayıp yaşamama arasındaki ilişki

Yakınında/ailesinde engelli birey:	Engelliler ile etkileşimde zorluk yaşama					
	Evet		Hayır		Toplam	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Yok	61	34.3	117	65.7	178	100
Var	24	51.1	23	48.9	47	100
Toplam	85	37.8	140	62.2	225	100

Değerlendirme dışı: “Diğer” seçeneğini yeğleyen 5 hekimin engelli yakını yok.

Soruya “diğer” yanıtı veren beş kişi istatistik analiz dışı bırakılarak değerlendirme yapılmıştır. Bu soruya “Evet” ya da “hayır” yanıtı veren hekim gruplarının yanıtları demografik verilere ve engellilerle ilgili deneyim bilgilerine göre analiz edildiğinde hekimlerin yaşına, cinsiyetine, branşına, engellilerle karşılaşma yüzdesine, meslekte geçirdikleri yıla ve engelliler hakkında bilgi edinme ya da kişisel deneyim yaşama sorusuna verdikleri yanıtlara göre bölündükleri gruplar arasında istatistiksel farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Buna karşılık engelli yakını olan hekimler ile olmayanlar arasında etkileşim zorluğu konusunda istatistik olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bedensel engelli yakın akraba ya da arkadaşları bulunan hekimler (47/230) arasında daha yüksek oranda hekim (% 51,1), engellilerle etkileşimde zorluk çektiklerini ifade etmişler; yakınında bedensel engelli bulunmayan hekimler (178/230) arasında ise daha az oranda hekim (% 34,3) engellilerle etkileşimde zorluk çektiklerini ifade etmişlerdir (p=0.042).

Soruya “evet” yanıtı veren bazı hekimler, bedensel engelli hastaların daha hassas olmaları nedeniyle etkileşim zorluğu yaşarken bazıları yeterli hizmet olanakları olmaması nedeniyle hastaların muayeneye ulaşamamalarından, poliklinikteki sınırlı zamanda bedensel engelli muayenesinin güçlüğünden kaynaklanan bir etkileşim zorluğundan söz etmektedirler. Bu hekimlerin “evet” cevabının gerekçeleri aşağıda özetlenmiştir.

- Zorluk çeken hekimlerden birisi nedenlerini açıklarken; “tekerlekli iskemle poliklinik kapısından girmiyor, dolayısıyla 2-3 kişinin yardımıyla karmaşa içerisinde bir muayene başlıyor” şeklinde ifade kullanmıştır.
- Yedi hekim özellikle işitme engellilerdeki iletişim problemini etkileşimde zorluk nedeni olarak gösterirken bir hekim de duygusal olarak karşılıklı etkilenmenin etkileşimde zorluğa sebep olduğunu ifade etmişlerdir.
- Bir göz hekimi ise “görme engelli hastaların muayene aletlerine adaptasyonundaki zorluk” tan söz etmektedir.
- Bir hekim, “onlara fazla ilgi göstermek, yanılmaya ya da daha fazla tetkik istenmesine neden oluyor” demektedir.

- On bir hekim, bu fiziksel zorluk dışında duygusal zorluklardan söz etmektedir. Örneğin bunlardan biri “hastalıkları konusunda yeteri kadar rahat konuşamamak nedeniyle” zorluk çektiğini ifade ederken bir başkası; “duygusal olarak zaman zaman zorlandığını”, bir diğeri ise “farklı davranmam konusunda açık ve dolaylı talepleri olduğunu” bu nedenle etkileşim zorluğu yaşadığını belirtmektedir. Buna paralel diğer bir ifade ise; “kırıcı olmamak için özel çaba sarf etmek gerekiyor” şeklinde olmuştur.
- Bir hekim ifadesinde iletişim zorluğu yaşadığını ve bunun sorumlusu olarak “eğitim ve deneyim eksikliği” ni gündeme getirmiştir.

Tüm bu nedenler arasında en fazla sayıda gösterilen neden, fiziksel olanaksızlıklar sonucunda yaşanan zorluklar olmuştur.

Soruya “hayır” yanıtı veren hekimlerin gerekçeleri ise şunlardır:

- Dört hekim, mesleki zorunluluk nedeniyle iletişim ve empati yeteneğinin iyi olduğunu söylemiştir.
- İki hekim ise bedensel engellilerin yakınları ile birlikte gelmesi ve işlemlerinin yakınları tarafından yapılması sonucu etkileşimde zorluk çekmediğini ifade etmişlerdir.
- Bir hekim, fazla karşılaşmadığı için etkileşimde zorluk çekmediğini ifade etmiştir.
- Bir hekim ise “onların engeli bana engel teşkil etmiyor” şeklindeki ifadesiyle etkileşim zorluğu yaşamadığını belirtmiştir.

Soruya “diğer” yanıtı verenlerden yalnızca birisi açıklama yapmıştır. Buna göre; bir genelleme yapamadığı, bazı engellilerin kendinin ya da yakınlarının toleransının düşük olması nedeniyle zorluk yaşarken, bazıları ile etkileşimde zorluk yaşamadığı tespit edilmiştir.

4.1.2.2.Soru 2

Sizce bedensel engelli hastaların ilgi beklentileri genel olarak diğer hastalara göre daha yüksek midir?

Tablo 4-5. Soru 2'ye verilen cevapların dağılımı

Yanıt	Sayı	%
Evet	142	61,8
Hayır	79	34,3
Diğer	9	3,9
Toplam	230	100,0

Araştırmaya katılan 230 hekimin 142'si (% 61,8) bedensel engelli hastaların ilgi beklentilerinin diğer hastalara göre daha yüksek olduğunu düşünürken, 79 hekim (% 34,3) bunun aksini düşünmektedir. Dokuz hekim (% 3,9) ise bu soruda “diğer” seçeneğini yeğlemişlerdir.

Bu soruda “evet” ya da “hayır” yanıtı veren hekim gruplarının yanıtları demografik verilere ve engellilerle ilgili deneyim bilgilerine göre analiz edildiğinde hekimlerin yaşına, cinsiyetine, branşına, engellilerle karşılaşma yüzdesine, meslekte geçirdikleri yıla, bedensel engelli yakını olma - olmama durumuna ve engelliler hakkında bilgi edinme ya da kişisel deneyim yaşama sorusuna verdikleri yanıtlara göre istatistiksel farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

“Evet” seçeneğini yeğleyerek engellilerin beklentilerinin daha yüksek olduğunu düşündüğünü belirten grubun nedenleri, birbirine benzer ifadeler aynı küme altında toplanarak sunulmuştur:

- On iki hekim, özellikle ülkemiz koşullarında ve sosyal ortamlarda bedensel engellilerin çok daha fazla zorlanmaları, kendilerini aşağılanmış, horlanmış hissetmeleri nedeniyle ilgi beklentilerinin özellikle sağlık söz konusu olunca yükseldiğini ifade etmişlerdir.

- Bir hekim “engelli olmayı acınacak olmakla karıştırıyorlar” sözleriyle bu durumun toplum şartları nedeniyle değil, sadece engellilerin hissettikleri bir duygu olduğunu vurgulamıştır.
- Bir hekim, engellilerin ilgi beklentilerinin yüksek olma sebebi olarak gösterdiği; “sağlam olan sistem ve organlarının sağlığına daha çok önem veriyorlar” ifadesiyle konuya farklı bir yaklaşım getirmiştir. Buna paralel bir başka anlatım da “engellilik hallerine bir yenisinin eklenmesi endişelerinin yüksek olması nedeniyle” ifadesi olmuştur.
- Bir hekim, “spesifik algı ve hassasiyetleri süreç içerisinde artmıştır” sözleriyle düşüncelerini belirtmiştir.
- Üç hekim, ilgi beklentisi yükselmesi nedeni olarak, bedensel engellilerin durumlarını sekonder kazanç amacıyla kullanmak istemelerini belirtmişlerdir.
- Bir hekim, “engelli olmak da bir tür hastalık halidir. Hastalığın düzeyine göre de herkes özel ilgi bekler” ifadesiyle “engellilik” ve “hastalık” kavramlarının kendisi açısından aynı olduğunu vurgulamıştır.
- Beş hekim ise bedensel engelli kişilerin işlerini kendi kendilerine yapamamaları ve başkasının yardımına muhtaç olmaları nedeniyle aynı ilgi ve yardımı her çevre ve ortamdaki beklediklerini ifade etmişlerdir.

Bedensel engellilerin beklentilerini yüksek bulmayan hekimlerin nedenleri ise şunlardır:

- Üç hekim, bedensel engellilerin de diğer hastalar gibi sadece tedavi için geldiklerini bu nedenle de beklentilerinin diğerlerine oranla yüksek olmadığını gözlemlemiştir.
- Bir hekim, engellilerin “hayattan beklentilerinin düşük olması nedeniyle küçük şeylerden mutlu olduklarını” düşünmektedir.
- Beş hekim ise, bedensel engellilerin beklentilerinin yüksek olmadığını düşünmelerinin nedeni olarak engelli bireylerin “aciz görünmek istemediklerini”, “kendilerine ve çevrelerine yapabildiklerini kanıtlamak istediklerini” göstermişlerdir.

Bu soruya “diğer” seçeneğini yeğleyen hekimlerin açıklamalarına göre:

- Üç hekim, beklentilerin sosyokültürel düzeye, durum ve şartlara, bedensel performanslarındaki kısıtlılığına göre değışik düzeyde olabildiğini belirtmiştir.
- Bir hekim ise engelli hastalarının beklentilerini “yüksek değıl, farklı” olarak nitelendirmiştir.

4.1.2.3.Soru 3

Mesleki uygulamalarınız çerçevesinde, bedensel engelli hastalara karşı diğler hastalara gösterdiğinizden daha fazla anlayış ve özen gösterir misiniz?

Tablo 4-6. Soru 3’e verilen cevapların dağılımı

Yanıtlar	Sayı	%
Evet	167	72,7
Hayır	53	23,0
Diğler	10	4,3
Toplam	230	100,0

Tablo 4-6’den da görüldüğü gibi araştırma kapsamındaki sorulara yanıt veren 230 hekimden 167’si (% 72,7) bedensel engelli hastalara diğler hastalarına gösterdiklerinden daha fazla anlayış ve özen gösterdiklerini ifade ederken, 53 hekim (% 23,0) diğler hastalara göre daha fazla anlayış ve özen göstermediklerini söylemektedirler. 10 hekim (% 4,3) ise bu soruya “diğler” şeklinde yanıt vermişlerdir.

Tablo 4-7 : Bedensel engellilerle ilgili kişisel deneyim yaşayıp yaşamama ile onlara anlayış ve özen gösterme arasındaki ilişki

Bedensel engellilerle ilgili kişisel deneyim:	Diğer hastalara göre daha fazla anlayış ve özen gösterme					
	Evet		Hayır		Toplam	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Yok	118	71,5	47	28,5	165	100
Var	49	89,1	6	10,9	55	100
Toplam	167	75,9	53	24,1	220	100

Değerlendirme dışı: Diğer seçeneğini yeğleyen 10 hekim; 8'i deneyim yaşamamış, 2'si yaşamış.

Engelli hastalarına diğer hastalarından daha fazla anlayış ve özen gösterip göstermedikleri sorusuna “evet” ya da “hayır” yanıtı veren hekim gruplarının yanıtları demografik verilere ve engellilerle ilgili deneyim bilgilerine göre analiz edildiğinde hekimlerin yaşına, cinsiyetine, branşına, engellilerle karşılaşma yüzdesine, meslekte geçirdikleri yıla, bedensel engelli yakını olma - olmama durumuna göre istatistiksel farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Buna karşılık engelliler hakkında bilgi edinme ya da kişisel deneyim yaşama durumuna göre engelli hastalara anlayış ve özen gösterme konusunda iki grup hekim arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. Bedensel engelli kişilerle daha önce kişisel bir deneyim yaşamış olmaları, hekimlerin engelli hastalarına daha fazla anlayış ve özen göstermelerine neden olmaktadır.

Bedensel engelli kişilerle daha önce kişisel bir deneyim yaşamış hekimler (55/230) arasında engelli hastalarına diğer hastalara göre daha fazla anlayış ve özen göstermeyen hekimlerin oranı (% 10,9) olarak saptanmıştır. Bedensel engelli kişilerle daha önce kişisel bir deneyim yaşamamış hekimler (165/230) arasında ise bu oran daha yüksektir (% 28,5), (p=0.01).

Engelli hastalara daha fazla anlayış ve özen gösterdiğini ifade eden hekimlerin nedenleri, aşağıdaki ifadelerde görülmektedir.

- On iki hekim, duygusal nedenlerle bedensel engelli hastalarına, diğer hastalarından daha fazla ilgi ve özen gösterme nedenlerini; “toplumsal ilgi açığını kapatabilmek adına”, “örneğin spinal kord yaralı bir kişi genç, aktif olduğu dönemde tüm yaşantısını ve evdekileri etkileyecek, ömür boyu sürecek bir sorunla karşılaşılıyor”, “morallerini yükseltmek için”, “buna ihtiyaçları olduğu için”, “daha hassas oldukları, bu nedenle kırmaktan çekindikleri için”, “sorunlarını anlamak için”, “eksikliklerini biraz olsun giderir mi diye”, “onlar yaşamın dışında, zorluklarla baş başa bırakmak hiç de vicdani olmaz”, “hümanistik açıdan”, “kendi vicdanımı rahatlatmak için”, “fiziksel engellerinin ruhsal çöküntü yaratması nedeniyle”, “acıma duygusu ile” gibi ifadelerle anlatmışlardır.
- Beş hekim, fiziksel düzenleme ile ilgili eksiklikler nedeniyle daha fazla anlayış gösterme nedenlerini; “muayeneleri, engelleri nedeniyle zaten daha zor olduğu için”, “normal bedene sahip kişiler için doktora ulaşmak sıradan bir iş iken engellinin evden çıkması bile olay”, “zor olan yaşamlarında bir miktar da olsa kolaylık sağlamak için”, “toplumumuzda ve hastanelerde büyük zorluklarla karşılaşılıyorlar”, “işlerini kolaylaştırmak için” gibi ifadelerle belirtmişlerdir
- Bir hekim “iletişim zorluğu nedeniyle zorunlu olarak daha fazla ilgi gerektiğini” belirtmiştir.
- Bir hekim ise daha fazla anlayış ve özen gösterme gerekçesini, “toplumsal eğitim ve anlayışın yansımaları” olarak ifade etmiştir.

Bedensel engelli hastalarına diğer hastalarından daha fazla anlayış ve özen göstermediğini ifade eden hekimler ise bu yanıtlarına gerekçe olarak şu nedenleri ortaya koymuşlardır:

- Sekiz hekim tüm hastalara aynı davranmak gerekliliğini belirtmişlerdir. “Hastalar arasında ayırım yapmamak”, “tüm hastalarımı eşit davranmaya çalışmak”, “eğer tüm hastalara bir hekimin yaklaşması gerektiği gibi

yaklaşırsa özel bir ilgi gerekmeyecektir” ifadeleri bu hekimlerin açıklamaları arasından birkaç tanesidir.

- Bir hekim ise “tıbbi gereklilik ne ise onu yaparım” söylemiyle düşüncesini ifade etmiştir.

Soruda “diğer” seçeneğini yeğleyen hekimler de genel olarak hastalarının engeline ve durumlarını kişisel çıkarlar için kullanıp kullanmamalarına göre davranışlarının değiştiğini ifade etmektedirler.

4.1.2.4.Soru 4

Hastaneye başvuran bedensel engelli hastalara sıra beklenen idari ve tıbbi birimlerde öncelik tanınmalı mıdır?

Tablo 4-8. Soru 4’e verilen cevapların dağılımı

Yanıt	Sayı	%
Evet	185	80,5
Hayır	33	14,3
Diğer	12	5,2
Toplam	230	100,0

Bedensel engelli hastaların hastaneye başvurmaları durumunda bu hastalara sıra beklenen idari ve tıbbi birimlerde öncelik tanıyıp tanımama konusundaki düşünceleri sorulan 230 hekimin 185’i (% 80,5) tanınması gerektiğini; 33’ü (% 14,3) tanınması gerekmediğini belirtmişlerdir. On iki (% 5,2) hekim ise “diğer” seçeneğini tercih etmiştir.

Soruya “evet” ya da “hayır” yanıtı veren hekim gruplarının yanıtları demografik verilere ve engellilerle ilgili deneyim bilgilerine göre analiz edildiğinde hekimlerin yaş, cinsiyet, branş, engellilerle karşılaşma yüzdesi, meslekte geçirdikleri yıl, bedensel engelli yakını olma - olmama durumu ve engelliler hakkında bilgi edinme ya da kişisel deneyim yaşama sorusuna verdikleri yanıtlara göre istatistiksel farklılık göstermediği saptanmıştır.

Sıra beklenen birimlerde engelli hastalara öncelik tanınması gerektiğini düşünen hekimlerden fiziksel alt yapı sorunlarına yönelik gerekçelendirmeyi tercih edenler, bu düşüncelerinin nedenlerini şu ifadelerle açıklamışlardır:

- Beş hekim, hastaneye gidiş gelişlerinin zorluğu ve engelli kişiyi getirenlerin işgücü kaybı olduğunu ifade etmiştir.
- Bir hekim, “transferlerinin zorluğunun yanında ekonomik yük getirmesini” vurgulamıştır.
- Bir hekim “daha pozitif duygulara sahip olabilmelerini sağlamak amacıyla” öncelik sağlanması gerektiğini belirtmiştir.
- Bir hekim de “ayakta duramayan birisinin saatlerce sırada bekletmenin vicdani rahatsızlık yaratmasını” neden olarak göstermiştir.
- Üç hekim, “hareketlerinin başkalarına bağımlı olması” bu nedenle hem kendilerinin hem yakınlarının zaman sorunu yaşamalarını gerekçe olarak belirtmişlerdir.
- Üç hekim, hastanede hizmetlerin daha hızlı bir şekilde yürüyebilmesi için gerekli olduğunu vurgulamıştır.
- Üç hekim de, “toplumsal yaşamın içinde onlara yönelik düzenlemelerin olmadığı, hiç değilse sıra bekletmemek gerektiği için” şeklinde cevap vermişlerdir.
- Bir hekim, sistemin rekabete dayalı olması ve engellilerin eşit koşullarda olmamasını gerekçe olarak göstermiştir.
- Bir hekim hastane koşullarının onların problemsiz beklemelerine uygun olmamasını gündeme getirmiştir.
- Üç hekim, toplu taşıma araçlarında öncelik tanınıyorsa hastanede de olabileceği düşüncesini gerekçe olarak göstermiştir.

Ayrıca, engelli hastalara sıra önceliği tanınması gerekliliğini düşünen hekimlerin bazıları da bedensel engellilerin beklemelerinin tıbbi açıdan sorun yaratabileceğini ifade etmişlerdir. Bu hekimlerin gerekçeleri de aşağıda sunulmuştur:

- Yedi hekim, engelli hastaların beklemelerinin tıbbi ve ruhsal sorun yaratabileceğini düşünmektedir.
- Bir hekim, “engellilerin uzun süre ayakta ya da sedyede bekletilmesinin tıbbi komplikasyon yaratabileceği için uygun olmaması” gerekçesini ortaya koymuştur.
- Altı hekim, fiziksel yetersizlikleri nedeniyle dayanırlık sınırlarının düşük olması düşüncesiyle engellilere öncelik tanınması gerekliliğini vurgulamıştır.

Hastaneye başvuran bedensel engelli hastalara sıra beklenen birimlerde öncelik tanınması gerekmediğini düşünen hekimlerin ifadeleri ise aşağıdakilerden oluşmaktadır:

- Bir hekim, “tüm hastaların sıra beklemeyeceği bir sistemin gerekli olduğunu” ifade etmiştir.
- Bir hekim, “hastaneye çok fazla başvuran hasta olmasını” gerekçe olarak göstermiştir.
- Dört hekim, kolaylaştırıcı önlemlerin alınabileceği ancak normal prosedürden vazgeçilmemesinin gerektiğini vurgulamıştır.
- İki hekim, böyle bir öncelik tanınmasını bedensel engellileri rahatsız edeceğini, onlarında normal muamele görmesi gerektiğini düşünmektedir.
- Bir hekim, “tüm hastaların sıkıntıları olduğu için hastaneye başvurdukları düşüncesini” taşımaktadır.
- Bir hekim, “çok acil olmadığı sürece her bireye aynı önceliğin sağlanması gerektiği düşüncesini” ifade etmiştir.
- İki hekim ise “engelli olmalarının diğerlerinden farklı olmaları anlamına gelmediği ” anlayışını gerekçe olarak ortaya koymuştur.

Soruda “diğer” seçeneğini yeğleyen hekimlerin ifadeleri de Şunlardır:

- Bir hekim, “özellikle yürüme güçlüğü olanlara öncelik tanınabileceğini” düşünmektedir.
- Üç hekim, bekleme süresi, bekleme koşulları ve engelinin türüne göre karar verilmesi gerektiğini ifade etmiştir.
- Bir hekim, “idari işlerde bazen, muayene işlerinde daima öncelik tanınması gerektiği” fikrini taşımaktadır.
- İki hekim ise, bedensel engeli bekleme bölgesinde ve kendisinde özel sıkıntılar yaratacak türden ise öncelik tanınması düşüncesini gerekçe olarak sunmuşlardır.

4.1.2.5.Soru 5

Polikliniğinize başvuran bedensel engelli hastaları sıralarında değil herkesten önce ya da herkesten sonra muayene etme gibi bir uygulamayı benimser misiniz?

Tablo 4-9. Soru 5’e verilen cevapların dağılımı

Yanıt	Sayı	%
Evet	146	63,5
Hayır	60	26,1
Diğer	24	10,4
Toplam	230	100,0

Araştırmaya katılan 230 hekimin 146’sı (% 63,5) polikliniğine başvuran bedensel engelli hastaları sırası gelmeden önce ya da tüm hastalar bittikten sonra muayene etme uygulamasını benimseyeceklerini belirtmişlerdir. Bu hekimlerin 141’i bedensel engelli hastaları sıralarından önce, 5’i ise sıralarından sonra muayene etme eğiliminde olduklarını belirtmiştir. Atmış hekim (% 26,1) böyle bir uygulamayı benimsemeyeceğini ifade etmiştir. Yirmi dört hekim (% 10,4) ise soruya “diğer” yanıtını vermişlerdir.

Soruya “evet” ya da “hayır” yanıtı veren hekim gruplarının yanıtları demografik verilere ve engellilerle ilgili deneyim bilgilerine göre analiz edildiğinde hekimlerin yaşına, cinsiyetine, branşına, meslekte geçirdikleri yıla, bedensel engelli yakını olma - olmama durumuna ve engelliler hakkında bilgi edinme ya da kişisel deneyim yaşama sorusuna verdikleri yanıtlara göre istatistiksel farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Buna karşılık hekimlerin engellilere muayene sıralarında farklı davranıp davranmamaları ile bedensel engelli hastalarla karşılaşma yüzdeleri arasında istatistiksel fark tespit edilmiştir ($p=0,010$). Polikliniğe başvuran bedensel engelli hastaları sıralarından önce ya da sonra muayene etme uygulamasını benimsediğini ifade eden 146 hekimin ortalama % 5,17 oranında bedensel engelli hastayla karşılaştığı, böyle bir uygulamayı benimsemediğini ifade eden 60 hekimin ise ortalama % 9,33 oranında bedensel engelli hastayla karşılaştığı tespit edilmiştir.

Engellileri sıralarından önce ya da sonra muayene etmeyi benimseme sorusuna “evet- önce” yanıtı veren hekimlerin gerekçeleri benzer ifadelerden örnekler seçilerek sıralanmıştır:

- Beş hekim, idrar, gaita inkontinansı gibi tıbbi sakıncalardan ve sosyal açıdan beklemelerinin sorun yaratabilmesinden çekinmektedir.
- Üç hekim, hastaneye ve evlerine transferlerinin güçlüğü, gerekçe olarak göstermişlerdir.
- Beş hekim ise “toplumun rahatsız edici bakışlarından bir an önce kurtarma isteği”, daha fazla üzme düşüncesi, “şanssızlıklarını biraz olsun telafi etme düşüncesi”, “acıma duygusu” gibi duygusal gerekçelerle engellileri sıralarından önce muayene edeceklerini açıklamışlardır.
- İki hekim, mevcut hastane düzenlemelerinin fiziksel engeli olmayanlara göre olmasını davranışlarının nedeni olarak göstermiştir.
- Bir hekim ise, “30 dakikalık bir bekleme sonrası zihinsel yorgunlukla birlikte fiziksel yorgunluğun da başladığını” bu nedenle de bedensel engelli hastalarını diğerlerinden önce muayene edeceğini belirtmiştir.

- Bir hekim ise hastalıklarının yanı sıra bedensel engelli olmalarının onların morallerini olumsuz yönde etkileyeceğini ve beklemleri durumunda sorunlar yaşanacağını vurgulamıştır.

Soruya “evet-sonra” yanıtı veren hekimler arasında ise;

- Bir hekim, engellilere yaklaşımın daha uzun süre alacağını neden olarak göstermiştir.
- İki hekim, onlara daha fazla süre ayırmak istediklerini vurgulamıştır.
- Bir hekim kalabalık poliklinik şartlarında engelli hastalara bakmanın zorluğundan söz etmiştir.

Polikliniklerde bedensel engellileri önce ya da sonra muayene etmeyi benimsemeyen hekimlerin neden sorusuna verdikleri yanıtlar da şunlardan oluşmaktadır:

- Altı hekim, tüm hastaların zor durumda olması, yüksek tansiyon, böbrek ve kalp hastaları gibi beklemleri sorun olabilecek hastaların da sıra beklediklerini, bu nedenle engellilerin de sıralarını beklemleri gerektiğini vurgulamıştır.
- Bir hekim, özellikle işitme engelli engelli hasta ile iletişim kurmak için geçen zamanın diğer hastalar için kayıp olduğunu belirtmiştir.
- On hekim, bu uygulamanın engelli için küçük düşürücü olabileceği, engellilerin toplumdaki soyutlanmasının ve ayrıcalığın toplum önünde sergilenmesinin doğru olmayacağını düşünmektedir.
- Bir hekim, “böyle bir uygulamanın eşitlik ilkesine uymadığını” ileri sürmektedir.
- İki hekim ise diğer hastalara saygısızlık olacağını düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Soruya “diğer” yanıtı veren hekimlerin gerekçeleri aşağıdaki gibidir.

- On hekim, bedensel engelli hastanın durumuna, engelinin derecesine, poliklinik koşullarına, diğer hastaların razı olup olmamasına göre karar verdiklerini belirtmişlerdir.

- Bir hekim, “randevulu muayene sistemi ile böyle bir ayrımcılığa gerek kalmayacağını” belirtmiştir.
- Bir hekim, engelli hastalar için ayrı bir poliklinik açılmasını önermiştir.

4.1.2.6.Soru 6

Bedensel engelli hastalarla tartışmaya girmekten özellikle kaçınır, onlara diğer hastalara gösterdiğinizden daha fazla sabır ve hoşgörü gösterir misiniz?

Tablo 4-10. Soru 6’ya verilen cevapların dağılımı

Yanıt	Sayı	%
Evet	155	67,4
Hayır	62	27,0
Diğer	13	5,6
Toplam	230	100,0

Araştırma grubundaki 230 hekimin 155’i (% 67,4) bedensel engelli hastayla tartışmaya girmekten özellikle kaçınıp, onlara daha fazla sabır ve hoşgörü gösterdiğini ifade ederken, 62’si (% 27,0) bu soruya “hayır” yanıtı vermişlerdir. Soruya “diğer” yanıtı veren hekim sayısı ise 13 (% 5,6) olmuştur.

Soruya “evet” ya da “hayır” yanıtı veren hekim gruplarının yanıtları demografik verilere ve engellilerle ilgili deneyim bilgilerine göre analiz edildiğinde hekimlerin yaşına, cinsiyetine, branşına, engellilerle karşılaşma yüzdesine, meslekte geçirdikleri yıla, bedensel engelli yakını olma - olmama durumuna ve engelliler hakkında bilgi edinme ya da kişisel deneyim yaşama sorusuna verdikleri yanıtlara göre bölündükleri gruplar arasında istatistiksel farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Bedensel engelli hastayla tartışmaktan kaçınıp onlara daha fazla sabır ve hoşgörü gösteren hekimlerin bunu yapma gerekçeleri yine benzer ifadelerden örnekler seçilerek aşağıda sıralanmıştır:

- Yirmi hekim, engellilerin başka insanlar tarafından hor görüldüklerini düşündükleri, yaşamlarındaki zorluklar sonucu daha hassas ve kırılgan oldukları için, “depresyon yaşadıklarının varsayılması ve empati kurmaya çalışılması gerektiğini” düşündükleri için, onlara ruhsal açıdan destek olmak amacıyla daha fazla sabır ve hoşgörü gösterebileceklerini ifade etmişlerdir.
- Bir hekim, “tartışmanın zaman kaybı olacağı ve diğer hastaların gözünde hekimin prestijini zedeleyeceğini” düşünmektedir.
- İki hekim, hareketlerindeki kısıtlılık nedeniyle bir isteği yerine getirmelerinin doğal olarak daha uzun süre alması; bu nedenle sabırlı olmanın şart olduğunu belirtmişlerdir.
- Bir hekim, “acıma duygusu” ile hareket ettiğini ifade etmiştir.
- Bir hekim ise “engelliliğin kalıcı bir hastalık olduğunu; ömür boyu sağlıksız insanlar için ayrıcalık sağlanabileceğini” söylemiştir.
- Bir hekim, “hayatlarındaki son darbe olmak istemediğini” ifade etmiştir.
- Beş hekim ise, Türkiye şartlarında engellilere yönelik sosyal düzenlemelerin olmamasının çok zorluk yaşamalarına sebep olduğunu; herkes için eşitlik ve insan haklarının uygulanması adına sabır ve hoşgörüyü hak ettiklerini düşündüklerini belirtmişlerdir.

Bedensel engelli hastayla tartışmaktan kaçınma ve onlara daha fazla sabır, hoşgörü gösterme konusuna “hayır” yanıtı veren hekimlerin nedenleri ise aşağıda sıralanmıştır:

- Altı hekim, poliklinikte her hastanın aynı özeni görmesi gerektiğini düşünmektedir.
-  hekim, insanlara fiziksel zr nedeniyle zihinsel ayırım yapmanın anlamsız olduğu düşüncesine sahip olduklarını ifade etmiştir.

- Altı hekim, “eşit davranma amacına” sahip olduklarını belirtmiştir.
- İki hekim, engellilerin bu durumu suiistimal edebilecekleri düşüncesine sahip olduklarını vurgulamıştır.
- İki hekim, bu davranışın “onlara acındığını düşünmelerini sağlayabileceğini” düşünmektedir.
- Üç hekim ise, engellilerin kendileri için farklı olmadıklarını, bu nedenle de engellilere diğer hastalarına gösterdiklerinden daha fazla sabır ve hoşgörü gösteremeyeceklerini belirtmişlerdir.

“Diğer” yanıtı veren bir hekim, “engellilik boyutunun ruhsal halini etkileyebileceğini düşündüğü hastalara daha fazla sabır ve hoşgörü göstereceğini” ifade ederken; iki hekim de “hastaların hiç biriyle tartışmamaya özen gösterdiğini” söylemiştir.

4.1.2.7.Soru 7

Bedensel engelli hastaların işlemlerini kolaylaştırmak için, hastanelerde onların evrakını getirip götürme, tekerlekli iskemlelerini itme gibi işleri ile ilgilenen kişilerden oluşan özel bir birim bulunmalı mıdır?

Tablo 4-11 : Soru 7’ye verilen cevapların dağılımı

Yanıt	Sayı	%
Evet	192	83,5
Hayır	27	11,7
Diğer	11	4,8
Toplam	230	100,0

Araştırmaya katılan 230 hekimden 192’si (% 83,5) hastanede engellilerin evrakını getirip götürme, tekerlekli iskemlelerini itme vs. gibi işlemleri ile ilgilenen kişilerden oluşan özel bir birim bulunması gerektiği düşüncesini taşımaktadır. Yirmi yedi hekim (% 11,7) böyle bir birimin olmaması gerektiğini ifade ederken 11 hekim de (% 4,8) “diğer” yanıtı vermeyi tercih etmiştir.

Soruya “evet” ya da “hayır” yanıtı veren hekim gruplarının yanıtları demografik verilere ve engellilerle ilgili deneyim bilgilerine göre analiz edildiğinde hekimlerin yaşına, cinsiyetine, engellilerle karşılaşma yüzdesine, meslekte geçirdikleri yıla ve engelliler hakkında bilgi edinme ya da kişisel deneyim yaşama sorusuna verdikleri yanıtlara göre istatistiksel farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Buna karşılık bedensel engelli akrabası olan hekimler ile hekimlerin branşı bu soruya “evet” ya da “hayır” yanıtı verme oranını değiştirmektedir.

Tablo 4-12. Bedensel engelli yakını olma ile hastanede onlar için özel birim gerekliliği düşüncesi arasındaki ilişki

Bedensel engelli yakın/akraba varlığı	Hastanede bedensel engellilerin işlerini yapacak özel birim gerekliliği					
	Evet		Hayır		Toplam	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Yok	156	90,2	17	9,8	173	100
Var	36	78,3	10	21,7	46	100
Toplam	192	87,7	27	12,3	219	100

Değerlendirme dışı: Diğer seçeneğini yeğleyen 11 hekim; 1’nin engelli yakını var, 10’unun engelli yakını yok.

Soruya “evet” ya da “hayır” yanıtı veren hekimler arasında bedensel engelli yakını olma/olmama durumuna göre yapılan analizde ise istatistiksel anlamlı fark tespit edilmiştir.

Başlangıçtaki tahminin aksine, bedensel engelli yakını (yakın akraba ya da arkadaş) olmayan 173 hekimden 17'si (% 9,8) engellilerin işlerini kolaylaştırmak için onların işleriyle uğraşacak özel bir birim olması gerektiğini düşünmemektedir. Buna karşılık bedensel engelli yakını olan 46 hekimden 10'u (% 21,7) engelli hastaların işleriyle uğraşacak kişilerden oluşacak birimin gerekliliğine “hayır” yanıtı vermişlerdir (p=0.042)

Tablo 4-13. Branş dağılımları ile hastanede engellilerin işleriyle ilgilenecek birim gerekliliği arasındaki ilişki

Branş	Hastanede bedensel engellilerin işlerini yapacak özel birim gerekliliği					
	Evet		Hayır		Toplam	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Cerrahi	99	92,5	8	7,5	107	100
Dahili	93	83,0	19	17,0	112	100
Toplam	192	87,7	27	12,3	219	100

Değerlendirme dışı: Bu soruda “diğer” seçeneğini yeğleyen 11 hekim; 4’ü cerrahi branşta, 7’si dahili branşta.

Branşlara göre yapılan analizde, bu tip bir birimi gerekli gören cerrahların oranının dahiliyecilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu tespit edilmiştir. Soruya “evet” ya da “hayır” yanıtı veren cerrahi branştaki hekimlerin 99’u (% 92,5) hastanede bedensel engellilerin işlerini yapacak özel birimin gerekli olduğunu, 8’i (% 7,5) ise bu birimin gerekli olmadığını düşünmektedir. Dahili branştaki hekimlerin de 93’ü (% 83) engellilerin işlerini kolaylaştırmak için onların işlemlerini yapacak kişilerden oluşan bir birimin gerekli olduğunu, 19 hekim de (% 17,0) böyle bir birimin gereksiz olduğunu ifade etmişlerdir (p=0,040).

Hastanede bedensel engellilerin işlemlerini yapacak özel bir birimin gerekli olduğunu düşünen hekimler nedenlerini şu ifadelerle açıklamışlardır:

- Sekiz hekim, hastanelerde evrak takibi işinin sağlıklı insanlar için bile çok zor olduğunu düşünmektedir.
- Üç hekim, engellilerin yakınlarının olmaması halinde işlemlerini tek başlarına yürütemeyecekleri ve mağdur olacakları görüşündedir.
- Üç hekim, engelli kişilerin yeterince kısıtlandıkları, ayrıca bir engel oluşturmamak gerektiğini düşünmekte, bu nedenle de özel birimin gerekliliğini ifade etmektedirler.
- Dört hekim, engelli hastalar için kurgulanmış tüm hizmetlerin gelişmiş ülke ölçütü olduğu düşüncesini taşımaktadır.
- Üç hekim, insan haklarının bunu gerektirdiğini belirtmişlerdir.
- Altı hekim, fiziksel yapının engellilerin hareket edebilmelerine uygun olmadığını ifade etmişlerdir.
- Bir hekim ise böyle bir birimin varlığında “herkesin kendi işini yapmış olacağı, insanların da hak ettikleri saygınlığa kavuşacağı” düşüncesine sahip olduğunu açıklamıştır.

Bedensel engellilerin hastanedeki işlemleri için özel bir birimin gerekli olmadığını düşünen hekimlerin gerekçeleri de aşağıda özetlenmiştir:

- Bir hekim, “sadece bedensel engelliler değil, tüm hastaların işlemleri için sıra beklemeyecekleri bir sistemin gerektiğini” düşünmektedir.
- Bir hekim, “kendilerini daha fazla yetersiz hissedecekleri endişesini” taşıdığını ifade etmiştir.
- İki hekim, engelli hastaları ile kendi yakınlarının ilgilenmesini beklemektedir.
- Üç hekim, sadece çevre düzenlemesinin onlara göre yapılmasının daha uygun olacağını düşünmektedir.

- Bir hekim, “suiistimale açık bir konu olduğu, yerine yataklı rehabilitasyon ünitesi kurulması gerektiğini” ifade etmiştir.
- Bir hekim, “özel birimden çok teknolojiden yararlanılması gerekliliğini, kolaylığın herkes için olması gerektiğini” belirtmiştir.

Soruya “diğer” yanıtı veren hekimler arasında:

- Bir hekim, “yeterli personel varlığında sosyal desteği zayıf hastalar için gerekli olabileceğini” düşünmektedir.
- Bir hekim, “yönlendirici kişilerin olabileceğini, ancak sistemin engellinin işini kendi kendine yapabileceği biçimde kurulması gerektiğini” ileri sürmektedir.
- Bir hekim de, “mevcut personelin eğitimi ile sorunun çözüleceğini” ifade etmiştir.

4.1.2.8.Soru 8

Bedensel engelli hastaların, tetkik işlemlerini kolaylaştırmak için endikasyonsuz yatış verme ya da bir müstahdemi onların özel işlerini takiple görevlendirme gibi düzenlemeler yapar mısınız?

Tablo 4-14. Soru 8’e verilen cevapların dağılımı

Yanıt	Sayı	%
Evet	63	27,4
Hayır	147	63,9
Diğer	20	8,7
Toplam	230	100,0

Hekimlere, bedensel engelli hastaların tetkik işlemlerini kolaylaştırmak için endikasyonsuz yatış verme ya da bir müstahdemi onların özel işlerini takiple görevlendirme gibi düzenlemeler yapıp yapmadıkları sorulduğunda; 63 hekim (% 27,4)

böyle bir uygulamayı yaptığını, 147 hekim ise (% 63,9) bu uygulamayı benimsemediğini söylemişlerdir.

Bu soruya “diğer” yanıtı veren hekim sayısı ise 20 (% 8,7) olmuştur.

Soruya “evet” ya da “hayır” yanıtı veren hekim gruplarının yanıtları demografik verilere ve engellilerle ilgili deneyim bilgilerine göre analiz edildiğinde hekimlerin cinsiyetine, branşına, engellilerle karşılaşma yüzdesine, bedensel engelli yakını olma - olmama durumuna ve engelliler hakkında bilgi edinme ya da kişisel deneyim yaşama sorusuna verdikleri yanıtlara göre istatistiksel farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Buna karşılık hekimlerin yaşları ve meslekte geçirdikleri süreye göre yapılan analizde istatistik farklılık tespit edilmiştir.

“Bedensel engellilerin tetkik işlemlerini kolaylaştırmak için endikasyonsuz yatış ya da özel işlerini takiple birisini görevlendirme gibi düzenlemeler yapar mısınız?” sorusuna “evet” yanıtı veren 63 hekimin, ortalama 40 yaşında, “hayır” yanıtı veren 147 hekimin ise ortalama 37 yaşında olduğu tespit edilmiştir (p=0,017).

Bedensel engellilerin tetkik işlemlerini kolaylaştırmak için endikasyonsuz yatış ya da özel işlerini takiple birisini görevlendirme gibi düzenlemeler yapacağını söyleyen 63 hekimin ortalama 16 yıldır hekimlik mesleğini yaptıkları, bu tür düzenlemeler yapmayı benimsemediğini söyleyen 147 hekimin ise ortalama 13 yıldır hekimlik mesleğini icra ettikleri tespit edilmiştir.(P=0,029)

Bedensel engelli hastaların işlerini kolaylaştırmak için kişisel inisiyatif kullanarak bir takım düzenlemeler yapan hekimlerin gerekçeleri aşağıdadır.

- Bir hekim, “hasta yakınlarının getirme zorluğu ve hastane fiziksel şartlarının kötü olması” sebebiyle düzenleme yapılmasını beklemektedir.
- Bir hekim, “işleri hızlandırmak için” böyle bir düzenlemenin gerekli olduğuna inanmaktadır.
- Bir hekim de “sosyal endikasyon gereği” bu tür düzenlemeler yapabileceğini belirtmiştir.

Engelli hastaların tetkik işlemlerini kolaylaştırmak için endikasyonsuz yatış verme ya da bir personeli özel işlerini takip için görevlendirme gibi düzenlemeler yapmayacağını belirten hekimlerin ifadeleri ise aşağıda özetlenmiştir:

- İki hekim, böyle bir ayrıcalığın etik olmadığı düşüncesine sahiptir.
- Bir hekim, “hastaneye yatışın tetkik için uygun bir yöntem olmadığını” söylemektedir.
- Dokuz hekim, fazla personel gerektirdiğini ve hastanelerin personel sıkıntısı çekiyor olmasını gerekçe olarak göstermiştir.
- Üç hekim, normalde yapılmayan, kurallara aykırı bir şeyin engelli olduğu için yapılmaması gerektiğini söylemektedir.
- İki hekim, yetkileri olmadığı için bu uygulamayı yapamayacaklarını ifade etmiştir.
- Beş hekim, hastanelerde yatak sıkıntısı olduğu için endikasyonsuz yatışla yatak işgal etmemek gerektiğini düşünmektedir.
- Bir hekim ise, “hastane personelinin asli görevleri dışında görevleri yapmamaları gerekliliğini” vurgulamıştır.
- İki hekim, “böyle bir uygulamanın hastaya yarardan çok zarar vereceği, özellikle kronik vakalarda olumlu sonuca katkıda bulunmayacağı düşüncesine” sahiptir.
- Beş hekim, bu uygulamanın ayrımcılık anlamına geldiği ve ayrımcılığı kabul etmediklerini belirtmişlerdir.
- Bir hekim, “onların farklı olmadığı, kişilere özel hizmetin sadece özel sağlık birimlerinde uygulandığını” vurgulamıştır.
- İki hekim, bu tür işlerin yönetimi ilgilendirdiğini düşünmektedir,
- Bir hekim, “diğer hastalara haksızlık olacağı” endişesini taşımaktadır.
- Bir hekim, “kurallara aykırı işlemler yerine kuralların uygun hale getirilmesi gerekliliğini” beklemektedir.

- Bir hekim, “endikasyonsuz yatışın doğru olmadığını, ancak bir hastane politikası olursa değerlendirilebileceğini” ifade etmişlerdir.

“Diğer” yanıtı veren hekimlerin bu konudaki değerlendirmeleriye şunlardan oluşmaktadır:

- Bir hekim, “tetkik işlemlerinin gecikmesinin sağlığı tehdit edici unsur olduğu durumlarda yatış yaparak işlemler kolaylaştırılabiliriyorsa bunun tıbbi bir endikasyon kapsamına girdiğini” ifade etmektedir.
- Üç hekim, endikasyonsuz yatışın doğru olmadığı ancak bir müstahdemin görevlendirilmesinin doğru olabileceğini düşünmektedir.
- Üç hekim ise, duruma ve yardım gereksinimlerine göre davranışlarının değişeceğini ifade etmiştir.

4.1.2.9.Soru 9

Bedensel engelli hastaların hastanedeki işlemlerini ve muayenelerini kolaylaştırmak öncelikle tıbbi personelin ve hastane yönetimlerinin mi yoksa kendi oluşturacakları dayanışma örgütlerinin mi ilgilenmesi gereken bir konudur?

Tablo 4-15. Soru 9’a verilen cevapların dağılımı

Yanıt	Sayı	%
Tıbbi personel ve hastane yönetimi	102	44,3
Kendi dayanışma örgütleri	60	26,1
Diğer	68	29,6
Toplam	230	100,0

Araştırmaya katılan 230 hekimin 102’si (% 44,3) bedensel engelli hastaların hastanedeki işlemleri ve muayenelerini kolaylaştırmanın öncelikle tıbbi personelin ve hastane yönetimlerinin ilgilenmesi gereken bir konu olduğunu düşünmektedir. Altmış

hekim (% 26,1) bunu, bedensel engellilerin kendi oluşturacakları dayanışma örgütünün ilgilenmesi gereken bir konu olarak görürken kalan 68 hekim de (% 29,6) “diğer” yanıtı içinde, daha sonra da kendi ifadeleriyle açıklamalarında görüleceği gibi, ağırlıklı olarak her ikisinin de ilgilenmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Soruya “tıbbi personelin ve hastane yönetimlerinin ilgilenmesi gereken bir konudur” ya da “kendi oluşturacakları dayanışma örgütlerinin ilgilenmesi gereken bir konudur” yanıtı veren hekim gruplarının yanıtları demografik verilere ve engellilerle ilgili deneyim bilgilerine göre analiz edildiğinde hekimlerin yaşına, cinsiyetine, branşına, engellilerle karşılaşma yüzdesine, meslekte geçirdikleri yıla, bedensel engelli yakını olma - olmama durumuna ve engelliler hakkında bilgi edinme ya da kişisel deneyim yaşama sorusuna verdikleri yanıtlara göre istatistiksel farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Bedensel engelli hastaların hastanedeki işlemlerini ve muayenelerini kolaylaştırmanın öncelikle tıbbi personelin ve hastane yönetimlerinin ilgilenmesi gereken bir konu olduğunu düşünen hekimlerin gerekçeleri:

- İki hekim, hastane yönetimi dışından müdahalelerin karmaşa yaratacağı düşüncesine sahiptir.
- Yedi hekim, dayanışma örgütlerinin yeterince organize olamayacağı ve yaptırım uygulayamayacağını düşünmektedir.
- İki hekim, bu işi yapacak ekibin hastaneyi tanınması gerektiğini, hastane yönetimlerinin randevularla ilgili düzenlemeleri de yapabileceğini ifade etmiştir.
- Bir hekim, “rehabilitasyon bilincinin gelişmesi ve gereken önemin verilmesi gerektiği” için yanıtı vermiştir.
- Bir hekim, “sistemin kurumlarca oluşturulması durumunda devamlılık taşıyacağı düşüncesi” ile bu görevin hastane yönetimlerince yapılması gerektiğini belirtmiştir.
- Bir hekim, “sağlık problemlerinin, tıbbi personeli ve hastane yönetimlerini ilgilendirdiğini” düşünmektedir.

- Bir hekim, “ancak bu durumda onlara değer verdiğimizizi gösterebileceğimizi, aksi durumda grup olarak yalnızlığa iteceğimizi” ileri sürmüştür.
- Bir hekim, “problemin oluştuğu noktada daha kolay çözüleceğini” ifade etmiştir.

Hastanedeki işlem ve muayene süreçlerini kolaylaştırmanın, öncelikle bedensel engellilerin kendi oluşturacakları dayanışma örgütünün ilgilenmesi gereken bir konu olduğunu düşünen hekimlerin nedenleri aşağıdakilerden oluşmaktadır:

- İki hekim, hastane yönetimlerinin mevcut sorunları henüz çözemediğini, engellilere daha zor yardım edebileceğini belirtmiştir.
- Yedi hekim, dayanışma örgütünün engellilerin gereksinimlerini daha iyi anlayacağı, sistemi engellilere uygun hale getireceği, böylece daha düzenli olacağını düşündüklerini açıklamıştır.
- Üç hekim de, personel yetersizliğini neden olarak göstermişlerdir.

Soruya “diğer” yanıtı veren 68 hekimin 66’sı daha önce de belirtildiği gibi; sadece hastane yönetimleri ya da engellilerin kendi örgütleri değil her ikisinin birlikte çalışarak engelli hastaların muayene ve işlemlerini kolaylaştırma konusuyla ilgilenmeleri gerektiğini belirtmişlerdir. Gerekçe olarak gösterilen birkaç açıklama ise aşağıda verilmiştir:

- Bir hekim, “teker teker bir sonuca ulaşamayacağını” düşünmektedir.
- Bir hekim, “ihtiyaç belirlemek için değişik bakış açılarının alınması gerektiğini” ileri sürmektedir.
- Bir hekim ise, “dayanışma örgütleri gerçekçi isteklerini belirtirken hastane yönetimi uygulanabilirliğini belirleyebileceğini ve kaynakların birlikte temin edilebileceğini” ifade etmiştir.

“Diğer” yanıtı altında “her ikisi” seçeneğini yeğlemeyen hekimlerden birisi “bu konuda devletin gerekli tüm önlemleri alması gerektiğini” düşünürken; bir diğeri “hasta yakınlarının ilgilenmesi gereken bir konu olduğunu” ifade etmiştir.

4.1.2.10.Soru 10

Serviste ya da poliklinikte bedensel engelli hastalardan gelen kurumsal düzene aykırı ya da gerekliliği tartışılır işlem taleplerini (poliklinikte değil serviste muayene, tansiyon ölçümü) yerine getirmeyi, diğer hastalardan gelen talepleri yerine getirmeye göre daha kolay kabul eder misiniz?

Tablo 4-16. Soru 10'a verilen cevapların dağılımı

Yanıt	Sayı	%
Evet	68	29,6
Hayır	147	63,9
Diğer	15	6,5
Toplam	230	100,0

Araştırma grubundaki 230 hekim arasında, engelli hastaların tartışılır işlem taleplerini yerine getirmeyi, diğer hastalardan gelenlere kıyasla daha kolay kabul eden hekimlerin sayısı 68 (% 29,6) olarak bulunmuştur. Bu talebi yerine getirmeyi kabul etmeyeceğini açıklayan hekim sayısının 147 (% 63,9), soruya “diğer” yanıtı veren hekim sayısının da 15 (% 6,5) olduğu görülmüştür.

Soruya “evet” ya da “hayır” yanıtı veren hekim gruplarının yanıtları demografik verilere ve engellilerle ilgili deneyim bilgilerine göre analiz edildiğinde hekimlerin yaşına, cinsiyetine, branşına, engellilerle karşılaşma yüzdesine, meslekte geçirdikleri yıla, bedensel engelli yakını olma - olmama durumuna ve engelliler hakkında bilgi edinme ya da kişisel deneyim yaşama sorusuna verdikleri yanıtlara göre istatistiksel farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Serviste ya da poliklinikte karşılaştığı bedensel engelli hastaların uygunluğu ve gerekliliği tartışılır işlem taleplerini diğer hastalardan gelen benzer taleplere göre daha kolay kabul eden gruptaki hekimlerin açıklamaları aşağıda verilmiştir.

- İki hekim, duygusal sebeplerle kabul edeceklerini belirtmiştir.

- Üç hekim, engellilerin işlerini yapmalarının zaten zor olmasını gerekçe olarak göstermiştir.
- İki hekim de, engelli hastaların doktora ulaşmasının, fiziksel koşullardaki yetersizlik nedeniyle zor olmasını neden olarak vurgulamıştır.

Bu türden talepleri yerine getirmeyi kabul etmediğini ifade eden hekimlerin gerekçeleri ise aşağıdaki açıklamalarda görülmektedir.

- On iki hekim, kurumsal düzene aykırı işlemlerin hastanenin düzenini bozacağını ve daha büyük sorunlar doğurabileceğini düşünmektedir.
- Altı hekim, bu uygulamayı eşitlik ilkesine aykırı olduğunu, adalet anlayışına uymadığını belirtmiştir.
- Beş hekim de, böyle bir uygulamanın ayrımcılık olacağını ve ayrımcılığa karşı olduklarını vurgulamıştır.
- İki hekim ise suiistimale açık bir konu olduğunu, bu tip işlemler yapıldığında hastaların daha sonra yerine getirilmesi çok zor olan taleplerinin de olabileceğini ifade etmiştir.

Soruya “diğer” yanıtı veren hekimler ise “şartlar uygun olursa böyle bir talebi yerine getirebileceklerini”, “bu talebi yerine getireceklerini ancak uyaracaklarını” ve “hastanın mevcut durumu talebini akla yakın kılıyorsa yerine getireceklerini” ifade etmişlerdir.

4.1.2.11.Soru 11

Bedensel engelli hastaların, engellerinin ön plana çıkarılmasından, engelleriyle etiketlenmekten rahatsız oldukları izlenimini alıyor musunuz?

Tablo 4-17. Soru 11'e verilen cevapların dağılımı

Yanıt	Sayı	%
Evet	143	62,2
Hayır	56	24,3
Diğer	31	13,5
Toplam	230	100,0

Araştırmaya katılan 230 hekimden 143'ü (% 62,2) bedensel engelli hastaların, engellerinin ön plana çıkmasından, engelleriyle etiketlenmekten rahatsız oldukları izlenimi aldıklarını söylemişlerdir. Hekimlerin 56'sı (% 24,3) böyle bir izlenim almadıklarını belirtmişler; 31 hekim de (% 13,5) "diğer" yanıtını işaretlemeyi tercih etmişlerdir.

Soruya "evet" ya da "hayır" yanıtı veren hekim gruplarının yanıtları demografik verilere ve engellilerle ilgili deneyim bilgilerine göre analiz edildiğinde hekimlerin yaşına, cinsiyetine, branşına, engellilerle karşılaşma yüzdesine, meslekte geçirdikleri yıla, bedensel engelli yakını olma - olmama durumuna ve engelliler hakkında bilgi edinme ya da kişisel deneyim yaşama sorusuna verdikleri yanıtlara göre istatistiksel farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

"Bedensel engelli hastaların, engellerinin ön plana çıkarılmasından, engelleriyle etiketlenmekten rahatsız oldukları izlenimini alıyor musunuz?" sorusuna "evet" yanıtı veren hekimler, düşüncelerini şu ifadelerle anlatmışlardır:

- Bir hekim, "engelli kavramı ve nasıl davranılacağı konusunda bilinçsiz bir toplum yapısına sahip olmamız" nedeniyle böyle bir rahatsızlık doğduğunu belirtmiştir.

- Bir hekim, “eksiklik hissi” nedeniyle rahatsız olduklarını düşünmektedir.
- Bir hekim, “onlara bir sorumluluk yüklenmesinin onların kaldıramayacakları bir yük olarak görülmesi” nedeniyle rahatsız olduklarını ifade etmiştir.
- Bir hekim, “Pop Star* yarışmasında ne kadar rahatsız olduklarını anladığını” vurgulamıştır.
- İki hekim, engellerinin kişiliklerinden önce gelmesi, engelin fazla ön plana çıkmasını neden olarak belirtmiştir.
- İki hekim, çoğunun kendi işlerini mümkün olduğunca kendilerinin yapmaya çalışmaları, bir şeyleri ispatlama çabası içine girmelerinden rahatsız olduklarını çıkardığını ifade etmiştir.
- Bir hekim ise “hiç kimsenin ufak- tefek fiziksel kusurları ile (kel, çarpık bacak vs) bile anılmak istememesi” düşüncesinden yola çıkmıştır.

Soruya “hayır” yanıtı veren hekimlerin nedenleri de aşağıdadır:

- İki hekim, engellilerin kendilerini engelli olarak kabul etmiş olmaları nedeniyle rahatsız olmayacaklarını düşünmektedir.
- Bir hekim, “Türkiye’de sağlık hizmetini standart olmaması nedeniyle engellerinin ön plana çıkmasının hoşlarına gideceği, çünkü bunu sekonder kazanç olarak kullanabilecekleri düşüncesi” taşımaktadır.
- Beş hekim ise, aksine engelli oluşlarını ayrıcalık olarak değerlendirip kullanmak istediklerini düşündüğünü ifade etmiştir.

Engellilerin engellerinin ön plana çıkmasından, engelleriyle etiketlenmelerinden rahatsız oldukları izlenim alıp almadıkları sorusuna “diğer” yanıtı veren hekimlerin gerekçeleri de şunlar olmuştur:

- Bir hekim, “hastane ortamında işleri kolaylaştırmak herkesin isteği olduğu için işlerine geldiği” yorumunu yapmıştır.

- Bir hekim, “kültürel düzeyi yüksek olan hastalar bu rahatsızlığı duyarken, bazılarının da engellerinin ön plana çıkması sonucunda oluşan özel ilgiden aksine memnun olduklarını” belirtmiştir.
- Beş hekim ise kişilerin karakterlerine ve olayı kabullenmiş olmalarına göre değiştiğini ifade etmiştir.

4.1.2.12.Soru 12

Bedensel engelli hastalara engelleri nedeniyle ayrıcalık tanınmasının, onlarda olumsuz duygulanmalara yol açabileceği endişesini taşıyor musunuz?

Tablo 4-17. Soru 12’ye verilen cevapların dağılımı

Yanıt	Sayı	%
Evet	114	49,6
Hayır	90	39,1
Diğer	26	11,3
Toplam	230	100,0

Araştırmaya katılan 230 hekimin 114’ü (% 49,6) bedensel engelli hastalarına engelleri nedeniyle ayrıcalık tanınmasının onlarda olumsuz duygulanımlara yol açabileceği endişesi taşıdığını ifade etmişlerdir. Doksan hekim (% 39,1) böyle bir endişe taşımadığını belirtirken, kalan 26 hekim (% 11,3) “diğer” yanıtı vermişlerdir.

Soruya “evet” ya da “hayır” yanıtı veren hekim gruplarının yanıtları demografik verilere ve engellilerle ilgili deneyim bilgilerine göre analiz edildiğinde hekimlerin yaşına, cinsiyetine, branşına, engellilerle karşılaşma yüzdesine, meslekte geçirdikleri yıla, bedensel engelli yakını olma - olmama durumuna ve engelliler hakkında bilgi edinme ya da kişisel deneyim yaşama sorusuna verdikleri yanıtlara göre istatistiksel farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Bedensel engelli hastalarına, durumları nedeniyle ayrıcalık tanınmasının, onlarda olumsuz duygulanımlara yol açabileceğini düşünen hekimler, gerekçelerini aşağıdaki ifadelerde açıklamışlardır.

- Beş hekim, engellilerin daha kırılğan oldukları ve onurlarının kolay zedelenmesini neden olarak göstermiştir.
- Bir hekim, “engelin bedensel olduğu, zihinsel engelle karıştırılmaması gerektiğini” vurgulamıştır.
- Bir hekim, böyle bir ayrıcalığın onları “parazit konumuna getirebileceğini” belirtmiştir.
- İki hekim, bu kişilere sürekli gereksiz ayrıcalık tanınmasının, toplumsal yaşamdan soyutlanma duygusu oluşturabileceğini düşünmektedir.
- İki hekim, “otobüste yer verilen ortopedik özür lü gencin reddetmesi” gibi tanık oldukları olayları gerekçe olarak göstermiştir.
- Bir hekim, “engellerinin bir kusurmuş gibi yüzlerine vurulmasıyla aynı anlama geldiğini” ifade etmiştir.
- İki hekim, bazı hastaların bu tür uygulamalarla kendilerinde eksiklik olduğunu hatırlatıldığını ifade etmiştir.
- Bir hekim, “engellilerin beklentilerinin ayrıcalık değil, anlayış olduğunu” düşünmektedir.

Ayrıcalık tanınmasının bedensel engellilerde olumsuz duygulanıma yol açmayacağını düşünen hekimlerin gerekçeleri ise aşağıdakilerden oluşmaktadır.

- İki hekim, yaklaşımın sıcak olması durumunda olumsuz duygulanımın olmayacağını düşünmektedirler.
- Yedi hekim, tersine işleri kolaylaşacağı için böyle bir beklentileri olduğunu ifade etmektedir.
- Altı hekim ise, yaşamlarının zor olduğunu, fizyolojik gereksinimlerini yerine getirebilmek için yardım almalarının gerekmesini neden olarak belirtmektedir.

- Bir hekim, “durumun gerçek ve kabullenilmiş olması” nı gerekçe olarak göstermiştir.

“Diğer” yanıtlarının gerekçeleri ise aşağıda verilmiştir.

- Bir hekim, “tanınan ayrıcalıkların iyice belirlenmesi ve abartılmaması durumunda olumsuz duygulanım olmayacağı, ancak ülkemizde kendi yapabileceklerine bile izin verilmemesi gibi bir durumun söz konusu olduğunu” vurgulamıştır.
- Bir hekim, “ayrıcalık tanıma yöntemine göre duygulanımın değişeceğini” düşünmektedir.
- Bir hekim, “hastaların durumlarını kabul etme derecelerine göre değişeceğini” öne sürmüştür.
- Üç hekim, hastaya ve yakınlarına göre değişeceğini ifade etmiştir.

4.1.2.13.Soru 13

Sizce bedensel engelli hastalara, uğramış oldukları şanssızlığı telafi etme adına, makul ölçüde olumlu ayrımcılık yapılması kabul edilebilir midir?

Tablo 4-18. Soru 13’e verilen cevapların dağılımı

Yanıt	Sayı	%
Evet	186	80,9
Hayır	33	14,3
Diğer	11	4,8
Toplam	230	100,0

Araştırma grubundaki 230 hekimin 186'sı (% 80,9) bedensel engellilerin şanssızlığını telafi etmek adına onlara makul ölçüde ayrımcılık yapılmasını kabul edilebilir olarak görmektedirler. Otuz üç hekim (% 14,3) bunu kabul edilemez bulmuş, 11 hekim de (% 4,8) “diğer” yanıtını tercih etmiştir.

Soruya “evet” ya da “hayır” yanıtı veren hekim gruplarının yanıtları demografik verilere ve engellilerle ilgili deneyim bilgilerine göre analiz edildiğinde hekimlerin yaşına, branşına, engellilerle karşılaşma yüzdesine, meslekte geçirdikleri yıla, bedensel engelli yakını olma - olmama durumuna ve engelliler hakkında bilgi edinme ya da kişisel deneyim yaşama sorusuna verdikleri yanıtlara göre istatistiksel farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Tablo 4-19. Cinsiyet farkı ile engellilere olumlu ayrımcılığın kabul edilebilirliği arasındaki ilişki

Cinsiyet	Engellilere makul ölçüde olumlu ayrımcılık yapılmasını kabul edilebilirliği					
	Evet		Hayır		Toplam	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Erkek	118	80,8	28	19,2	146	100
Kadın	68	93,2	5	6,8	73	100
Toplam	186	84,9	33	15,1	219	100

Değerlendirme dışı: “diğer” seçeneğini yeğleyen hekim sayısı 11; 5'i erkek, 6'sı kadın

Cinsiyet gruplarına göre yapılan analizde ise istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur. Kadın hekimler arasında daha fazla sayıda hekim bedensel engelli hastalara makul ölçüde ayrımcılık sağlanmasını kabul edilebilir bulmaktadır.

Araştırma grubunda, bu soruya “evet” ya da “hayır” yanıtı veren toplam 146 erkek hekimin 118'i (% 80,8) bedensel engellilere uğramış oldukları şanssızlığı telafi etmek adına makul ölçüde olumlu ayrımcılığı kabul edilebilir bulmuşlardır. Kalan 28 (% 19,2) hekim ise olumlu ayrımcılığı kabul edilebilir bulmamışlardır.

Kadın hekimlerin ise toplam 73'ü bu soruya “evet” ya da “hayır” yanıtı vermiştir. Bunların da 68'i (% 93,2) olumlu ayrımcılık yapılmasını kabul edilebilir bulurken, yalnızca 5 hekim (% 6,8) engellilere, uğradıkları şanssızlığı telafi etmek adına olumlu ayrımcılık yapılmasını kabul edilemez bulmuşlardır.

Kadın hekimler arasında daha az sayıda hekimin soruya “hayır” yanıtı vermesi istatistiksel olarak anlamlı fark ortaya çıkarmıştır. (P=0.016)

Engellilere makul ölçüde olumlu ayrımcılık yapılmasını kabul edilebilir bulan hekimlerin nedenleri aşağıdadır.

- Beş hekim, işlerini kolaylaştırmak, hayatlarını yaşanılabilir kılmak, destek olmak için yapılması gerektiğini düşünmektedir.
- Üç hekim, hastanelerde fiziksel alt yapı donanımı eksik olduğu için yapılması gerektiğini belirtmiştir.
- Bir hekim, “sevilmedikleri, sayılmadıkları hissinden kurtulmalarını sağlamak, toplum tarafından kabul edildiklerini fark ettirmek için” böyle bir ayrımcılığın yapılması gerektiğini belirtmiştir.
- Bir hekim, “bir afet sonrası zarar gören insanlara devletin yardım etmesi nasıl doğal bir beklenti ise bununda ona yakın bir durum olduğunu” düşünmektedir.
- Bir hekim, “böyle bir engel yurt savunması sırasında oluşmuş olabilir. Bu kişiye karşı borçluluk hissi duyma, engellilik başka bir nedenle oluşmuş olsa da borçluluk hissi duyulan kişilerle eşitlik söz konusu olması nedeniyle tüm engellilere ayrıcalık yapılması gerektiğini” ifade etmiştir.
- İki hekim, “uğramış oldukları şanssızlığı telafi etmek için” gerektiğini düşünmektedir.
- İki hekim, sağlıklı olanlarında bir gün engelli olma riski nedeniyle olumlu ayrımcılığı kabul etmektedir.
- Bir hekim, “çocuklar için kreş ve eğitim gerekliliği gibi onlar için yapılacak düzenlemelerin de ayrıcalık değil hak olacağı” düşüncesini taşımaktadır.

- Bir hekim, “ayrımcılık değil, kuralların onların lehine modifikasyonu” olarak görmektedir.
- Bir hekim ise “isteyerek düşükleri bir durum olmaması; o halde problemin paylaşılması gerektiği” düşüncesiyle makul ölçüde olumlu ayrımcılık yapılabileceğini ifade etmiştir.

Engellilere olumlu ayrımcılığı kabul edilemez bulan hekimlerin nedenleri ise aşağıda sıralanmıştır:

- Üç hekim, eşitlik ilkesine aykırı olmasını gerekçe olarak göstermiştir.
- Bir hekim, “engellilerin kendilerini sağlam görmek istediklerini” düşünmektedir.
- Bir hekim, “engelli kişilerin çoğunun engellerini, tedavilerinin çabuklaşması için gerekçe olarak görmelerini” öne sürmektedir.
- Bir hekim, ayrımcılığa karşı olduğu için olumlu ayrımcılığı kabul etmemektedir.
- Bir hekim, ayrımcılığın onları daha olumsuz etkileyeceğini düşünmektedir.
- Bir hekim, “kamu vicdanını rahatlatmak” düşüncesiyle bedensel engellilere olumlu ayrımcılığa karşı çıkmıştır.

“Diğer” yanıtı veren hekimlerin açıklamaları da aşağıdakilerden ibarettir:

- İki hekim, ayrımcılık değil, fiziksel şartlardaki zorlukları kolaylaştırmak gerektiğini söylemiştir.
- Bir hekim, “ayrımcılığın engelin boyutuna göre yapılabileceğini; aksi halde suiistimal edilebilir olduğunu” vurgulamıştır.
- Bir hekim ise, “eğer şanssızlığa o an uğramış iseler ayrımcılığın hoş görülebileceği” düşüncesini taşıdığını ifade etmiştir.

4.1.2.14.Soru 14

Sizece bedensel engelli hastalar arasında özel durumlarını istismar ederek tıbbi işlemlerini öncelikle gerçekleştirme eğilimi gösterenler çoğunlukta mıdır?

Tablo 4-20. Soru 14'e verilen cevapların dağılımı

Yanıt	Sayı	%
Evet	63	27,4
Hayır	131	57,0
Diğer	36	15,6
Toplam	230	100,0

Araştırmaya katılan 230 hekimden 63'ü (% 27,4) bedensel engelli hastaları arasında özel durumlarını istismar ederek tıbbi işlemlerini öncelikle gerçekleştirme eğilimi gösterenlerin çoğunlukta olduğunu düşünmektedir. Böyle bir eğilim gösteren hastaların çoğunlukta olmadığını düşündüklerini belirten hekim sayısı 131'dir (% 57,0). Otuz altı hekim de (% 15,6) bu soruya “diğer” yanıtı vermiştir.

Soruya “evet” ya da “hayır” yanıtı veren hekim gruplarının yanıtları demografik verilere ve engellilerle ilgili deneyim bilgilerine göre analiz edildiğinde hekimlerin yaşına, cinsiyetine, branşına, engellilerle karşılaşma yüzdesine, meslekte geçirdikleri yıla, bedensel engelli yakını olma - olmama durumuna ve engelliler hakkında bilgi edinme ya da kişisel deneyim yaşama sorusuna verdikleri yanıtlara göre istatistiksel farklılık göstermediği tespit edilmiştir.

Engelli hastaları arasında özel durumlarını istismar etme eğilimi gösterenlerin çoğunlukta olduğunu düşünen hekimlerin nedenleri aşağıda sıralanmıştır:

- Bir hekim, “hastanede işlerini çabuk yürütmek için” özel durumlarını kullandıklarını düşünmektedir.

- İki hekim, toplumun genel olarak bu insanlara öncelik tanınmasından yana olması, kendileri istemese de diğer hastalardan ve yakınlarından talep geldiğini ifade etmiştir.
- İki hekim, insanların doğaları gereği çoğunda işlemlerini öncelikli yaptırma psikolojisi ve içgüdüğü olduğunu savunmaktadır.
- Bir hekim, “engellilere şimdiye kadar tanınmayan kolaylıklar ve yok saymalar nedeniyle istismara yönelmelerinin kaçınılmaz olmasını” neden olarak göstermiştir.

Böyle bir istismara yönelen engelli hastaların çoğunlukta olmadığını ifade eden hekimlerin gerekçelerini ise şunlar oluşturmaktadır:

- İki hekim, hiç engeli olmadığı halde özel durumunu istismar edenlerle karşılaştıklarını, tüm hastaların aynı taleple geldiklerini vurgulamıştır.
- Bir hekim, “engellilerin çoğunun zaten durumlarını gurur meselesi yaptıklarını” düşünmektedir.
- Bir hekim ise “özellikle kendilerini güçlü göstermek istedikleri için” istismara yönelmediklerini düşündüğünü ifade etmiştir.

Soruya “diğer” yanıtı veren hekimlerin açıklamaları da aşağıdakilerden oluşmaktadır:

- Bir hekim, “oran % 50 olabilir; engelli olmayanlar da fırsat bulduklarında durumlarını istismar etmekten keyif alabilirler” şeklinde açıklama yapmıştır.
- İki hekim, koşullara göre değiştiğini düşünmektedir.
- Bir hekim ise, “fiziksel engeli nedeniyle ruh sağlığında da bozulma olabilir; bir kısmı böyle davranabilir” şeklinde ifade kullanmıştır.

4.2.Araştırmaya Dahil Edilen Hastanelerin Engellilerle İlgili Fiziksel Altyapı Düzenlemeleri

Hastanelerin fiziksel koşulları; (1) engelli otoparkı varlığı-yokluğu, (2) tekerlekli iskemle kullanan hastalar için girişlerde ve eşiklerde rampa varlığı-yokluğu, (3) kapılarının genişliği, (4) kayıt, muayene ve tetkik birimleri çok katlı binada ve zeminin altındaki-üstündeki katlara dağılmış durumda ise asansör varlığı-yokluğu, (5) engelli tuvaleti varlığı-yokluğu, (6) zeminin alt ekstremitte ortezi-protezi kullanan hastalar için tehlike yaratabilecek ölçüde kaygan olup-olmaması, (7) engelliler için özel bir muayene biriminin varlığı-yokluğu açısından incelenmiş ve ilgili kişilerden bilgi alınmıştır. İnceleme sonuçları ve alınan bilgilere göre yapılan tespitler, aşağıda sıralanmıştır.

Tablo 4-21. Çalışılan hastanelerdeki fiziksel alt yapının engelli hastalar açısından özellikleri

	Otopark	Rampa	Kapı	Asansör	Tuvalet	Zemin	Özel birim
Numune Hastanesi	Yok	Var	Uygun	Yok	Yok	Kaygan	Yok
Devlet Hastanesi	Yok	Var	Uygun	Yok	Yok	Kaygan değil	Yok
SSK Hastanesi	Var	Var	Uygun	Yok	Var (*)	Kaygan değil	Var
Balçalı Hastanesi	Yok	Var	Uygun	Var	Var	Kaygan	Yok

(*): Standartlara uygun olmayan engelli tuvaleti.

4.2.1.Adana Numune Hastanesi:

- Engelli otoparkı yoktur.
- Hastane içinde engellilerin kullanabileceği tuvalet yoktur.
- Mikrobiyoloji Laboratuvarı ikinci katta, merdiven dışında bir ulaşım yolu yoktur. Ancak kan alma birimi zeminde ve herkesin kolaylıkla ulaşabileceği bir bölgededir.
- Hastaneden arka bahçeye çıkışta bir rampa mevcut. Acil Polikliniğin girişinde de rampalar mevcuttur.
- Poliklinik odaları bahçe içinde, tek katlı barakalarda ve genel cerrahi polikliniği hariç basamaksız; engellilerin girebileceği biçimde düz zemindedir. Ancak, Genel Cerrahi ve Çocuk Cerrahisi Poliklinikleri zeminden iki basamak yüksekte ve rampa yoktur.
- Poliklinik kapıları genel olarak tekerlekli iskemlenin girebileceği genişliktedir.
- Zemin, özellikle yönetim birimlerinin bulunduğu bölümde ve hastane ana binası içinde kayıp düşmeye neden olacak ölçüde cilalanmıştır.

4.2.2.Adana Devlet Hastanesi:

- Engelli otoparkı yoktur.
- Hastane içinde engellilerin kullanabileceği tuvalet yoktur.
- Laboratuvarlar ve kan alma birimi zemin kattadır.
- Polikliniklerin büyük çoğunluğu yeni yapılmış olan, yüksek ve dik bir merdivenden başka ulaşım yolu olmayan ek binanın ikinci katındadır. Göğüs- kalp-damar cerrahisi polikliniği eski binada olması ve üst katında yataklı servisler bulunması sebebiyle poliklinik girişinde bir rampa mevcuttur. Ancak kapı tekerlekli iskemle sığacak genişlikte değildir.

- Bu hastanede engellilerin iş başvurularında iş görmezlik yüzdelerini belirleyen heyetin toplanması, engellilerin bu hastaneye gelme zorunluluklarını oluşturmaktadır. Heyet toplantı günlerinde polikliniklere çıkamayan engelliler, yakınlarının kucağında ya da sırtında polikliniklere ulaşmaya çalışmaktadır.
- Girişinde rampa olan poliklinikte kapılar tekerlekli iskemlenin geçebileceği genişliğe sahip değil ve poliklinik odasına girebilmek için yaklaşık bir basamak yüksekliğinde aşağıya inilmesi gerekmektedir.
- Zemin hastanenin pek çok yerinde tehlike yaratacak ölçüde kaygan değildir.

4.2.3.Adana Sosyal Sigortalar Hastanesi

- Poliklinikler hastane bahçesinde, hastane binasından ayrı iki binaya yayılmıştır. Poliklinik binalarından birisinin önünde engelli arabaları için (SSK'nın engelliler için hem bina içerisinde kullanılabilen, hem de şehir için yollarda kullanılabilen tekerlekli iskemleleri mevcut) park yeri vardır.
- Polikliniklerin olduğu binada engelli tuvaleti olarak ayrılmış bir tuvalet vardır. Ancak tuvalet alanının büyüklüğü yeterli değil. Yalnızca klozet bulunmakta, klozetin yanında tutunma barları bulunmamaktadır.
- Engellilerin sürekli kullandıkları ilaçları yazmak için kullanılan “özürlü polikliniği” adı verilmiş bir poliklinik olduğu tespit edilmiştir. Bu poliklinikte, daha önceki yönetim sırasında engellilerin işlemlerini (tetkik, evrak işleri) yapmakla görevli personelin bulunduğu, daha sonra bu uygulamadan vazgeçildiği öğrenilmiştir.
- Her iki poliklinik binası da iki katlı, ancak ikinci katlarında çocuk, çocuk cerrahisi gibi engellilerin hasta olarak başvurmayacakları poliklinikler mevcuttur. Kan alma, tetkik için örnek verme ve radyolojik tetkik yaptırma birimleri engellilerin ulaşabileceği şekilde zemin kattadır.

- Hastane girişinde, poliklinik binası girişinde ve tüm bahçede her yükseltide rampalar mevcuttur.
- Kapılar genel olarak tekerlekli iskemlenin girebileceği genişlikte ve eşik yoktur.
- Zemin tehlike yaratacak ölçüde kaygan değildir.

4.2.4.Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi

- Engelli otoparkı yoktur.
- Poliklinikler hastaneye bağlı üç katlı bir binadadır. Bu binanın birinci katında engelli tuvaleti vardır. Engelli tuvaleti, tekerlekli sandalyenin sığabileceği ve hareket edebileceği genişliktedir, sol yandaki duvarda tutunma barı mevcuttur. Ancak engelli tuvaletinin varlığı, levhalarda gösterilmemiştir.
- Polikliniklerin bulunduğu binada tekerlekli sandalye ve sedyenin sığabileceği genişlikte iki asansör vardır.
- Kan alma ve tetkik için örnek verme, radyolojik tetkik yaptırma engellilerin ulaşabileceği yerlerdedir.
- Poliklinik ve hastane girişinde rampalar mevcuttur.
- Kapılar genel olarak tekerlekli iskemlenin girebileceği genişliktedir.
- Zemin ise zaman zaman kayıp düşmeye neden olacak ölçüde cilalanmış olabilmektedir.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma sonuçları hem kendi içinde hem de literatürdeki benzer çalışmalarla karşılaştırmalı olarak tartışmaya açılmıştır.

5.1.Genel Değerlendirme

Toplumumuzdaki engelli kişiler, daha önce de söz edildiği gibi azımsanamayacak bir orandadır. Toplumun parçası olan engelli kişilerin ise, anatomofizyolojik bütünlüklerinin zarar görmüş olması nedeniyle sağlık sorunları ile normal kişilere kıyasla daha sık karşılaşması muhtemeldir. Bu saptamadan hareket edildiğinde, hastaneye başvurmak zorunda kalan engelli hastaların tüm hastalara oranının toplum genelindeki engelli oranından daha yüksek olacağı sonucu çıkarılabilir. Sözelimi engeli olmayan kişiler ortalama olarak yılda bir veya iki yılda bir hastaneye başvurularken, engelli kişiler yılda iki veya daha fazla hastaneye başvurmak durumunda kalabilmektedirler. Ülkemizde sağlık hizmetlerinin yeterliliği güncel bir tartışma konusu olarak sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Bu tartışmayı bir de engelli hastalara yönelik sağlık hizmeti yeterliliği zeminine çekmek, sayılamayacak kadar çok sayıda problem ile de yüzleşmek zorunluluğunu getirmektedir.

Engelli hastalar, engellilikleri nedeniyle pek çok kamuya açık mekanda olduğu gibi hastanelerde de fiziksel alt yapı olanaksızlıkları ile karşılaşmaktadırlar. Bunun yanı sıra ve belki de ondan da önemlisi sağlık personeli ve özellikle hekimler ile olan iletişimlerinde karşılaştıkları tutum modelleri de adil ve tutarlı bir sağlık hizmeti alma haklarını zedeleyebilmektedir. Bu zedelenme, hekimlerin pek çoğunun engelli hastalarına karşı belki isteyerek ama daha çok farkında olmayarak, ayrımcılık ya da kayırmacılık yapmalarından kaynaklanmaktadır. Engelli hastayla etkileşim içinde olan hekim, çoğunlukla benimsediği standart yaklaşım kalıbının dışına çıkmaktadır. Hekim, farklı görünümdeki ve yüksek beklentisi olduğunu düşündüğü engelli hastaya diğer hastalara davrandığından farklı davranma eğilimindedir. Hekimlerin bu davranışları da engelli kişilerin üzerinde değişik etkiler yaratabilmekte, böylece iletişimde dile getirilmeyen ancak her iki tarafın da hissettiği bir gerginlik yaşanmaktadır. Ayrıca

engelli kişilerin hekime ulaşabilirliklerinde bariyer oluşturabilen, en azından kolaylaştırmayan hastane fiziksel alt yapı düzenlemeleri de sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliğini zorlaştırmakta, bu hizmetlerden eşit yararlanma hakkını zedelemektedir.

Aynı zamanda, ülkemizin ekonomik koşulları yetersizdir ve tıbbın gelişen teknolojiyi daha fazla kullanması sonucunda sağlık hizmetinin maliyeti artmıştır; üstelik bu artış, görece sosyal politikaların yerini liberal politikaların almasıyla tıba ihtiyaç duyanların ekonomik durumları giderek daha fazla etkilenmektedir. Bu durum, kaynakların dağılımında sağlık sistemi düzenleyicileri ve uygulayıcılarını zaman zaman zor durumda bırakabilmektedir. Hizmet verebileceği hasta sayısının çok üzerindeki sayıda kişilere yetersiz sayıda sağlık elemanı ile hizmet vermeye çalışan hastanelerin durumu herkes tarafından bilinmektedir. Muayene olabilmek için beklenen uzun kuyruklar, ilaç bedelinin devlet tarafından karşılanması için gerekli işlemler, ilaç alabilmek için beklenen süre engelli-engelsiz tüm hastalar için sorun oluşturmaktadır. Bedensel engelli kişilerin hareketlerinin büyük oranda başkalarının yardımına muhtaç olması gerçeğinin yanı sıra, hastaneye başvuran hastaların büyük çoğunluğunun da yardıma ihtiyacı olduğu gerçeğini göz ardı etmemek gerekmektedir.

Bu noktalardan hareket ile hekimlerin bu sistem içerisinde bedensel engelli hastaları ile ilgili düşünce ve davranışları, tıp etiğinin “adalet” ilkesi açısından önem kazanmaktadır. Diğer yanda ise sağlık çalışanlarına, bedensel engellilerin hastaneye ulaşmasını ve hastane içinde hareket edebilmesini sağlayacak fiziksel alt yapı koşullarının nitelik ve niceliği konusunu düşünmeyi ve gündeme taşımayı sağlamak gibi bir görev yüklemek de olanaklıdır.

5.2.Hekimlerle Görüşme Bulgularının Değerlendirilmesi

5.2.1.Görüşme Bulgularının Kendi İçinde Değerlendirilmesi

Araştırma bulgularının hatırlanması amacıyla, demografik bulgular kısaca yinelenmiş, Türkiye ortalamalarıyla karşılaştırılmış ve anket sorularına verilen yanıtların istatistiksel değerlendirmesi özetlenmiştir.

Adana ili tam teşekküllü resmi sağlık kurumlarında, hekimlerle görüşülerek yapılan bu araştırmada 230 klinisyen hekimle görüşülmüştür. Görüşülen hekimler, ortalama 38 yaşında olup, % 34,3'ü kadın ve % 65,7'si erkektir. T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğünün verilerine göre Türkiye'de kadın hekim oranı % 29 olarak bildirilmiştir.⁽⁵⁹⁾ Araştırmada görüşülen erkek hekim / kadın hekim oranının, söz konusu verilere yakın olduğu görülmektedir.

Görüşülen hekimlerin ortalama 13 yıldır hekimlik yaptıkları ve yaklaşık yarısının cerrahi branşta diğer yarısının da dahili branşta olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hekimlerin hastaları içerisindeki bedensel engelli hasta oranı ortalama % 6,53 olarak bulunmuştur. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı'nın "özürlüler araştırması" sonuçlarında; tez kapsamına alınan ortopedik, işitme, görme ve konuşma engelli oranı, Türkiye nüfusunun % 2,60'ı olarak belirtilmiştir.⁽¹⁹⁾ Ulaşılan hekimlerin, bedensel engelli hastayla karşılaşma oranı, Türkiye'deki tüm bedensel engelli oranı ile karşılaştırıldığında; hekimlerin karşılaştığı engelli hasta oranının, bildirilen verilerin yaklaşık üç katı olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun nedeni, araştırmada öncelikle fizik tedavi ve rehabilitasyon, nöroloji, ortopedi, kulak burun boğaz gibi bedensel engelli hastayla karşılaşma olasılığı yüksek hekimlerle görüşmeler yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Araştırma sonuçları, soruları yanıtlayan hekimlerin akraba ya da yakın arkadaşlarının engelli olma oranına göre değerlendirildiğinde, ulaşılan hekimlerin % 20,4'ünün engelli yakını olduğu görülmektedir. Çalışma sonucunda ortaya çıkan engelli oranı, Türkiye'deki engelli oranı olarak verilmiş olan % 12,29 oranının üzerindedir. Ortaya çıkan durum, iki şekilde yorumlanabilir; tesadüfen engelli akrabası olanlara daha fazla ulaşılabilmiştir, ya da Adana'da engelli sayısı Türkiye ortalamasının üzerinde olabilir.

Engellileri tanımlamada kullanılan terim seçimindeki özensizlik ya da fazla özen kişilerin düşüncelerinde, engelliliğin kötü ve istenmeyen bir durum olduğunun, doğal olamayacağının ve yaşam döngüsünün bir parçası olamayacağının ipuçları gibi görünmektedir. Örneğin halk arasında yakın zamana kadar ve halen daha fazla kullanılmakta olan "sakat" terimi, yapılan çalışmada da görüldüğü gibi, yerini, "özürlü" ve "engelli" terimlerine bırakmaya başlamıştır. Ancak ifade kargaşası, kurum ve dernek isimlerinde bile görülmektedir.; Türkiye Sakatlar Derneği(1960), Bedensel Engelliler

Dayanışma Derneği(1993), Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı(1997), Ortopedik Özürlüler Derneği(1998).

Araştırmaya katılan hekimlerin engelliliği dile getirişleri içerisinde % 77,0 gibi en yüksek oranda (177 kişi) “engelli” terimi tercih edilmiştir. % 17,0 oranında (39 kişi) “özürlü” terimi, % 4,3 oranında (10 kişi) “sakat” terimi kullanıldığı ifade edilmiştir.

Engellilerle ilgili bilgi sahibi olmanın, engellilikle ilgili deneyim yaşamış olmanın onlara yönelik tutumlar üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Söz konusu kişisel deneyim engelli dernek ve federasyonlarında çalışmak suretiyle ya da engellilerle ilgili bilgilendirme konferansları vermek yoluyla yaşanmaktadır. Araştırmada sorulara yanıt veren hekimlerin % 75.2’si (173 kişi) engellilerle ilgili deneyim yaşamadıklarını belirtmişlerdir. % 24.8’sinin (57 kişi) ise yardım dernekleri üyeliği yapmak, tekerlekli sandalye temini ve dağıtımını sağlamak, engellilik konusunda bilgilendirme konferansları vermek suretiyle engellilerle ilgili deneyim yaşamış oldukları sonucu çıkmıştır.

Araştırmada hekimlerin bedensel engellilerle ilgili düşünce ve davranışlarına ait sorulara verilen yanıtların demografik verilerle ve araştırma grubunun engellilerle ilgili deneyim bilgileriyle karşılaştırılması sonucu; 1, 3, 5, 7, 8 ve 13. soruya alınan yanıtlarda anlamlı farklar bulunmuştur.

İlk olarak, “mesleki uygulamalarınız çerçevesinde, bedensel engelli hastalarla etkileşim sırasında özel bir zorluk yaşamamız söz konusu oluyor mu?” sorusuna yanıt aranmış, demografik veriler ve engellilerle ilgili, onlara değişik biçimlerde yardımcı olmak yoluyla kazanılan deneyim bilgileri ile karşılaştırılmıştır. Buna göre, yakın akraba ve yakın arkadaşları arasında bedensel engelli birey bulunan hekimler arasında başlangıçtaki tahminin aksine daha yüksek sayıda hekim, engellilerle etkileşimde zorluk çektiklerini ifade etmişlerdir.

Verilen yanıtların dağılımı, demografik veriler ve engellilerle ilgili deneyim bilgileri dikkate alınarak değerlendirildiğinde anlamlı fark bulunan diğer bir soru da; “mesleki uygulamalarınız çerçevesinde, bedensel engelli hastalara karşı diğer hastalara gösterdiğinizden daha fazla anlayış ve özen gösterir misiniz?” sorusudur.

Yanıt dağılımları, deneyim bilgileri dikkate alınarak değerlendirildiğinde, bedensel engelli kişiler ile daha önce kişisel bir deneyim yaşamış olmanın, hekimlerin engelli hastalarına istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla anlayış ve özen göstermelerine neden olduğu saptanmaktadır.

Beşinci soruda hekimlere, “polikliniğinize başvuran bedensel engelli hastaları sıralarında değil herkesten önce ya da herkesten sonra muayene etme gibi bir uygulamayı benimser misiniz?” sorusu sorulmuştur.

Bu soruya verilen “evet” ve “hayır” yanıtlarına göre: hekimlerin engellilere muayene sıralarında farklı davranıp davranmamaları ile bedensel engelli hastalarla karşılaşma yüzdeleri arasında istatistiksel fark tespit edilmiştir. Daha yüksek oranda bedensel engelli hasta ile karşılaşan hekim grubunun, polikliniğe başvuran bedensel engelli hastaları sıralarından önce ya da sonra muayene etme uygulamasını benimsemedikleri tespit edilmiştir.

“Bedensel engelli hastaların işlemlerini kolaylaştırmak için, hastanelerde onların evrakını getirip götürme, tekerlekli iskemlelerini itme vs. gibi işleri ile ilgilenen kişilerden oluşan özel bir birim bulunmalı mıdır?” sorusuna “evet” ve “hayır” yanıtı veren hekimler arasında bedensel engelli yakını olma-olmama durumuna göre yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir.

Başlangıçtaki düşüncenin aksine, bedensel engelli yakın akraba veya yakın arkadaşı olmayan hekimler daha yüksek oranda engellilerin işlerini kolaylaştırmak için onların işleriyle uğraşacak özel bir birim olması gerektiğini düşünmektedir. Engelli akraba veya yakın arkadaşı olan hekimler arasında böyle bir birimin varlığına gerek görmeyenlerin oranı daha yüksek çıkmıştır.

Bu soruda branşlara göre yapılan analizde de iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Cerrahi branştaki hekimler arasında daha fazla sayıda hekim, hastanede bedensel engellilerin evrakını getirip götürme gibi işlemlerini yapacak özel birimin gerektiği kanısındadır.

Sekizinci soruda olumlu ayrımcılık adına kimi kural ihlallerinin göze alınıp alınmadığını belirlemek amaçlanmış, soru, “bedensel engelli hastaların, tetkik işlemlerini kolaylaştırmak için endikasyonsuz yatış verme ya da bir müstahdemi onların özel işlerini takiple görevlendirme gibi düzenlemeler yapar mısınız?” şeklindedir.

Bu sorunun yanıtlarının ise, hekimlerin yaşları ve meslekte geçirdikleri süreye göre değişiklik gösterdiği tespit edilmiştir. Bedensel engellilerin tetkik işlemlerini kolaylaştırmak için endikasyonsuz yatış ya da özel işlerini takiple birisini görevlendirme gibi düzenlemeler yapacağını ifade eden hekimlerin yaş ortalaması, bu düzenlemeyi benimsemeyen hekimlere göre yüksektir.

Hekimlerin yaşlarıyla birlikte meslek yaşamı süreleri de bedensel engellilerin işlemlerini kolaylaştırmak için endikasyonsuz yatış ya da özel işlerini takiple birisini görevlendirme gibi düzenlemeler yapmalarında etkili olmaktadır. Bu tip düzenlemeler yapabileceğini ifade eden hekimler, yapmayacaklarını ifade edenlere göre daha uzun süren meslek yaşamına sahiptirler.

İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunan son soru ise hekimlere “bedensel engelli hastalara, uğramış oldukları şanssızlığı telafi etme adına, makul ölçüde olumlu ayrımcılık yapılması kabul edilebilir midir?” biçimindedir.

Araştırma grubundaki hekimlerin cinsiyet farkları, engelli hastalarına makul ölçüde ayrımcılık yapmaları üzerinde etkili olmuştur. Kadın hekimler, daha yüksek oranda engeli hastalara olumlu ayrımcılığı kabul edilebilir bulmuşlardır.

Tüm bulgular gözden geçirildiğinde genel olarak hekimlerin olumlu ayrımcılığa yatkın olduğu, bedensel engelli hastalarına daha olumlu yaklaştıkları, onların farklılıklarını göz önünde bulundurdıkları tespit edilmiştir.

5.2.2.Görüşme Bulgularının Literatürle Karşılaştırılması

Engelliler hakkında yapılmış çalışmaları tespit etmek amacıyla tıp etiği kaynakları ve tıbbi kaynaklar tarandığında; sağlık çalışanlarının engellilere yönelik tutumlarıyla ilgili çalışmaların 1960’larda başladığı görülmüştür. Engelliler hakkında yapılmış tutum araştırmaları konusunda medline taraması (entrez pubmed, mart-2005, attitude toward disabled person) sonucu 1960-2005 yılları arasında 335 çalışmayla karşılaşılmıştır. Tutum araştırmalarının bir kısmı anne babaların çocuklarına, toplumdaki kişilerin AIDS’li hastalara tutumları gibi farklı konulardaki tutumlarla ilgili olsa da büyük bölümü engellilere yönelik tutumlarla ilgilidir. Çalışmaların on yıllara göre dağılımı aşağıdadır.

1960-69 yılları arasında daha çok Avrupa ülkelerinde hemşireler, uğraş terapistleri, sağlık profesyonelleri, psikolojik danışmanların engellilere yönelik tutumları araştırılmış ve birbirleri ile karşılaştırılmıştır.

1970-79 yılları arasında da çok sayıda çalışmada, eğitimciler, öğrenciler (tıp öğrencileri dahil), uğraş terapistleri, fizyoterapistlerin, işverenlerin iş arayan engellilere, çocukların fiziksel engellilere yönelik tutumları ele alınmıştır.

1980-89 yıllarında aynı şekilde eğitim öğrencilerinin, uğraş terapistlerinin, fizyoterapistlerin engellilere yönelik tutumları çalışılmıştır. Bu dönemde ayrıca sayıca az olsa da yaşlılara karşı tutumlarla ilgili çalışma yapılmıştır.

1990-2005 yılları arasında da yine daha çok lise ve ilkokul öğrencileri olmak üzere, tıp öğrencileri, rehabilitasyon hemşireliği öğrencileri, fizyoterapistlerin engellilere yönelik tutumları çalışılmıştır. Ayrıca anne ve babaların engelli çocuklarına yönelik tutumları da incelenmiştir.

Engellilere yönelik ayrımcılık konusunda yapılan medline taramasında ise 531 çalışmayla karşılaşmıştır. Ancak bu çalışmaların büyük çoğunluğu engellilere yönelik ayrımcılığa karşı çıkarılan yasalarla ilgilidir:

1990 yılına kadar işitme engellilerde ve spinal kord yaralanmalarında nedenler ve tedaviler gibi medikal içerikli çalışmalarla karşılaşmıştır.

1990-2000 yılları arasında çok sayıda çalışmanın, AIDS'li kişilerin engellilik durumlarına ve onlara yönelik ayrımcılık konusunda yapıldığı görülmektedir. Ayrıca bu dönemde Amerikalı Engelliler Yasası ve bu yasanın HIV taşıyıcılarına sağladığı olanaklar tartışılmıştır.

1990'ların sonları ve 2000'lerin başlarında ise kronik hastalıklar, bu hastalıklara bağlı engellilikler, engelliliğin önceden öğrenilmesini sağlayan prenatal testler, yaşlılık ve yaşlılara karşı ayrımcılık, engelli istihdamı ile ilgili yasalar, zihinsel engellilikte ön plana çıkan olumsuz ayrımcılık ve AIDS'in tartışıldığı görülmektedir. 1999 yılına ait bir makalede ise sağlık personelinin engellilere yönelik ayrımcılığı irdelenmiştir.

Tez çalışması çerçevesinde yapılan iki araştırmadan ilki, hekimlerin engellilerle ilgili düşünce ve duygularını, hasta-hekim iletişiminin engelli hasta-hekim iletişimi yönünü sorgulamaktadır. Bu bağlamda sorgulanan konular zaman zaman literatürdeki tutum

araştırmalarında sorgulananlara benzemektedir. Bu nedenle araştırma sonuçları, çeşitli ülkelerde yapılmış olan engelli kişilere yönelik tutum araştırma sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır.

İlk olarak tartişılması gereken, engelli kişilerin adlandırılması konusudur. Çünkü adlandırma, davranışların şekillenmesinde önemli bir faktör olabilmektedir. Kötü anlam yüklü bir adlandırma, davranışların da doğal halden çıkmasına ve hatta olumsuz yöne kaymasına neden olmaktadır. Giriş bölümünde de adı geçen Norwich (1999),⁽⁸⁾ etiketlerin güçlü etkileri olduğundan, çevredeki insanların engelli kişiyi algılayışları ve yargılarının; bunun sonucu olarak da davranışlarının değişeceğinden söz etmektedir. Norwich çalışmasında, eğitimde engelliliği; öğrenme zorluğu olan çocuklarla çalışan üç grup profesyonel tarafından özel eğitimde kullanılan altı terimin anlamlarını karşılaştırmış, negatiften pozitive değişen bir skalada değerlendirmiştir. Bu terimler: impairment “yetersizlik”, deficit “noksanlık”, abnormality “normalden farklılık”, disability “engellilik”, learning difficulty “öğrenme güçlüğü” ve special educational needs “özel eğitim gereksinimi” terimleridir. Çalışmanın sonucunda, “öğrenme güçlüğü” ve “özel eğitim gereksinimi” pozitif anlam yüküne, diğer dört terim ise negatif anlam yüküne sahip çıkmışlardır. Dört terim içinde de en az negatif anlam “engellilik” terimine yüklenmiştir.

Bu çalışmada da “engellilik” terimi en fazla tercih edilen terim olmuş; anket sorularına yanıt veren hekimlerin % 77’si “engelli” terimi kullanmayı tercih etmişlerdir. Engelliliğin en fazla tercih edilen terim olması: (1) Tez çalışmasının başlığında “engelli” teriminin kullanılmasının, hekimleri bu terime yönlendirmesi. (2) “Engelli” teriminin, “sakat” ve “özürlü” terimlerinden sonra ortaya çıkmış en yeni terim olması, (3) Engelliliğin, bu hali tanımlayan diğer terimlere göre daha olumlu bir anlam yüküne sahip olduğu düşüncesi nedeniyle olabilir. Bu bağlamda önceleri daha fazla kullanılan “sakat” teriminin değişmesi, yerini “özürlü” ve “engelli” terimlerine bırakması, belki de olumsuz anlam yükünden kaçınma isteğini ve bu yolda işlevselliği çok tartişma götürür bir tutum takınarak sözcük değişikliğine sığınmayı yansıtmaktadır.

Sağlık çalışanlarının engellilere yönelik tutumları ile ilgili çalışmalar daha önce de söz edildiği gibi 1960’larda başlamıştır. Bu çalışmaların çoğunda sağlık çalışanlarının negatif tutumlara sahip oldukları bulunmuştur. Örneğin Wills (1978), çalışmasında

profesyonel yardımcılarının engellilere yönelik tutumlarının genel popülasyona göre negatif olduğunu bulmuştur. Liveneh'e (1984) göre: engelliliğin bulaşıcı olması korkusu ve fiziksel bütünlüklerinin yok olması endişesi, engelli insanlardan çekinmeye neden olmaktadır. Engelliler, engelli olmayanlar için vücut imajlarına tehdit olarak algılanmaktadır. Chubon'un (1982) makalesinde hemşireler, sosyal çalışmacılar, psikiyatristler ve hekimler arasında engellilere yönelik olumsuz tutumlar bulunmuştur. Benham (1988) ise uğraş terapistlerine engelli insanlara yönelik tutum ölçeği (ADTP) kullanmış ve yıllar içinde dalgalanmalar göstermekle beraber, uğraş terapistlerinin engelli insanlara yönelik tutumlarının olumlu olduğunu gözlemlemiştir. Aynı ölçeği kullanan Duckworth (1988), Potts ve Brandt (1986), tıp öğrenci ve asistanlarının engellilere yönelik tutumlarının negatif olduğunu saptamışlardır. Rehabilitasyon hemşireleri, ADTP ölçeğine göre uğraş terapistleri ve fizyoterapistlerle karşılaştırıldığında en düşük ortalamaya sahip çıkmışlardır. ⁽⁶⁰⁾

Yapılan tez çalışmasının genel değerlendirmesinde ise yukarıda söz edilen çalışma sonuçlarıyla bazı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Adana'daki hastanelerde çalışan hekimlerin çoğunun engellilere karşı iyi niyetli, olumlu düşünce ve davranışlar içerisinde oldukları tespit edilmiştir. Burada dikkatten kaçmaması gereken husus, tez çalışmasındaki araştırma bağlamında tutum ölçümü yapılmamış; görüş sorulmuş olmasıdır.

Yukarıda söz edilen çalışmaların, hekimler üzerinde değil de hekim harici rehabilitasyon çalışanları üzerinde yapılmış olma sebebi büyük olasılıkla engelli hastanın bakımıyla hekimlerin ilgilenmemesi, engelli hastalarla rehabilitasyon ekibinin diğer elemanları kadar vakit geçirmemeleridir. Tez çalışmasında ise hasta hekim etkileşimi üzerinde durulmak istenmiş, engelli hastayla hekim arasındaki iletişimdeki sorunlar konusunda tıp dünyasına geri bildirim sağlamak amaçlanmıştır. Bu nedenle tez kapsamında yapılan araştırmada hekimlerin görüşleri ve davranışları önem kazanmaktadır.

Birinci soruda, hekimlere, engelli hastalarla etkileşimde zorluk yaşayıp yaşamadıkları; yedinci soruda ise bedensel engelli hastaların işlemlerini kolaylaştırmak için hastanelerde onların işlemleri ile ilgilenen kişilerden oluşan özel bir birimin gerekli olup olmadığı sorulmuştur. Birinci soruya hekimlerin % 60, 9'u etkileşimde zorluk

yaşamadıkları, % 37'si ise zorluk yaşadıkları şeklinde yanıt vermişlerdir. Yedinci soruda ise hekimlerin % 83,5'i engelliler için hastanede özel birimin gerekli olduğunu, % 11,7'si de gerekli olmadığını belirtmişlerdir. Her iki soruya verilen cevaplar ile hekimlerin engelli akrabaları ve yakın arkadaşları arasında engelli olma durumu arasında başlangıçta düşünülenin tersi bir sonuç ortaya çıkmıştır. Engelli akraba ve yakın arkadaşı olanlar arasında daha fazla sayıda hekim, beklenenin aksine engelli hastalarıyla etkileşimde zorluk çekmekte ve hastanede engellilerin işlerini yapacak özel bir birim gerektiğini düşünmemektedir.

Wang ve Moroz,⁽⁶¹⁾ çalışmalarında; tıp öğrencilerinin % 21'inin kendilerini fiziksel engellilerle çalışırken rahat hissetmediklerini, % 35'inin bazen rahat hissettiklerini, %38'inin ise tamamen rahat hissettiklerini saptamışlardır. Birinci soruya verilen cevapların dağılım oranları bu çalışmayla uyumludur.

Engelli akraba ya da arkadaşına sahip olunması, engelliler hakkında eğitim alarak ya da deneyimle bilgi sahibi olmanın, insanların engellilere yönelik tutumlarını değiştirdiği pek çok araştırmada belirtilmiştir.

Paris çalışmasında, tıp öğrencileri ve sağlık profesyonellerinin engellilere yönelik tutumlarını karşılaştırmış, bu tutumları etkileyen faktörleri araştırmıştır. Bu çalışmada bedensel engellilerle temasın artması ile, onlara yönelik tutumların olumlu yönde değiştiği bulunmuştur.⁽⁶²⁾

Gething kendi çalışmasında ve aktardığı Wright'ın (1980) çalışmasında, engellilerle sık ve yakın ilişkinin olumlu tutumlarla birlikte olduğunu bulmuştur.⁽⁶³⁾

Singer, ciddi düzeyde zihinsel fiziksel engelli çocuklara sahip ailelerde, uzun süreli engelliyle yaşamamanın ailelerde normal streslere ek stres yarattığını ve daha anksiyete ve depresyona yol açtığını saptamıştır.⁽⁶⁴⁾

Kumtepe de, engelli bireylerle etkileşimde bulunmanın tutumlarda olumluluğu arttırdığını belirtmektedir. Buna karşın, ailede engelli ya da süregen hastalığı olan bireylerin varlığı, aile içerisindeki ilişkilerin etkileşimsel doğasına bağlı olarak, başta anne-baba olmak üzere diğer tüm üyelerin yaşamlarını, yerine getirmeleri beklenen rolleri ve işlevleri önemli ölçüde etkilediğini söylemektedir.⁽⁷⁾

Tez çalışmasının birinci ve yedinci sorularına verilen yanıtların engellilerle yakın temasta olma ile karşılaştırılmasına göre sonuçlar, Kumtepe ve Singer'in sonuçlarıyla uyumlu olup, Paris, Gething ve Wright'ın sonuçlarıyla ise farklılıklar göstermektedir. Ancak Gething, makalesinin giriş bölümünde, engellilerle yüksek seviyede temas halindeki sağlık profesyonellerinin, onların problemlerine ve zayıflıklarına odaklanma eğiliminde olmaları ve negatif tutumlar göstermelerinin de mümkün olduğuna işaret etmektedir.

Bedensel engelli hastalar ile etkileşimleri sırasında zorluk çektiğini ifade eden hekimlerin çoğu, açıklamalarında duygusal olarak kendilerini rahat hissedememekten kaynaklanan iletişim problemlerinden söz etmektedirler. Bazı hekimler ise fiziksel koşullardaki yetersizlik sonucu muayenenin, rutin hasta-hekim iletişimi dışında faktörlerden etkilenmesi sonucunda zorluklar yaşadıklarını anlatan ifadeler kullanmışlardır.

Engellilerle etkileşimde zorluk çekmeyen hekimlerden birisi, açıklamasında, engelli kişilerin dezavantajlarının hekim için engel oluşturmadığını; bu nedenle iletişimi zorlaştıracak bir durumun ortaya çıkmadığını ifade etmiştir.

Hastanelerde bedensel engellilerin işlemlerini kolaylaştırmak için onların işlerini yapacak özel birim gerekliliği olup olmamasına verilen cevapların dağılımında hekimlerin branşlarına göre de istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Cerrahi branştaki hekimler arasında daha fazla sayıda hekim, böyle bir birimin gerekli olduğunu düşünmektedir.

Özel birim gerekliliğini düşünen hekimler, fiziksel olanaksızlıkların engelliler için bir engel daha oluşturması nedeniyle ve insan haklarının tüm insanlar için eşit koşullar sağlamayı gerektirmesi sebebiyle bu birimin gerekliliğine inanmaktadır.

Özel birimin gerekli olmadığını düşünen hekimler ise fiziksel koşulların düzenlenmesinin öncelikli olduğunu belirtmişler, ayrıcalıklı davranmanın engellinin kendisinde yetersizlik duygusu yaratacağı endişesinden söz etmişlerdir. Aynı zamanda diğer hastalar açısından, bir gruba ayrıcalık tanınmasının sakıncalı olduğu düşüncesini belirtmişlerdir.

İkinci soruda hekimlere bedensel engellilerin ilgi beklentisi ile ilgili düşünceleri sorulmuştur. Hekimlerin % 61,8'i engelli kişilerin ilgi beklentilerinin yüksek olduğunu düşünürken % 34,3'ü aksini düşünmektedir.

Kinrade çalışmasında, hastaneye başvuran engelli hastalarla yapılan görüşmelerde, engelli kişilerin, çoğunlukla ihtiyaçlarının, beklentilerinin karşılanmadığını ve hastane çalışanlarının onlara olumsuz baktıklarını düşündüklerini saptamıştır.⁽⁶⁵⁾

Tezin hazırlanması sırasında görüşülen engellilerin düşünceleri ve Posta gazetesinde Yavuz Kocaömerli'nin düzenlediği "Çengelli İğne" sayfasında yer alan, engelli kişilerin hastaneler hakkındaki görüşleri, Kinrade'yi onaylamaktadır.

Tez çerçevesinde yapılan araştırma sonuçlarına göre hekimler, bedensel engellilerin ilgi beklentilerinin yüksek olduğunu düşünmektedir.

Engelli kişilerin hastane ve hekimden bekledikleri ilginin yüksek olduğunu düşünen hekimler, bu düşünceleri için yaptıkları açıklamalarda genellikle ülkemiz koşullarında çok zorlanmalarını, kendilerini aşağılanmış hissetmelerini ve hassas olmalarını neden olarak göstermiştir. Az sayıda hekim ise, engellilerin ikincil kazanç sağlamak ya da tek başlarına yapamadıkları işlerde yardımcılarından bekledikleri ilginin benzerini tüm çevreden beklediklerini düşünmektedir.

Bedensel engelli kişilerin ilgi beklentilerinin yüksek olmadığını ifade eden hekimler ise gözlem ve tahminlerini belirtmişler; engelli kişilerin aciz görünmek istemediklerini vurgulamışlardır.

Araştırmanın üçüncü sorusunda hekimlerin, bedensel engelli hastalarına karşı diğer hastalarına gösterdiklerinden daha fazla anlayış ve özen gösterip göstermedikleri sorulmuştur. Sonuçta oldukça yüksek oranda hekim (% 72,7), bedensel engelli kişilere daha fazla anlayış ve özen gösterdiğini beyan etmiştir.

Bedensel engelli hastalarına diğer hastalarına göre daha fazla anlayış ve özen gösterme davranışı, hekimlerin bedensel engelli kişilerle ilgili bilgi sahibi olmaları ve deneyim yaşamış olmaları durumunda anlamlı ölçüde artmaktadır.

Tervo ve arkadaşları (2002),⁽⁶⁶⁾ çalışmalarında Amerika ve Kanada'daki birinci sınıf tıp öğrencilerinin engelli kişilere yönelik tutumlarını karşılaştırmışlar; bedensel engelli kişilerle ilgili bilgi sahibi olmanın onlara yönelik olumlu tutumları arttırdığını bulmuşlardır.

Tervo ve arkadaşları (2004),⁽⁶⁷⁾ bu kez tıp öğrencileri ve hemşirelik öğrencilerinin engelli kişilere yönelik tutumlarını araştırmışlar ve yine parametrelerinden biri öğrencilerin engelli kişilerle ilgili deneyimleri ve bilgileri olmuştur. Bu çalışmanın sonucuna göre de engelli kişilerle ilgili deneyim yaşamış olmak ve bilgi sahibi olmak, tutumları olumlu yönde arttırmaktadır.

Gething (1992),⁽⁶³⁾ birinci, ikinci ve üçüncü yılındaki hemşirelik öğrencilerinin engelli kişilere yönelik tutumlarını ölçmüş; engellilikle ilgili bilgilendirme devam ettikçe, üçüncü yılda öğrencilerin olumlu tutumlarının arttığını bulmuştur.

Paris (1993),⁽⁶²⁾ ise çalışmasında birinci sınıf tıp öğrencileri, dördüncü sınıf tıp öğrencileri ve hekimleri karşılaştırmıştır. Çalışma, yine aynı sonucu vermiş; tıp öğrencilerinin engellilikle ilgili eğitimleri, bilgileri arttıkça tutumları olumlu yönde değişmiştir.

Timms (1998)⁽⁶⁸⁾ ve arkadaşları da tıp öğrencilerinde, engellilikle ilgili eğitimin etkilerini incelemiş ve engellilikle ilgili eğitimin engelli kişilere yönelik tutumları geliştirdiğini bulmuşlardır.

Mantziou ve arkadaşları⁽⁶⁹⁾, hastabakıcıların ve hemşirelik öğrencilerinin engelli çocuklara tutumlarını incelemişlerdir. Araştırmadan, hemşirelerin tutumlarının hastabakıcılara oranla daha olumlu olduğu sonucu çıkmıştır.

Packer ve arkadaşları⁽⁷⁰⁾ ise yaptıkları çalışmada, hemşirelik öğrencileri ve uğraş terapistlerinin engelli kişilere yönelik tutumlarına bilgilendirmenin etkisini araştırmışlardır. Bu araştırmanın sonucunda da engellilikle ilgili bilgilendirmenin tutumları olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.

Tez kapsamında yapılan araştırmada ortaya çıkan, hekimlerin engelli kişilere diğer hastalardan daha fazla anlayış ve özen göstermelerinin, onlarla ilgili bilgi ve deneyim sahibi olmalarıyla anlamlı ölçüde artması sonucu, literatürle desteklenmektedir.

Engelli hastalarına, diğer hastalarına gösterdiklerinden daha fazla anlayış gösteren çok sayıda hekimin açıklamalarından anlaşıldığına göre; hekimler, engelli hastaların hastaneye geliş-gidiş ve işlemlerini yapış sırasında çektikleri zorlukları ve toplumsal ilgisizliği kompanse etmek amacıyla engelli hastalarına ilgi ve özenlerini arttırmışlardır.

Hastalarının hepsine aynı anlayışı göstereceğini belirten hekimler ise genel olarak herkese eşit davranmak amacıyla böyle bir seçim yaptıklarını vurgulamışlardır.

Dördüncü ve beşinci soru, hekimlerin engelli kişilere öncelik tanınması ve farklı muamele edip etmemesi ile ilgili davranışlarını öğrenmek için sorulmuştur. Sorulara verilen yanıtların dağılımına göre: araştırmaya katılan hekimlerin % 80,5'i engelli hastalara sıra beklenen idari ve tıbbi birimlerde öncelik tanınması gerektiğini düşünmektedir. Beşinci sorunun yanıt dağılımlarına göre ise hekimlerin % 61,3'ü (141 kişi) bedensel engelli hastalarını, diğer hastalardan önce muayene etmeyi benimseyenler olmak üzere, % 63,5'i (146 hekim) bedensel engelli hastalarını sıralarında değil de herkesten önce ya da herkesten sonra muayene etmeyi benimsediklerini belirtmişlerdir.

Ryynanen (2000) ⁽⁷¹⁾ ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hekimlerin ve hemşirelerin muayene ve tedavide öncelikleri araştırılmıştır. Sonuçta çocukların büyük oranda öncelikli olduğu, genç hastaların ve ciddi hastalıklara yakalananların çocuk hastaları takip ettiği bulunmuştur. Yaşlılık ve alkollü araba kullanırken yapılan kaza sonucu yaralanmak gibi kişinin kendisinin sebep olduğu hastalıkların ise muayene ve tedavide son sırada geldiği anlaşılmıştır.

Söz konusu çalışmada, engelli hastalarla ilgili bir değerlendirme olmamakla birlikte, hastalara verilen öncelik açısından karşılaştırıldığında; farklı olarak Adana merkezinde hastane koşullarında sağlık hizmeti veren 230 hekim, sıra beklenen idari ve tıbbi birimlerde daha yüksek oranda olmak üzere muayene ve tedavide bedensel engelli hastalara öncelik tanınmasını yeğlemektedirler.

İdari ve tıbbi birimlerde öncelik tanınması gerektiğini düşünen hekimler, gerekçelerinin çoğunda fiziksel alt yapı sorunlarını ön planda tutmuşlardır. Açıklamalarında fiziksel alt yapı düzenlemelerinin engelli kişilere uygun olmadığını belirten hekimler, bedensel engelli kişilerin, diğer kişiler gibi kolaylıkla hareket edememelerinden, dolayısıyla onlar ve onlara refakat edenlerin zaman ve işgücü kaybından söz etmektedirler. Diğer yanda, bazı hekimler de engelli kişilerin beklemlerinin tıbbi açıdan sorun yaratması nedeniyle

onlara öncelik tanınması gerektiğini düşünmektedirler. Bahsedilen tıbbi sorunlar, engelli hastaların bazılarının (paraplejik hastalar gibi) uzun süreli beklemleri halinde idrar, gaita inkontinansı olabilmesi ve engelli kişilerin beklerken daha fazla efor sarf etmeleri gibi sorunlardır.

Engelli hastaların da diğer hastalar gibi sıra beklemleri gerektiğini düşünen hekimler, genel olarak ayrımcı davranmak istemedikleri için böyle bir cevabı seçtiklerini ifade etmişlerdir.

Bedensel engelli hastaların idari birimlerde öncelikleri olması gerekliliğini düşünen hekimlerin oranı yüksek (% 80,5), muayene olma önceliği olduğunu düşünen hekimlerin oranı biraz daha düşüktür (% 61,3). Ancak yine de araştırma grubunun yarısından fazlasının bedensel engelli hastalarına muayene önceliği tanımaktan yana olduğu görülmektedir. Engelli hastalarını, diğer hastalarından önce muayene etmeyi benimseyen hekimler, daha önceki açıklamalarında da belirttikleri gibi, onların durumunu şanssızlık olarak görme ve bunu bireysel olarak telafi etme isteğiyle davranmaktadırlar. Yani acıma ve yardımseverlik duygularıyla hareket etme eğilimindedirler. Bazı hekimlerse, engelli hastaların beklemlerinin tıbben uygun olmadığını öne sürmüşlerdir. Öne sürülen tıbbi gerekçeler, engelli kişilerin fiziksel performanslarının ve dayanıklılıklarının düşük olması nedeniyle çabuk yorulma ve hastalık semptomlarının artmasıdır.

Engelli hastalarını ancak sırası gelince muayene edeceğini belirten hekimler, bunun nedeni olarak herkese eşit davranma isteklerini belirtmişlerdir.

Herkese eşit davranma, ayrımcılık yapmamak için uyulması gereken ilkedir. Bununla birlikte, hekimin hastalarına eşit muamele etmesi gerekliliğinin, doğanın eşit muamele etmedikleri karşısında nasıl modifiye olacağı bir sorundur. Eşit davranma ilkesi, her olay için ayrı ve kendi özel koşulları içinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bedensel engelli hastaların engelli olmaktan dolayı kimi hareket sınırlılıkları olması ve bunları aşmak için başkalarının yardımına ihtiyaç duymaları, eşitliği en baştan bozan bir faktör olarak hesaba katılmalıdır.

Tez çalışmasında hekimlerin bedensel engelli hastalarla karşılaşma oranlarının da onları sıraları gelmeden ya da diğer hastalardan sonra muayene etmeleri üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Engeli hastayı diğer hastalardan önce ya da sonra muayene edeceğini

belirten hekimler, onlarla daha az oranda karşılaşan hekimler olmuştur. Büyük olasılıkla farkı yaratan, nöroloji ve fizik tedavi hekimleri gibi hastaları arasında engelli hasta oranı yüksek olan, bu nedenle de farklı davranmamak durumunda kalan hekimlerin cevapları olmuştur.

Altıncı soru da yine bedensel engelli hastalarına farklı davranma ile ilgili hekimlerin eğilimlerini belirlemek amacıyla sorulmuştur. Bu kez soru, engelli hasta ile iletişim sorunu olduğunda hekimlerin daha sabırlı ve hoşgörülü olup olamayacağı şeklinde biçimlendirilmiştir. Daha önce engelli hastalarına diğer hastalardan daha fazla anlayış gösterdiğini ifade eden hekim oranı % 72,7 iken engelli hasta ile farklı bakış açısı, beklenti ve talebi karşılamayan arz sonucunda iletişimde sorun olduğu; tartışma yaşandığı zaman bu oran biraz azalmıştır. Ancak yine de hekimlerin % 63,5'i engelli hastalarıyla tartışmaya girmekten özellikle kaçınmayı, onlara diğer hastalara gösterdiklerinden daha fazla hoşgörü ve sabır göstermeyi seçmişlerdir.

Bedensel engelli hastalarına diğerlerine göre daha sabırlı ve hoşgörülü davranan hekimlerin nedenleri, büyük oranda engelli kişilerin dezavantajları nedeniyle hassas ve kırılğan olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bundan da, hekimlerin iyi niyetle ve duygularının yönlendirmesiyle kararlar verdikleri çıkarımı yapılabilir.

Önceki soruda verilen cevapların açıklamalarında olduğu gibi eşit davranma amacı, herkese en iyiyi sunma iddiası, engelli hastalarına diğer hastalarına gösterdikleri sabır ve hoşgörüden fazlasını göstermeyeceğini ifade eden hekimlerin dayanakları olmuştur.

Sekizinci soru, hekimlerin engelli hastaların işlerini kolaylaştırmak için endikasyonsuz yatış verme ya da işlerini takip için birisini görevlendirme gibi kuralları zorlayan düzenlemeler yapıp yapmayacaklarını öğrenmeye yöneliktir. Soruya yüksek oranda "hayır" yanıtı (% 63,9) alınmıştır. Daha ileri yaşta olan ve meslekte geçen süreleri daha uzun olan hekimler arasında daha fazla sayıda hekim, bu türden düzenlemeler yapacağını ifade etmişlerdir.

Yaşın ilerlemesi ve meslekte geçirilen sürenin artması, tıbbi tecrübeyle birlikte yaşam deneyiminin artması, hukuk bilgisinin artması, inisiyatif kullanmanın artması ve acıma duygusunun artmasını da sağlayabilmektedir. Diğer yandan, ileri yaştaki ve meslek yaşam süresi daha uzun olan hekimlerin engelli hastaların işlerini kolaylaştırmak adına yatış verme ve görevli tahsis etme gibi düzenlemeleri daha kolay yapmaları; genç

hekimlerin, “adalet”, “eşitlik” ilkelerini daha çok göz önüne almalarının yanı sıra, yetki kullanımını zorlama konusunda daha çekingен olduklarını da akla getirmektedir. Nitekim üç hekim yaptıkları açıklamada yetkileri olmadığı için bu düzenlemeleri yapmayacaklarını belirtmişlerdir.

Hastaneye yatış ya da görevli tahsisi yoluyla engelli hastalara yardımcı olmak isteyen hekimler, hastane fiziksel koşullarının engelli kişilere uygun olmaması ve işleri hızlandırmak için böyle bir düzenleme yapacaklarını belirtmişlerdir.

Söz konusu düzenlemeleri yapmayacağını ifade eden hekimler öncelikle böyle bir uygulamanın engelli kişiler için ayrıcalık tanımak olduğunu, ayrıcalığın da diğer hastalara haksızlık olacağı gerekçesini öne sürmüşlerdir. İki hekim ise tıp etiğinin “yarar sağlama” ve “zarar vermeme” ilkelerine gönderme yaparcasına, böyle bir uygulamanın engelli hastaya yarar sağlamayacağını, sonuca olumlu katkısı olmayacağını, hatta zarar verebileceğini belirtmişlerdir.

Dokuzuncu soruya verilen yanıtlar, hekimlerin engelli kişilerin sorunlarına ve çözüm arayışlarına duyarlılıklarını göstermiştir. Bu soruda bedensel engelli hastaların hastanedeki işlemlerini kolaylaştırma konusuyla ilgilenmesi gereken mercii sorulmuştur. Hekimlerin % 44,3’ü bu konuyla hastane yönetimlerinin ve tıbbi personelin, % 26,1’i engelli kişilerin kendi dayanışma örgütlerinin ilgilenmesi gerektiğini düşünmektedir. % 29,6 gibi yüksek bir oranda hekim kitlesi ise, “diğer” seçeneğini tercih etmiştir ve onların da büyük çoğunluğu her ikisinin birlikte konuyla ilgilenmesinin daha verimli olacağını düşünmektedir.

Konuyla hastane yönetiminin ilgilenmesi gerektiğini düşünen hekimler, hastanede ancak yönetimlerin yaptırım gücünün olabileceğini, başka müdahalelerin karmaşa yaratacağı fikrini savunmaktadırlar. Tersini düşünen hekimler ise dayanışma örgütlerinin engelli hastaların gereksinimlerini daha iyi anlayacağını öne sürmektedir.

Her iki görüş de kendi içinde tutarlı görünmektedir. Ancak sistemin ideale yakın olarak kurulabilmesi için “diğer” seçeneğini yeğleyen hekimlerin çoğunun belirttiği şekilde; engelli dayanışma örgütleri ve engelli hastaların görüşleri alınarak, hastane yönetimlerinin konuyla ilgilenmesi en uygun yaklaşım olacaktır. Bu arada diğer hastalar da unutulmamalı, engelli kişiler için yapılan düzenlemelerden dolayı kendilerini haksızlığa uğramış hissetmeleri engellenmelidir.

Sonraki soruda, bedensel engelli hastaların poliklinik yerine serviste veya dinlenme odalarında tansiyon ölçümü, muayene, danışma gibi talepleri karşısında hekimlerin davranış ve düşüncelerini belirlemek amaçlanmıştır. Böyle bir durumda hekimlerin yarısından fazlası bu talepleri yerine getirmeyeceğini ifade etmektedir. Davranışlarının nedeni olarak da, eşitlik ilkesini ve kurumsal düzenin istisnalarla bozulması durumunda sistemde büyük sorunlar doğabileceğini öne sürmüşlerdir.

Araştırma başlamadan önce bir engelli ile yapılan görüşmede, hastaneye ulaşmanın zaten güç olduğu, servislere ulaşmanın daha da güç olduğu, bu yüzden hekim veya diğer sağlık çalışanlarına ulaşabildikleri yerde yardım istedikleri, ancak geri çevrildikleri, bunun da onları yaraladığı öğrenilmiştir. Ancak hekimler de tüm hastalarına eşit davranma isteği, iş yükü paylaşımında poliklinikteki meslektaşlarının hissesini de üstlenmeme kaygısı ve belki de “her canı isteyen her yere ulaşip işini gördüremesin” zihniyeti nedeniyle engelli hastalardan gelen, hastanenin poliklinik dışı yerlerinde muayene ve benzeri talepleri yerine getirmek istememektedirler. Arada bir tür anlaşmazlık gibi görünen sorun, büyük oranda fiziksel alt yapı sorunlarının giderilmesi, resmi işlemlerin tüm hastalar için kolaylaştırılmasıyla çözülecekmiş gibi görünmektedir.

Soru on birde, engelli hastaların engellerinin ön plana çıkması ve engelleriyle etiketlenmekten rahatsız olup olmadıkları ile ilgili hekimlerin izlenimleri araştırılmıştır. Böyle bir rahatsızlık olduğunu düşünen hekimler(% 62,2), rahatsızlık olmadığını düşünen ve “diğer” yanıtını tercih eden hekimlerin toplamına göre daha yüksek orandadır.

Engellilerin kişiliklerinden önce engelleri ile tanınmalarının onları rahatsız ettiğini düşünen hekimler yorumlarında, bedensel engellilerin mümkün olduğunca kendi işlerini yapmaya çalışmalarını, kendilerini ispat etme çabalarını ve tüm insanların kusursuz görünümüne sahip olma isteklerini gerekçe olarak göstermişlerdir.

Engellilerin, engellerinin ön plana çıkmasından rahatsızlık duyduklarını düşünen hekimlerden biri o dönemde popüler olan bu yarışmada “Serkül”^{*} isimli engelli gençten

^{*} Tez çalışmasının yapıldığı dönemde, bir ulusal televizyon kanalında “Pop Star” isimli bir amatör şarkı yarışması düzenlenmiştir. Yarışma, Türkiye’de ilk ve oldukça popüler bir yarışma olmuş, pek çok sohbet ortamının konusu haline gelmiştir. Yarışmanın formatı, tüm Türkiye’den elenerek finale kalan yarışmacıların her gün jüri üyeleri önünde performanslarını sergilemeleri biçiminde hazırlanmıştır. Oylama ise halk tarafından yapılmıştır. Yarışmanın finalistlerinden birisi olan, Serkül Kan, büyük olasılıkla “Cerebral Palsy” sendromlarından spastik grupta olan bedensel engelli gençtir ve Türkiye’de yarışmanın devam ettiği süre boyunca sosyal ortamlarda yarışma ile beraber engellilik konusunun da konuşulmasına neden olmuştur.

etkilendiğini ve onun sayesinde, engelli kişilerin engellerinin ön plana çıkmasından rahatsız olduklarını anladığını ifade etmiştir. Hekimin, engelli kişilerin engellerinin kişiliklerinden önce gelmesini televizyon programını izlerken anladığını vurgulaması, sosyal bir gündem ortamı yaratmanın engellilikle ilgili konularda farkındalığı ve anlaşılmayı kolaylaştıracağına bir göstergesidir.

Bazı hekimler ise engellilerin engellerinin kişiliklerinden önce gelmesinden rahatsız olmadıklarını, tam tersine engelli oluşlarını, işlerini kolaylaştırmak için kullandıklarını düşünmektedirler. Bedensel engellilerin, engellerinin kişiliklerinden önce gelmesinden rahatsız olmadıkları hissine kapılıklarını ifade eden hekimlerin bir kısmı ise açıklamalarında, “hizmetin standart olmaması sonucunda engellilerin özel durumlarını kullanmak zorunda kaldıklarını” belirterek engelli kişilerin aslında iyi niyetli olduğunu, ancak şartların onları zorladığını düşündüklerini vurgulamışlardır.

Önceki soruyla paralel olan on ikinci soruda hekimlere, bedensel engelli hastalara engelleri nedeniyle ayrıcalık tanınmasının, onlarda olumsuz duygulanımlara yol açıp açmadığı konusundaki fikirleri sorulmuştur. Daha önce, engelli kişilerin engelleriyle etiketlenmekten rahatsız olacaklarını düşünen hekim oranı % 62,2 iken, engelli kişilere durumları nedeniyle ayrıcalık tanınmasının onlarda olumsuz etkiler yaratacağını düşünen hekim oranı, % 49,6’ya düşmüştür. Görünen odur ki, araştırmaya katılan hekimlere göre, engelli kişileri etiketlemek, onları sadece engelleriyle tanımlamak, onları kırıcıdır. Ancak onlara durumları nedeniyle ayrıcalık yapılması, daha kabul edilebilir bir durumdur.

Bedensel engelli hastalara, durumları nedeniyle ayrıcalık tanınmasının onlarda olumsuz duygular yaratacağını düşünen hekimler, daha çok gözlemleri sonucunda bu çıkarımı yaptıklarını ve ayrıcalık tanınmasının kişiyi toplumdan soyutlayarak ayrımcılık yapmakla aynı anlama gelmesini gerekçe olarak göstermişlerdir.

Aksini düşünen hekimler ise, önceki açıklamalarda olduğu gibi, ayrıcalık tanınmasının engelli kişilerin işlerine geldiğini vurgulamışlardır. Bununla beraber, bazı hekimler ise bedensel engelli kişilerin hareket edebilmek, tuvalet kullanabilmek, banyo kullanabilmek gibi bir takım fizyolojik gereksinimlerini karşılamak için yardım almalarının şart olmasını, bu nedenle de beklentilerinin olduğunu vurgulamışlardır.

Konuya açıklık getiren bir yorum, “diğer” seçeneğini yeğleyen bir hekimden gelmiştir. Bu hekim; tanınan ayrıcalıkların belirlenmesi ve abartılmaması durumunda engelli kişide olumsuz duygulanım yaratması için bir sebep göremediğini, ancak engellilerin kendi yapabilecekleri aktivitelere bile yapamayacaklarmış gibi bakılmasının onları kıracağını, motivasyon eksikliği yaratacağını düşünmektedir.

Engelli kişilerin yapabilecekleri aktivitelerin desteklenmesi, onların kendilerine güvenmelerini sağlayacak ve yaşam kalitelerini arttırabilecektir. Görme, işitme gibi duyu organlarından ya da sağ el gibi yapabilirlik yeteneği daha yüksek organlarından birisini kaybeden kişilerde diğer organlar daha fazla gelişmekte ve normal yaşamlarını sürdürmekte çok fazla zorlanmamaktadırlar. Özellikle de sanatçı kimliği taşıyan engellilerde görüldüğü gibi, sanatsal yaratıcılığın zihinsel bir beceri olması sebebiyle, kişi bu potansiyelini kullanmayı sürdürmekte; sanat yapıtları üretimini aynen devam ettirmektedir.

On üçüncü soruda hekimlere, engelli hastalara, uğramış oldukları şanssızlığı telafi etmek adına makul ölçüde olumlu ayrımcılık yapılmasının kabul edilebilirliği sorulmuş, büyük oranda (% 80,9) “evet” yanıtı alınmıştır.

Corrigan (2003) ve arkadaşları ciddi mental hastalığı olan kişilerin, kendilerine yönelik ayrımcılık algılamaları ile ilgili bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada, mental hastalığı olan kişilerin bu hastalıkları nedeniyle uğradıkları ayrımcılığı, ırk, cinsiyet, fiziksel engellilik, cinsel tercihlerine göre uğradıkları ayrımcılıkla karşılaştırmışlardır. Çalışma sonucunda ayrımcılığın en sık karşılaşılan kaynakları, sırasıyla, zihinsel engellilik, ırk, cinsiyet, cinsel tercihler ve fiziksel engellilik olarak bulunmuştur.⁽⁷²⁾

Scullion (1999) ise makalesinde sağlık profesyonellerinin engellilere karşı ayrımcılık yapabildiklerini vurgulamış, bunun farkında olmaları ve olumsuz ayrımcılığı ortadan kaldırmak için bazı önerilerde bulunmuştur. Philip Scullion’a göre, belki de sağlık çalışanlarının olumsuz ayrımcılıkla başa çıkmaları için ilk nokta, engellilerin karşılaştıkları bariyerlerin tanınmasıdır. Makalede Royal Kolej hekimlerinin engellilerin hastanede iyi bakılmaları için uygulama kılavuzu yayınladıklarından söz edilmektedir. Bu kılavuza göre, (1) Sağlık çalışanları, hastalık ve engelliliği birbirinden ayırmalı, (2) Engelli kişiler kendi ihtiyaçlarını belirlemede daha yetkin oldukları için, onlara danışılmalı, (3) Düzenlemeler ya da kurallarla bağımlılıkları arttırılmamalı,

yetersizlikleri ağırlaştırılmamalı, (4) Engelli insanlar, ihtiyaçlarının anlaşıldığını hissetmeli. Philip Scullion'un bu konudaki önerileri ise; yerel politikaların gözden geçirilmesi, engellilikle ilgili yasanın (ADA) okunması, yasanın içeriğinin anlaşılması, rehabilitasyon hemşirelerinin eğitilmesi, hemşirelerin kendi aralarında ve engelli kişilerle karşılaşan meslektaşlarıyla etkileşimde bulunmaları, engeli kişilerin medyada yer almaları biçimindedir.⁽⁷³⁾

Tez çalışması çerçevesinde yapılan araştırmada, katılan hekimler arasında, engellilere yönelik makul ölçüde olumlu ayrımcılığın kabul edilebilirliği tespit edilmiştir. Yukarıda söz edilen iki makalede, engelliliğe yönelik olumsuz ayrımcılığın daha ön planda olduğu saptanmıştır. Araştırmanın bu bulgusu söz konusu makalelerle karşılaştırılmamaktadır. Ancak bu makaleler, tez araştırmasındaki hekimlerin eğilimlerinin aksine engellilere yönelik ayrımcılığın daha çok olumsuz yönde olabildiğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin olumlu ayrımcılık eğilimleri, büyük olasılıkla Türkiye koşullarında bedensel engelli kişilerin fiziksel olarak daha fazla zorlanmaları ve şanssızlıklarını telafi etme konusunda daha duyarlı kültür yapısına sahip olmamızdan kaynaklanmaktadır. Başka bir deyişle olumsuz koşulların olumlu ayrımcılığı zorunlu kılması söz konusu olmaktadır.

Bedensel engelli hastalara makul ölçüde olumlu ayrımcılığın kabul edilebilirliği konusunda kadın ve erkek hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. Kadın hekimlerin neredeyse tamamı, bu soruya verdikleri yanıtta bedensel engelli hastalara makul ölçüde olumlu ayrımcılığı kabul edilebilir bulmuşlardır.

Paris (1993)⁽⁶²⁾ Timms (1998)⁽⁶⁷⁾ ve Tervo (2002)⁽⁶⁶⁾ çalışmalarında kadınların erkeklere göre engelli kişilere yönelik tutumlarının daha olumlu olduğunu bulmuşlardır.

Mantziou (2002)⁽⁶⁹⁾ ise hemşire ve hastabakıcılar arasında engellilere yönelik tutumları araştırmış, cinsiyetler arasında tutum farkı bulamamıştır.

Araştırmanın, kadın hekimlerin engelli kişilere yönelik olumlu ayrımcılığı daha yüksek oranda kabul etmesi ile ilgili bulgusu, Paris, Timms ve Tervo'nun çalışmalarıyla uyusmaktadır.

Bedensel engelli kişilere olumlu ayrımcılığı kabul edilebilir bulan hekimlerin gerekçelerinden daha çok, makul ölçüde olumlu ayrımcılığı, engelli kişilere uygun sosyal düzenleme olarak algıladıkları anlaşılmaktadır. Doğal olarak da bunun bir hak olduğunu düşünmektedirler.

Olumlu ayrımcılık konusunda yorum yapan hekimlerden biri, engellilik halinin yurt savunması sırasında oluşabileceğini, böyle bir durumda engelli kişiye borçluluk hissi duyulduğunu, engelliliğin başka bir sebepten oluşması halinde de engelliler arasında eşit davranmak adına tüm engelli kişilere ayrıcalık yapılması gerektiğini düşündüğünü ifade etmiştir. Hekimin düşüncesine paralel bir anekdot, Türkiye’de 2005 yılında gösterime girmiş, dünyaca ünlü müzisyen Ray Charles’ın biyografisinden oluşan “Ray”⁽³⁶⁾ filminde görülmektedir. Filmin bir sahnesinde, siyahi ve çocuk yaşta görme yeteneğini kaybetmiş olan Ray Charles, seyahat sırasında yardım istediği otobüs sürücüsü tarafından önce reddedilip aşağılanmış, ancak görme engelini savaş sırasında oluştuğunu söylemesi, yardıma kavuşmasına ve kendisine saygı gösterilmesine neden olmuştur.

Engelli kişilere olumlu ayrımcılığı kabul edilmez bulan hekimler ise gerekçelerinde “eşitlik”, kavramından ve “diğer insanlara haksızlık olacağından” söz etmektedirler.

Sosyal ve fiziksel düzenlemelerin bedensel engelli kişiler için yetersiz olduğu ortamlarda onlara ayrıcalık tanınması, engelli kişiyi biraz olsun rahatlatılabilecektir. Ancak ayrıcalık tanıyan kişinin bunu yapma yöntemine ve engelli kişinin dünya görüşüne bağlı olarak değişen biçimlerde hastanın psikolojik olarak daha fazla yaralanması da olasıdır. Bu yüzden iletişimde dikkatli olmak gerekmektedir. Ayrıcalık tanınan kişiler açısından oluşabilecek başka bir sakınca da olumsuz çevre koşullarının, olumlu ayrımcılıkla kompanse edildikleri için düzeltilmeyip süregitmesidir.

Son soruda, engelli hastalar arasında özel durumlarını istismar ederek tıbbi işlemlerini öncelikle gerçekleştirme eğilimi gösterenler hakkında hekimlerin görüşleri sorulmuştur. Soruya yarından fazla hekim (% 57) “hayır” yanıtı vermişlerdir.

Engelli hastaların özel durumlarını istismar etme eğilimi gösterdiğini düşünen hekimler yorumlarında, insanların genelde öncelikli olma isteği ve içgüdüleriyle davrandıklarını, engelli kişilere şimdiye kadar tanınmayan kolaylıklar ve yok saymalar nedeniyle istismara yönelmelerinin kaçınılmaz olduğunu vurgulamışlardır.

Engelli hastaların durumlarını istismar ettiğini düşünmeyen hekimlerden bazıları ise özel durumu olmayanlara göre değerlendirme yapmışlar ve böyle bir özel durumu olmayanların daha da fazla istismar eğiliminde olduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca engelli kişilerin zaten yapabilme güçlerindeki azalmayı gurur meselesi yapıyor olmaları da istismarda bulunmamalarının gerekçeleri arasında sayılmıştır.

5.3.Hastanelerin Fiziksel Koşullarıyla İlgili Değerlendirme

Fiziksel alt yapı koşullarının bedensel engellilere ne derece uygun olduğunun gözlemlendiği araştırmada ise, Adana Sosyal Sigortalar Hastanesi ve Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde yeterli olmamakla birlikte bedensel engellilerle ilgili düzenlemelerin yapıldığı tespit edilmiştir. Diğer iki hastanede ise engelli kişilerle ilgili hiçbir fiziksel düzenlemeye rastlanmamıştır.

Literatürde çalışmaların genellikle gelişmiş ülkelerde yapılmış olan çalışmalar olması ve bu ülkelerde çevre ve bina yapılandırmasının yasalarda belirtilen biçimde engelli kişilerin de kullanabileceği şekilde düzenlenmiş olması, konuyla ilgili çalışma bulunamamasına yol açmıştır.

Yapılan araştırma sonuçlarına göre Adana'daki araştırma yapılan hastanelerin çoğunun fiziksel yapı düzenlemeleri, Amerikalı Engelliler Yasası "Americans Disability Act" ve Engelliler İmtiyaz Yasası "Disability Discrimination Act" tarafından belirlenen fiziksel yapı düzenleme kurallarına uymamaktadır. Adana Devlet Hastanesi'nin poliklinik binasının ikinci katında yer alan polikliniklere tekerlekli sandalye ve iki koltuk değneğiyle yürüeyebilen hastanın ulaşması mümkün olamamakta, bu hastaneye istihdam için işgücü kaybı raporu almaya gelen tekerlekli sandalyeye bağımlı kişiler, kucaklanarak taşınmaktadır.

Adana Numune Hastanesinde ise Genel Cerrahi ve Çocuk Cerrahisi polikliniklerine yüksek bir basamaktan başka ulaşım yolu yoktur ve bu basamağı tekerlekli sandalye ile aşmanın mümkün olmadığı gözlenmiştir. Her iki hastanede de engelliler için otopark ve tuvalet gibi düzenlemeler bulunmamaktadır.

Adana Sosyal Sigortalar Hastanesinde, otopark, engelli ve yaşlılar için ayrılmış bir poliklinik ve polikliniklerin olduğu binada engelliler için yapılmış olduğu belirtilen bir tuvalet mevcuttur. Ancak tuvalette, bir klozetten başka engellilere uygun hiçbir düzenleme bulunmamaktadır; tekerlekli sandalyenin sığabileceği alan ve tutunarak oturmayı sağlayacak barlar yapılmamıştır.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde, genel olarak polikliniklerde engellilerin rahat hareket edebilecekleri bir ortam sağlanmış gibi görünmektedir; rampa, asansör, tekerlekli sandalyeli kişilerinde kullanabileceği biçimde tasarlanmış engelli tuvaleti vardır. Ancak engelli tuvaletinin varlığı levhalarda gösterilmemiş ve engelli kişiler için ayrılan bir otopark yoktur.

Fiziksel koşulların, engellilere uygun olarak düzenlenmesi, her ne kadar yönetimlerin işi gibi görünse de hekimlerin konuyu gündeme getirme, uyarma gibi görevleri olduğunu düşünmekteyiz. Hekimler engelli hasta ve diğer hastalarla iletişimlerinde, muayene ve tedavilerinde “iyi” olanı yapmaları olumlu ancak yeterli değildir. Tıp hizmeti bir bütündür ve hastanın evinden çıkıp hastaneye gelinceye kadar, hastane içerisinde hekimin karşısına çıkıncaya kadar yaşadıkları tıp hizmeti kapsamındadır ve hasta-hekim iletişimini, dolayısıyla güveni ve tedaviyi etkilemektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Tez çalışmasının genel amacı, tıp dünyasının ilgisini özel bir hasta kitlesi oluşturan engelliler üzerinde yoğunlaştırmak, hekimlerin engelli hastalara yönelik duyarlılıklarını arttırmaktır. Bu temel amaç doğrultusunda veri üretmek üzere, hekimlerin engelli hastalarla tıbbi ilişki sırasında ortaya çıkan duyguları ve düşünceleri ile bunların türevi olarak ortaya çıkan davranışları ve tutumları araştırma konusu edilmiş; tüm bunların hekimlerin bir yandan engelli kişiler konusundaki bilgileri diğer yandan yaşları, cinsiyetleri, meslek yaşları, branşları ile değişip değişmediği irdelenmiştir. Öte yandan hastanelerin fiziksel alt yapılarının bedensel engelli kişilere uygun düzenlenip düzenlenmediği de araştırılmış, uluslararası standartlara uyup uymadıklarına bakılmıştır.

Araştırmalara dayalı olarak yapılabilecek saptama; genel olarak hekimlerin bedensel engelli hastalara iyi niyetle yaklaştıkları, ancak henüz bedensel engelli bireyin de hekimin de rahat hareket edebileceği bir düzenin kurulamamış olduğu yönündedir.

Hekimlerin engelli bireylerle ilgili bilgilerinin, meslekte geçirdikleri sürenin ve yaşlarının yüksek olmasının bu kişilere yönelik davranışlarını olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Ayrıca kadın hekimler, erkek hekimlere göre engelli bireylere daha olumlu yaklaşımlar sergilemektedirler.

Araştırmanın bu bulguları, literatürde engelli bireylere yönelik yapılmış olan tutum araştırmaları tarafından desteklenmektedir.

Yakın aile ya da yakın arkadaşları arasında engelli birey bulunan hekimlerin, bulunmayanlara göre engelli bireyle ilgili daha olumsuz düşüncelere sahip olmaları, araştırmanın literatürle tam uyuşmayan bir bulgusu olmuştur. Bu durum, iletişim yapılarının incelenmesiyle açığa kavuşabilir. Belki de sürekli yardımcı olmak durumunda kalmak, bir süre sonra kişilerde yardım ettikleri kişiyi yük olarak görmeye neden olabilmekte, bıkkınlık yaratabilmektedir.

Bulgulardan çıkarılan sonuçlara göre, araştırmaya katılan hekimlerin düşünce ve davranışlarının, toplumun geleneksel yapısından kaynaklanan bazı faktörlerden etkilenmiş olabilecekleri düşünülmektedir. Söz konusu olan geleneksel yapı içerisinde

yaşlı, düşkün, sakat, yoksul gibi yardıma ihtiyacı olduğu düşünülenlere karşı acıma ve merhamet gibi duygular ile, kollama, koruma iyilik yapma gibi kazanılmış alışkanlıklar ön plana çıkmaktadır. Ayrıca ileri yaşta olanlarda ve kadınlarda acıma duygusunun daha kuvvetli oluşu da çoğunluk tarafından kabul gören bir düşüncedir ve araştırma bulguları bu düşünceyi desteklemektedir.

Elde edilen sonuçlar, sadece sağlık profesyoneli olmanın gereğinin bilinçli yerine getirilişi olmayıp duygusal faktörlerden, geleneklerden ve alışkanlıklardan etkilenmiş olsa bile, hekimlerin engelli hastalarına iyi niyetle yaklaşımları sevindiricidir. Ayrıca anket sorularına verilen yanıtların açıklamalarında, hekimlerin sadece duyguları ve alışkanlıkları ile değil, aynı zamanda “iyi” ve “en uygun” olanı yapmak gibi bir amaçları da olduğu anlaşılmıştır.

Diğer yanda, araştırma kapsamındaki pek çok soruya verdikleri yanıtların açıklamalarında hekimler, “etik”, “eşitlik”, “hak” gibi kavramlardan sıkça söz etmişlerdir. Söz edilen bu kavramlar da hekimlerin “iyi” eylemek konusundaki isteklerini gösterir bir işaret olabilir.

Hastanelerin fiziksel alt yapı koşullarının engelli bireylere uygunluğunun incelendiği araştırma sonuçlarında ise olumsuz durumların ağır bastığı bulunmuştur. Hastanelerden, Adana Devlet Hastanesi ve Adana Numune Hastanesinde engelli ve yaşlı bireylerin de hastaneye gelebilecekleri neredeyse tamamen göz ardı edilmiş olduğu gözlenmiştir. Adana Sosyal Sigortalar Hastanesi, engelli hastalar için özel birim kurmuş ve fiziksel yapıyı engelli bireylere göre düzenlemiştir. Fakat pratikte işlemleri kolaylaştırılmamış; yetersiz düzenlemeler engelli bireyin işine yaramadığı gibi, diğer hastaların engelli hastalara öfke duymasına sebep olmuştur. Fiziksel alt yapı koşullarının engelli bireylere uygun düzenlenmesi konusunda en iyi durumdaki hastanenin Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi olduğu görülmüştür. Ancak bu hastanedeki düzenlemeler de yetersiz kalmaktadır.

Engelli bireylerin fiziksel ve duygusal özel durumları nedeniyle, toplumla ve kurumlarla etkileşime geçebilmesi için uygun ortamlar hazırlanması gerekmektedir. Engelli bireylerin sosyal yaşama katılmalarını sağlamak, üretim ve tüketimdeki paylarını arttırmak için başta devlete ve devlet kurumları yöneticilerini uyarmak bağlamında toplumun tüm bireyelerine görev düşmektedir. Engelli kişilerin, sağlık haklarını, en az

toplumun her bir bireyi kadar kullanmalarını sağlayacak ortamlar sağlamak ise devletle birlikte sağlık çalışanlarının da görevidir.

Doğuştan ya da sonradan hareket edebilme yeteneğini çeşitli derecelerde kaybeden kişilerin sağlıklarını korumak, geride kalan yeteneklerini kullanarak daha işlevsel olmalarını temin etmek, tıbbın görevlerinden biridir. Bu amaçla çeşitli tıbbi ekipleri bir araya getiren, çok amaçlı programlar hazırlayan rehabilitasyon hizmetleri, tıbbın bir parçası olarak görülmektedir. Tıp, rehabilitasyon hizmeti dışında da engelli bireylere engelleri haricindeki hastalıklarını muayene tetkik, tedavi, iş gücü kaybı raporu düzenlemek gibi hizmetler vermektedir.

Engelli bireylerin öncelikle evlerinden çıkıp sosyal yaşama katılabilmeleri; sonra da hasta olmaları ve sağlık kurumlarına başvurmaları durumunda görmezden gelinmemeleri için sağlık çalışanlarının ve sağlık kurumları yönetici, kural koyucularının engellilikle ilgili farkındalıklarını arttırmak, dikkatlerini konuya çekmek gerekmektedir. Özellikle de yöneticilerin konuyla ilgili farkındalığını arttırmak, engelli kişilerin sorunlarına yönelik diğer hizmetlerin planlanmasında, programlar oluşturulmasında ve yürütülmesinde de yarar sağlayabilir.

Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre hekimlerin engelli hastalarına iyi niyetle ancak akla ve profesyonelliğe dayalı olmaktan ziyade duygusallıkla yaklaştıkları düşünülmektedir. Konunun duygusal boyutta bırakılmaması önemlidir. Rasyonalize edilmesi ve geliştirilmesi iyi olur.

Engelli hastaların sağlık kuruluşlarından daha fazla yararlanmasını, daha nitelikli hizmet almasını sağlamak amacı ile gerekli ve yapılabilecek olanlar:

- Genel ilke olarak engelli kişinin acınacak, zavallı bir birey olarak görülmesi önlenmelidir. Çünkü engelli hasta sağlık hizmeti almak için hastaneye gelmektedir, kendisine acınması ve bu nedenle kendisini kötü hissetmesi için değil.
- Engellilere yönelik olumlu ayrımcılık yapılmalıdır. Ancak bunun gerekçesi acıma duygusu değil profesyonellik gereği olmalıdır. Çünkü engelli hastaların medikal ve sosyal nedenlerle daha fazla ihtiyaçları ortaya

çıkılmaktadır ve bu fazla ihtiyacı karşılamak amacıyla olumlu ayrımcılık yapmak hakkaniyet adına gerekli bir eylem olacaktır.

- Engelli hastaların gerek hasta olarak, gerek hasta ziyaretine gelen bireyler olarak hastanelere rahatça girebilecekleri, poliklinik, servis, tetkik birimleri ve tuvalet gibi bölümlere rahatça ulaşabilecekleri, işlemlerini kendi başlarına yapabileceklerini sağlayacak mimari yapı özelliklerinin bir an önce düzenlenmesi gerekmektedir.
- Engelli kişilere uygun fiziksel koşullarla ilgili düzenlemeler yasalarda mevcut olmasına karşın pratikte uygulanmamaktadır. Bu yüzden bu yasaların bilinmesi ve uygulanması için gerekli eğitim ve uyarıların yapılması önemlidir.
- Tıp fakültesi öğrencileri, rehabilitasyon ekibinde yer alacak sağlık çalışanları engellilik konusunda eğitilmeli, halen bu konuda çalışanların hizmet içi eğitimleri yapılmalı, mesleklerine yabancılaşmamalarını sağlayacak önlemler alınmalıdır. Rehabilitasyon çalışanlarının, engelli hastaya karşı daha sabırlı olmaları ve onlardan bıkmamaları için gerekenler tespit edilip uygulanmalıdır.
- Engelli kişiler, sağlık kurumlarıyla ilgili sorunlarını en iyi kendileri ifade edebilirler. Bu yüzden onların sosyal haklarını korumak amacıyla kurulmuş olan sivil toplum kuruluşları desteklenmeli, onlarla temasa geçip engelli kişilerin sağlık hizmeti ile ilgili sorunları öğrenilmelidir. Engelli kişiler, sorunlarını anlatacakları platformlar oluşturma konusunda özendirilmelidir.
- Engellilik olgusu, engelli bireylerin sağlık çalışanlarından beklentileri, dünyada ve Türkiye’de engeli kişilerin durumlarının dile getirileceği konferanslar ve paneller açık oturumlar düzenlenmelidir.
- Hasta hakları gündeme geldiğinde, engelli hasta hakları unutulmamalı, engelli hastaların özel durumlarına uygun hakları da yasal düzenlemelerde yerini almalıdır.

- Hastanelerde yeni oluşmaya başlayan hasta hakları ile ilgili dernek ve birimler, özel bir hasta grubunu oluşturan engelli hastaların da sözcülüğünü yapmalıdır.
- Engelli hastaları en fazla engelli sağlık personelinin anlayacağı göz önünde bulundurulmalı, engelli sağlık personelinin tıbbi ortamlar ve etkileşimlerle ilgili görüşleri öğrenilmelidir.
- Gerek bedensel engellilerin hareket yeteneklerini arttırmaya yönelik hizmet veren, gerekse zihinsel engellilerin eğitimiyle uğraşan rehabilitasyon merkezlerinin sayısı artırılmalı, buralarda verilen hizmet, gelişmiş ülkelerin standartlarına uydurulmalıdır.
- Ülkemizde çeşitli bölgelerde sağlık çalışanlarının engelli hastalarla ilgili düşüncelerini öğrenmeye yönelik çalışmalar yapılmalı, konuya dikkat çekilmeli daha nitelikli sağlık hizmeti vermek amacıyla daha fazla araştırma ve projeler yapılmalıdır.

Engelli olmak, toplumdan özür dilemeyi gerektirecek bir durum değildir. Engellilik sadece biraz farklı olmak demektir ve bu farklılık kabullenmeyle, fiziksel düzenlemeyle yok edilebilir bir durumdur. Farklılıkları çeşitlilik olarak gördüğümüzde daha uygar ve huzurlu; daha yaşanılabilir bir dünyaya kavuşma şansımız artacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. **Kilimcioğlu Güler E, Kadioğlu S.** Medikososyal bir kavram olarak sakatlık. Uluslar arası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kongre Kitabı, Cilt 2, **2003**: 655-662.
2. **Corrigan MJ.** Counseling College students with disabilities: Legal, ethical, and clinical issues. *Journal of College Counseling*, **1998**; 1(2):181-189.
3. **Sherry EA.** Disability, society, and ethical issues: A first-year experience for university students. *Intervention in School and Clinic*, **1997**; 32(3):178-184.
4. **Harris J.** Hayatın değeri. Çev: Sertabiboğlu S., 1. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayıncılık, **1998**:68.
5. **Babaoğlu A.** Psikiatri Tarihi, 1. Baskı, İstanbul: Okuyan Us Yayıncılık, **2002**:225-240.
6. **Smith JD.** Thoughts on the changing meaning of disability new eugenics or new wholeness?, *Remedial & Special Education*, **1999**, 20:131-133.
7. **Kumtepe H.** Ankara ilinde yaşıyanların engellilere yönelik tutumları. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye, **2001**.
8. **Norwich B.** The connotation of special education labels for professionals in the field. *B J Special Education*, **1999**; 26(4): 179.
9. **Metroz G.** Kendimi engellemem. Çev: Tözer B. 1. Baskı, İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, **2003**.
10. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, 1. Özürlüler Şur'ası. Çağdaş Toplum Yaşam ve Özürlüler Komisyon Raporları Genel Kurul Görüşmeleri. Ankara: Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Matbaası, **1999**.
11. **Yalım Ö.** Türkçe'de yakın ve karşıit anlamlılar sözlüğü. Ankara: İmge Kitabevi Yayınları, **1998**: 206.
12. Büyük Larousse Sözlük ve Ansiklopedisi. 1. Baskı, İstanbul: İnterpress Basın ve Yayıncılık AŞ, 7.cilt, **1986**.
13. Büyük Larousse Sözlük ve Ansiklopedisi. 1. Baskı, İstanbul: İnterpress Basın ve Yayıncılık AŞ, 19.cilt, **1986**.
14. Türkçe Sözlük. TDK. Milliyet yayımları. **1992**
15. **Pontiggia G.** İki Kere Doğanlar. Çev.: Cendey E., 1. Baskı, İstanbul: Can Yayıncılık, **2002**.
16. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Erişim: www.ozida.gov.tr, Erişim tarihi: 21. 01.**2005**.
17. **Bekiroğlu MS.** Peyzaj düzenlemelerinde özürlülerin kullanımları ile ilgili sorunların saptanması. Yayımlanmamış doktora tezi, İ. Ü. Fen Bil. **2002**:16.
18. International Classification of Impairment, Disability and Handicapped. Erişim: <http://www.who.int/icidh>. Erişim tarihi: 11.12.**2004**.
19. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Türkiye Özürlüler Araştırması. Erişim: www.ozida.gov.tr, Erişim tarihi: 01. 04.**2005**.

20. **Velicangil S.** Koruyucu ve Sosyal Tıp. 2. Baskı, İstanbul: Filiz Kitapevi, **1980**:40-89.
21. **Neyzi O, Koç L.** Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. 1.Baskı, İstanbul Tıp Fakültesi Vakfı, Bayda Yayını, **1983**:5.
22. **Arısan K.** Doğum Bilgisi. 1. Baskı, İstanbul: Çeltüt Matbaacılık, **1978**:895.
23. İhtiyaçlar Hiyerarşisi Yaklaşımı – MASLOW. Erişim: <http://www.ozyazilim.com/ozgur/marmara/ik/kultur.htm>, Erişim tarihi: 23.01.2005.
24. **Aksoy Ş.** Sağlık Kaynaklarının Dağıtımında ve Tedavi Kararlarının Verilmesinde Kullanılan Kriterlerin Etik Tartışması. III. Tıbbi Etik Sempozyumu Bildirileri, Ankara, **1998**:421.
25. **Manns PJ, Chad KE.** Components of quality of life for persons with a quadriplegic and paraplegic spinal cord injury. (Abstract), *Qualitative Health Research* **2001**; 11(6): 795-811.
26. **Palmier JM.** Sakat yaşam üstüne parçalar. Kitaplık. Yapı Kredi Yayınları, **2003** (61):63-64.
27. **Aksoy Ş.** Who is Normal?-Who is Handicapped? : An Ethical Approach to the Concepts. Tıp Etiği, Türkiye Klinikleri, Hekimler Birliği Vakfı, No:1, Cilt:7, **1999**; 7(1):12-16.
28. **Lane W.** Beethoven, His Medical History. Erişim: <http://www.lucare.com/immortal/med.html>, Erişim tarihi: 01.04.2005.
29. **Safa P.** Dokuzuncu Hariciye Koğuşu. İstanbul: Ötüken Neşriyat, **2000**.
30. **Hitchcock A.** Rear Window, Sinema filmi, **1954**.
31. **Sheridan J.** My Left Foot, Sinema filmi, **1989**.
32. **Miller G.** Lorenzo's Oil, Sinema filmi, **1992**.
33. **Levinson B.** Rainman, Sinema filmi, **1988**.
34. **Stone O.** Born on the Fourth of July, Sinema filmi, **1989**.
35. **Zemeckis R.** Forest Gump, Sinema filmi, **1994**.
36. **Hackford T.** Ray, Sinema filmi, **2004**.
37. **Beckner J.** Rear Vindow, Sinema filmi, **1998**.
38. İstanbul İmar Yönetmeliği. Erişim: <http://www.kentli.org/yasa/istanbulimary.htm>, Erişim tarihi: 21.02.2005.
39. Americans with Disabilities Act. ADA. Erişim: <http://www.usdoj.gov/crt/ada/adahom1.htm>, Erişim tarihi: 12.12.2004.
40. **Turan A.** Hastane Kuruyorum. Kadıköy Vatan Hastanesi ,İstanbul, **1999**:92.
41. **Kempe HC, Silver HK, O'Brien D.** Current Pediatric Diagnosis & Treatment, 7th Edition, California **1982**:970-971
42. **Blackmer J.** Ethical issues in rehabilitation medicine. *Scand J Rehab. Med.* **2000**;32: 51-55.
43. Türkiye Sakatlar Derneği. Erişim: www.tsd.org.tr/index.php, Erişim tarihi: 13.12.2004.

44. **Kadoğlu S.** Türkiye’de Cerrahi Devrim, yayınlanmamış doktora tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, **1997**:9.
45. **Taylor FK.** The Concepts of Illness, Disease and Morbus. Cambridge University Press **1979**:60-64.
46. **Illich I.** Sağlığın Gaspl. Çev: Sertabiboğlu S, 1. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları. **1995**: 37-81.
47. **Cassell EJ.** Tıpta Değişen Nedensellik Düşüncesi. Bilim ve Ütopya, Sayı:113, Yayın Yönetmeni:Arda Odabaşı, İstanbul, **2003**:12-13.
48. **Kuczewski MG.** Disability: An Agenda for Bioethics, *The American Journal of Bioethics*, **2001**, 1 (3):36-44.
49. **Davis WS.** Disability and Bioethics: Removing Barriers to Understanding the Agenda for a New Conversation. *The American Journal of Bioethics*, volume:1 Number:3, **2001**, 1 (3):64-65.
50. **Beauchamp TL, Childress JF.** Justice. In: Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition, Oxford University Press, **1994**, NY, Oxford.
51. Büyük Larousse Ansiklopedisi. 1. Baskı, İstanbul: Interpress Basın ve Yayıncılık A.Ş., 1. cilt, **1986**.
52. **Oğuz Y.** Etik Kurullar. Deontoloji. 2. Baskı, Ankara: Antıp A.Ş., Arda B, Oğuz Y, Pelin ŞŞ. **1999**: 57-65.
53. **Akarsu B.** Renaissance’den Bu Yana Ahlak Öğretileri, Mutluluk Ahlakı, İstanbul: İnkılap Kitabevi, **1998**:167.
54. **Haynes F.** Eğitimde Etik, (çev.: Akbaş S.K., Ayrıntı Yayınları No:349, İstanbul **2002**
55. **Elçioğlu Ö.** Tıp etiği ilkeleri, Çağdaş Tıp Etiği, ed: Demirhan Erdemir A, Öncel Ö, Aksoy Ş, Nobel Tıp Kitabevi, **2003**:36.
56. **Aydın E.** Tıp Etiğine Giriş, Hekim-hasta ilişkisinde etik öğeler. Ankara: Pegem yay., **2001**:69.
57. **Oğuz NY.** Tıp Etiğinde Temel İlkeler. Ed: Akpınar C. Aslan F. Büken NÖ. Çalıkoğlu E. Çay F. Oğuz NY. Önder E. Öztürk H. Yetener M. Etik Bunun Neresinde!. 1. baskı, Ankara: Ankara Tabip Odası Yayınları. **1997**;(1) 27-34.
58. **Ataöv T.** Çatışmaların Kaynağı Olarak Ayrımcılık. Ankara A.Ü.S.B.F. İnsan Hakları Merkezi Yayınları, Baskı Zirve Ofset, **1996**:1-2.
59. **Akşit G.** Dünya Yerel Yönetimler ve Demokrasi Akademisi (WALD) tarafından düzenlenen "Kadın ve Siyaset: Deneyimler ve Kazanımlar, Sorunlar" Konulu Toplantıda; Devlet Bakanı Sayın Güldal AKŞİT’in Yaptıkları Konuşma Metni. Erişim: <http://www.kssgm.gov.tr/metin53.html>, Erişim tarihi: 28.02.2005.
60. **Wilson JS, Merill AS.** Teaching students to care for and about people with disabilities. *Nurse Educator*, **2002**; 27 (2): 89-93.
61. **Wang TF, Moroz A.** Experience with disability, perception of disability and its importance in medical education and interest in PM&R: a survey of medical students. (Poster board), *Am J. Phys. Med Rehabil.* **2005**; 84 (3) : 217.
62. **Paris MJ.** Attitudes medical students and health-care professionals toward people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*, **1993**; 74: 818-25.
63. **Gething L.** Nurse practitioners and students attitudes toward people with disabilities. *The Australian J Advanced Nursing*, **1992**; 9 (3):25-30.

64. **Singer GH, Irvin LK, Hawkins N.** Stress Management Training for Parents Children With Severe Handicaps. *American Association on Mental Retardation*, **1988**; 26 (5): 269-277.
65. **Kinrade S.** Acting against discrimination. (Abstract) *Prof Nurse*, **2003**; 18(12):714-5
66. **Tervo RC, Azuma S, Palmer G, Redinius P.** Medical students' attitudes toward persons with disability: a comparative study. *Arch Phys Med Rehabil*, **2002**; 83:1537-42.
67. **Tervo RC, Palmer G, Redinius P.** Health professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation*, **2004**; 18: 908-915
68. **Timms M, James T, O'Carroll A, O'Dowd T.** Attitudes towards people with disabilities: promoting and measuring change in medical students *The Irish Medical Journal* (Electronic Journal) **1998**; Vol 91, No:4. Erişim: http://www.imj.ie/news_detail.php?nNewsId=1975
69. **Mantziou V, Brocalaki I, Andrea S, Ktenas E, Chatira K, Kotzabassaki S.** Attitudes of registered nurses and student nurses to disabled children. (Abstract) *Br J Nurs*, **2002**; 11 (17): 1141-6.
70. **Packer TL, Iwasiw C, Theben J, Sheveleva P, Metrofanova N.** Attitudes to disability of Russian occupational therapy and nursing students. (Abstract) *Int J Rehabil Res*, **2000**; 23(1):39-47.
71. **Ryynanen OP, Myllykangas M, Kinnunen J, Halonen P, Takala J.** Prioritization attitudes among doctors and nurses examined by a scenario method. *Int J Technol Assess Health Care*, **2000**,16 (1): 92-99
72. **Corrigan P, Thompson V, Lambert D, Sangster Y, Noel GJ, Campbell J.** Perceptions of Discrimination Among Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services* (Electronic Journal), **2003**; Vol. 54 No.8. Erişim: <http://www.bipolarworld.net/pdf/1105.pdf>
73. **Scullion P.** Challenging discrimination against disabled patients. *Nursing Standard*, **1999**; 13(18):37-40.

8. EKLER

Ek-1. Anket formu

TIBBİ ORTAMLARIN ve İLİŞKİLERİN BEDENSEL ENGELLİLERE UYGUNLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI ANKET FORMU

Bu anket, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı'nda Dr Esmâ Kilimcioğlu Güler tarafından, Yar. Doç. Dr Selim Kadioğlu'nun danışmanlığında yürütülmekte olan doktora tez çalışması için veri sağlamayı amaçlamaktadır. Demografik bilgilerle ilgili olanlar dışında 14 soru içeren anketin amacı sağlık çalışanlarının bedensel engelli hastalarla ilişkileri bağlamındaki davranışlarını ve düşüncelerini saptamaktır. Katkınız için teşekkür ediyoruz.

Demografik Bilgiler

- . Yaşınız :
- . Cinsiyetiniz :
- . Mesleğiniz, varsa uzmanlık alanınız, varsa akademik dereceniz :
- . Meslek yaşı :
- . Hizmet verdiğiniz hastaların yaklaşık yüzde kaçını bedensel engelli?
- . Ailenizde ya da yakınınızda bedensel engelli birey(ler) var mı, varsa yakınlık derecesi nedir?
- . Sakat, engelli, özürlü terimlerinden hangisini kullanmayı tercih ediyorsunuz?
- . Engelliler hakkında bilgi edinme veya onlara yardımcı olma konusunda bir kişisel bir deneyim yaşadınız mı?

Sorular

01. Mesleki uygulamalar çerçevesinde, bedensel engelli hastalarla etkileşim sırasında özel bir zorluk yaşadığınız söz konusu oluyor mu?

a-Evet b-Hayır c-Diğer

Neden→

02. Sizce bedensel engelli hastaların ilgi beklentileri genel olarak diğer hastalara göre daha yüksek midir?

a-Evet b-Hayır c-Diğer

Neden→

03. Mesleki uygulamalarınız çerçevesinde, bedensel engelli hastalara karşı diğer hastalara gösterdiğinizden daha fazla anlayış ve özen gösterir misiniz?

a-Evet b-Hayır c-Diğer

Neden→

04. Hastaneye başvuran bedensel engelli hastalara sıra beklenen idari ve tıbbi birimlerde öncelik tanınmalı mıdır?

a-Evet b-Hayır c-Diğer

Neden→

05. Polikliniğinize başvuran bedensel engelli hastaları sıralarında değil herkesten önce ya da herkesten sonra muayene etme gibi bir uygulamayı benimser misiniz?

a.1- Evet, önce a.2- Evet, sonra b-Hayır c-Diğer

Neden→

06. Bedensel engelli hastalarla tartışmaya girmekten özellikle kaçınır, onlara diğer hastalara gösterdiğinizden daha fazla sabır ve hoşgörü gösterir misiniz?

a- Evet b- Hayır c-Diğer

Neden→

07. Bedensel engelli hastaların işlemlerini kolaylaştırmak için, hastanelerde onların evrakını getirip götürme, tekerlekli iskemlelerini itme vs. gibi işleri ile ilgilenen kişilerden oluşan özel bir birim bulunmalı mıdır?

a- Evet b-Hayır c-Diğer

Neden→

08. Bedensel engelli hastaların, tetkik işlemlerini kolaylaştırmak için endikasyonsuz yatış verme ya da bir müstahdemi onların özel işlerini takiple görevlendirme gibi düzenlemeler yapar mısınız?

a- Evet b- Hayır c-Diğer

Neden→

09. Bedensel engelli hastaların hastanedeki işlemlerini ve muayenelerini kolaylaştırmak öncelikle tıbbi personelin ve hastane yönetimlerinin mi yoksa kendi oluşturacakları dayanışma örgütlerinin mi ilgilenmesi gereken bir konudur?

a- Tıbbi personelin ve hastane yönetimlerinin
b- Kendi oluşturacakları dayanışma örgütlerinin
c- Diğer

Neden→

10. Serviste veya poliklinikte bedensel engelli hastalardan gelen kurumsal düzene aykırı veya gerekliliği tartışılır işlem taleplerini (poliklinikte değil serviste muayene, tansiyon ölçümü, vs) yerine getirmeyi, diğer hastalardan gelenleri yerine getirmeye göre daha kolay kabul eder misiniz?

a- Evet b- Hayır c-Diğer

Neden→

11. Bedensel engelli hastaların, engellerinin ön plana çıkarılmasından, engelleriyle etiketlenmekten rahatsız oldukları izlenimini alıyor musunuz?

a- Evet b- Hayır c-Diğer

Neden→

12. Bedensel engelli hastalara engelleri nedeniyle ayrıcalık tanınmasının, onlarda olumsuz duygulanmalara yol açabileceği endişesini taşıyor musunuz?

a- Evet b- Hayır c-Diğer

Neden→

13. Sizce bedensel engelli hastalara, uğramış oldukları şanssızlığı telafi etme adına, makul ölçüde olumlu ayrımcılık yapılması kabul edilebilir midir?

a- Evet b- Hayır c-Diğer

Neden→

14. Sizce bedensel engelli hastalar arasında özel durumlarını istismar ederek tıbbi işlemlerini öncelikle gerçekleştirme eğilimi gösterenler çoğunlukta mıdır?

a- Evet b- Hayır c-Diğer

Neden→

Yorum-Katkı-Eleştirileriniz

9. ÖZGEÇMİŞ

1961 yılında Tarsus'ta doğdu.

1967-1978 yılları arasında ilk ve orta öğrenimini Tarsus'ta tamamladı.

1978-1984 yılları arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesinde eğitim görerek tıp doktoru unvanını aldı.

1985-1987 yılları arasında Isparta Atabey Merkez Sağlık Ocağı'nda mecburi hizmetini tamamladı.

1987-1991 yılları arasında Ankara Numune Hastanesi Hızır Acil Servis ve Ankara Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü Zehir Danışma Merkezinde, 1991-1993 yılları arasında İstanbul Numune Hastanesi Ümraniye Semt Polikliniğinde, 1993-1996 yılları arasında Adana Dumlupınar Sağlık Ocağı, Adana Numune Hastanesi Acil Polikliniğinde görev yaptı. 1996 yılında Çukurova Üniversitesi Medikososyal Merkezine naklen atandı. Halen aynı yerde görevine devam etmektedir.

2001 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Ana Bilim Dalında doktora eğitimine başladı.

Evli ve bir çocuk annesidir.