

**T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI**

**ENGELLİ BİREYLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİ:  
BOTSVANA CUMHURİYETİ'NDE BİR ARAŞTIRMA**

**Olebeng Mpho MACKENZIE  
1530232053**

**Yüksek Lisans Tezi**

**DANIŞMAN  
Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ**

**ISPARTA-2019**



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin Adı Soyadı	Olebeng Mpho MACKENZIE
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi
Tez Başlığı	ENGELLİ BİREYLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİ: BOTSVANA CUMHURİYETİ'NDE BİR ARAŞTIRMA
Yeni Tez Başlığı <sup>1</sup> (Eğer değişmesi önerildi ise)	

Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavında Jürimiz 27/12/2019 tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Yüksek Lisans tezi için;

OY BİRLİĞİ  OY ÇOKLUĞU<sup>2</sup>

ile aşağıdaki kararı almıştır.

- Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez **KABUL** edilmiştir.  
 Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin **DÜZELTİLMESİ**<sup>3</sup> kararlaştırılmıştır.  
 Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin **REDDEDİLMESİ**<sup>4</sup> kararlaştırılmıştır.

TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	Kabul/Ret	İmza
Danışman	Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ Süleyman Demirel Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Şefika Eda ÇİÇEK Süleyman Demirel Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Mehmet DİNÇ Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	
Jüri Üyesi		<input type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret	

<sup>1</sup> Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

<sup>2</sup> OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

<sup>3</sup> DÜZELTME kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.

**YÖK LİSANSÜSTÜ EĞİTİM-ÖĞRETİM VE SINAV YÖNETMELİĞİ Madde 9-(8)** Tezi hakkında **düzeltilme** kararı verilen öğrenci en geç üç ay içinde düzeltmeleri yapılan tezi aynı jüri önünde yeniden savunur. Bu savunma sonunda da başarısız bulunarak tezi kabul edilmeyen öğrencinin yükseköğretim kurumu ile ilişkisi kesilir.

<sup>4</sup> Tezi **REDDEDİLEN** öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir.

Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.



T.C.  
**SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ**  
**Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü**



**YEMİN METNİ**

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “*Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Botswana Cumhuriyeti’nde bir Araştırma*” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

*O.m.m*

**Olebeng Mpho MACKENZIE**

**15/01/2019**

(MACKENZIE, Olebeng Mpho, *Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Botswana Cumhuriyeti'nde bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2019)

## ÖZET

Dünyanın dört bir yanındaki çalışmalar, engelli kişilerin sağlık hizmetlerine erişimde birçok zorluk ve farklı deneyimle karşılaştıklarını göstermektedir. Bununla birlikte, Botswana da dahil olmak üzere gelişmekte olan ülkelerde, engelliler için sağlık hizmetlerine erişim konusunda daha az araştırma yapılmıştır. Bu nedenle engelliler için sağlık hizmetlerine erişilebilirliğe ilişkin araştırmalara öncelik verilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Botswana'da, engellilerin sağlık hizmetlerine erişim araştırmaları yetersizdir. Bu nedenle bu çalışma, Botswana'da engelli insanların yaşamlarını iyileştirirken gelecekteki uygulamalara katkıda bulunmak için bu konuyu araştırmayı amaçlamaktadır. Botswana'daki engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişirken yaşadıkları zorlukları ve deneyimleri araştırmak için nicel bir araştırma yöntemi kullanılmıştır. Çalışma, Botswana'nın başkenti Gaborone'de yaşayan farklı tip engellere (fiziksel, duyuşsal, sosyal ve zihinsel) sahip olan 401 örneklemden oluşmaktadır.

Araştırmacı tarafından erişilebilirliğin beş boyutuna odaklanan bir anket formu oluşturulmuştur. Araştırmacı ayrıca anketi, her katılımcının daha iyi anlaması için İngilizce ve Setsvana olmak üzere iki dile çevirmiştir. Katılımcıları örnekleme için bir alt kategoride kartopu örnekleme tekniği ile amaçlı örnekleme tekniği kullanılmıştır. Toplanan veriler daha sonra SPSS 22.0 paketi kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın sonuçları olarak engellilerin; tıbbi faturalarını ödemek için finansal kapasiteye sahip olmadıklarını, hastaneden aldıkları sağlık hizmetlerini ve tedavileri masraflarını karşılayamadıklarını, tıbbi tedavilerini kapsayan sigortalarının olmadığını, sağlık tesislerinde kalacak yerlerin yetersiz olduğu, klinikte/hastanede bekleme süresinin uzun olduğu ve reçeteli ilaçların yetersiz olduğu ortaya konulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Engellilik, Sağlık hizmeti, Erişim, Botswana

(MACKENZIE, Olebeng Mpho, *Access to Health Care Services for People with Disabilities: A Research in the Republic of Botswana*, Masters Thesis, Isparta, 2019)

## ABSTRACT

Studies around the world show that people with disabilities face many challenges and different experiences in accessing health care. However, in middle-income countries including Botswana, less research on access to health services for people with disability has been conducted. Therefore, research on accessibility to health services for people with disability should be prioritised. In Botswana, research on access to health care for people with disability is inadequate, so the present study aims to investigate this issue in order to contribute to future interventions whilst improving the lives of people with disabilities in Botswana. A quantitative research method was used to explore the challenges and experiences of people with disabilities when accessing health care in Botswana. The study consists of 401 (207 male and 194 female) sample size of people with different types of disabilities (physical, sensory, intellectual and mental) living in Gaborone the capital city of Botswana.

A questionnaire was developed by the researcher focusing on five dimensions of accessibility. The researcher translated the questionnaire into two languages namely, English and Setsvana, for each participant to understand better. Purposeful sampling technique with a subcategory of snowball sampling technique were used to sample the participants. The collected data was then analyzed using SPSS 22.0 package. The result from the study revealed that people with disability; do not have the financial capacity to pay for their medical bills; are unable to afford the health services and treatment they receive from the hospital; do not have insurance that covers their medical treatments, believe that accommodation in health facilities is insufficient; believe that the waiting time in the clinic / hospital is long and the prescribed drugs are insufficient.

**Keywords:** Disability, Healthcare service, Access, Botswana

## İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI .....	i
YEMİN METNİ .....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
TABLolar DİZİNİ .....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	viii
KISALTMALAR DİZİNİ .....	ix
ÖNSÖZ.....	x
GİRİŞ .....	1

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### BOTSVANA CUMHURİYETİ ÜLKE PROFİLİ, SAĞLIK VE SOSYAL POLİTİKALARI

<b>1.1. BOTSVANA CUMHURİYETİ ÜLKE PROFİLİ, SAĞLIK VE SOSYAL POLİTİKALARI .....</b>	<b>3</b>
1.1.1. Ülkenin Tarihçesi ve Coğrafyası .....	3
1.1.2. Siyasi ve Ekonomik Dinamikleri .....	5
1.1.3. Sosyo-Kültürel Dinamikleri.....	7
<b>1.2. SAĞLIK VE SOSYAL POLİTİKALARI.....</b>	<b>8</b>
1.2.1. Sağlık Düzeyi Göstergeleri.....	9
1.2.2. Sosyal Politikalar ve Mevzuat .....	11
1.2.3. Sağlık Harcamaları ve Sosyal Harcamalar .....	12

### İKİNCİ BÖLÜM

#### ENGELLİLİK VE SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM

<b>2.1. ENGELLİLİĞİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ .....</b>	<b>16</b>
2.1.1. Engelliliğe İlişkin Tanımlamalar .....	16
2.1.2. Engellilik Nedenleri.....	18
2.1.3. Engellilik Tipleri ve Yaygınlığı.....	20
2.1.3.1. Duyusal Engellilik.....	20
2.1.3.2. Fiziksel Engellilik .....	21
2.1.3.3. Zihinsel veya Ruhsal Engellilik .....	22
2.1.3.4. Sosyal Engellilik .....	23
2.1.4. Engellilik Model ve Yaklaşımları.....	24
2.1.4.1. Tıbbi Model.....	24
2.1.4.2. Sosyal ve Ahlaki Model .....	25
2.1.4.3. Etkileşim Modeli.....	27
<b>2.2. ENGELLİLİĞİN TOPLUMSAL ETKİLERİ.....</b>	<b>29</b>
2.2.1. Ekonomik Etkileri.....	29
2.2.2. Sosyo-Kültürel Etkileri .....	31
2.2.2.1. Eğitim ve Engellilik .....	31
2.2.2.2. Yoksulluk ve Engellilik.....	32
<b>2.3. ENGELLİLİĞE YÖNELİK YASAL DÜZENLEMELER .....</b>	<b>33</b>

2.3.1. Botswana Sağlık Bakanlığı Düzenlemeleri .....	35
2.3.2. Başkanlık Ofisi .....	36
<b>2.4. ENGELLİ BİREYLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİ .....</b>	<b>37</b>
2.4.1. Sağlık Hizmetlerine Erişim Kavramı .....	38
2.4.2. Sağlık Hizmetlerine Erişime Yönelik Düzenlemeler .....	44
2.4.3. Sağlık Hizmetlerine Erişim Engelleri .....	46
2.4.3.1. Yasal Düzenleme Eksiklikleri .....	47
2.4.3.2. Toplumsal Engeller .....	48
2.4.3.3. Bireysel Engeller .....	51

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM ARAŞTIRMA

<b>3.1. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>54</b>
3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi .....	54
3.1.2. Araştırma Modeli ve Hipotezler .....	56
3.1.3. Evren ve Örneklem .....	59
3.1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	61
3.1.5. Veri Toplanma Aracı ve Verilerin Toplanması .....	62
3.1.6. Verilerin Analizi .....	63
<b>3.2. BULGULAR .....</b>	<b>63</b>
3.2.1. Demografik Bulgular .....	64
3.2.2. Engellilik Özellikleri .....	66
3.2.3. Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Erişim Algılarına Yönelik İfadeleri .....	69
3.2.4. Faktör Analizi Sonuçları .....	71
3.2.5. Sağlık Hizmetlerine Erişimin Diğer Faktörleri .....	82
3.3.6. Engelli Bireyler için Sağlık Hizmetlerine Erişimin Boyutlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması .....	88
<b>3.3. TARTIŞMA .....</b>	<b>97</b>
<b>SONUÇ .....</b>	<b>104</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>108</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>123</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>135</b>

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.1. Botsvana’da Sosyal Gelişmeyle İlgili Ulusal Politikalar ve Stratejiler .....	12
Tablo 1.2. Botsvana’daki Sağlık Tesisleri Listesi.....	14
Tablo 2.1. Tıbbi ve Sosyal Engellilik Modelinin Karşılaştırılması .....	27
Tablo 3.1. Örneklem Büyüklüğünün Rehabilitasyon Merkezlerine Göre Dağılımı .....	61
Tablo 3.2. Cinsiyet ve Yaş Dağılımı .....	64
Tablo 3.3. Engellilerin Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı .....	65
Tablo 3.4. Engellilik Türü ve Cinsiyete Göre Dağılımı.....	66
Tablo 3.5. Engellilik Türü ve Engelliliğin Nedenine Göre Dağılımı.....	67
Tablo 3.6. Cinsiyet ve Engelliliğin Nedenine Göre Dağılımı .....	67
Tablo 3.7. Engellilik Türü ve Yardım Amaçlı Hükümet Programlarından Faydalanma Göre Dağılımı .....	69
Tablo 3.8. Yardım Amaçlı Hükümet Programlarından Faydalanma ve Engelliliğin Nedenine Göre Dağılımı .....	69
Tablo 3.9. Sağlık Hizmetlerine Erişim İle İlgili İfadelerde Engelli Kişilerin Puanlarının Dağılımı .....	70
Tablo 3.10. Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi ile İlgili İfadelerin Faktör Analizi Sonuçları .....	72
Tablo 3.11. Engelliler İçin Sağlık Hizmetlerine Erişimle İlgili Boyutların Psikometrik Özellikleri .....	74
Tablo 3.12. Sağlık Hizmetlerine Erişimin Diğer Faktörlerin Dağılımı .....	83
Tablo 3.13. Engellilere Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi .....	88
Tablo 3.14. Engellilere Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutlarının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi .....	89
Tablo 3.15. Engellilere Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutlarının Eğitim Düzeyine Göre Değerlendirilmesi .....	91
Tablo 3.16. Engellilere Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutlarının İstihdam Duruma Göre Değerlendirilmesi .....	93
Tablo 3.17. Engellilere Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutlarının Engellilik Türüne Göre Değerlendirilmesi .....	94
Tablo 3.18. Engellilere Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutlarının Engelliliğin Nedenine Göre Değerlendirilmesi .....	96
Tablo 3.19. Araştırma Hipotez Sonuçları .....	101



## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Botswana Cumhuriyetinin Yeri .....	4
Şekil 1.2. Botswana’da Bulunan Bölgeler .....	5
Şekil 2.1. Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF) .....	28
Şekil 2.2. Sağlık Hizmetlerine Erişimin Kavramsal Çerçevesi.....	43
Şekil 3.1. Araştırma Modeli .....	57
Şekil 3.2. Gaborone Haritası .....	60
Şekil 3.3. Yardım Amaçlı Hükümet Programlarından Faydalanma .....	70



## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>AAIDD</b>	: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (Amerikan Zihinsel ve Gelişimsel Yetersizlikler Birliği)
<b>AIHW</b>	: Australian Institute of Health and Welfare (Avustralya Sağlık ve Refah Enstitüsü)
<b>AU</b>	: African Union (Afrika Birliği)
<b>ARV</b>	: Antiretroviral
<b>BDP</b>	: Botswana Democratic Party (Botsvana Demokratik Partisi)
<b>BWP</b>	: Botswana Pula- Botswana para birimi
<b>CBM</b>	: Christian Blind Mission
<b>CDC</b>	: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)
<b>CHBC</b>	: Community Home Based Care (Toplum Ev-temelli Bakım)
<b>CIA</b>	: Central Intelligence Agency (Merkezî İstihbarat Teşkilatı)
<b>ECA</b>	: Economic Commission for Africa (Afrika Ekonomik Komisyonu)
<b>GOB</b>	: Government of Botswana (Botsvana Hükümeti)
<b>GSYİH</b>	: Gayrisafi Yurt İçi Hâsıla
<b>HIV</b>	: Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Eksikliği Virüsü)
<b>ICF</b>	: International Classification of Functioning, Disability and Health (İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırması)
<b>OVC</b>	: Orphan and Vulnerable Children (Yetim ve savunmasız çocuklar)
<b>PEPFAR</b>	: President's Emergency Plan for AIDS Relief
<b>PMTCT</b>	: Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV (Anneden Bebeğe HIV Geçişinin Önlenmesi)
<b>RADP</b>	: Remote Area Development Programme (Uzak Alan Geliştirme Programı)
<b>RHVP</b>	: Regional Hunger and Vulnerability Programme
<b>SADC</b>	: Southern African Development Community (Güney Afrika Kalkınma Topluluğu)
<b>UNCRPD</b>	: United Nations Convention on the Rights of Persons with Disability (Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi)
<b>UNDP</b>	: United Nations Development Program (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı)
<b>UNICEF</b>	: United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
<b>UPIAS</b>	: Union of the Physically Impaired against Segregation (Ayrımcılığa Karşı Fiziksel Engelliler Birliği)
<b>USAID</b>	: United States Agency for International Development (Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı)
<b>WHO</b>	: World Health Organisation (Dünya Sağlık Örgütü)

## ÖNSÖZ

Bu tezin tamamlanmasında beni yönlendiren, destekleyen ve cesaretlendiren herkese derin şükranlarımı ve derin saygılarımı sunuyorum. Tamamen farklı bir kültüre sahip farklı bir ülkeye gitmek ve öğrenimim için de kullanmam gereken yeni bir dil öğrenmek imkânsız görünüyordu ancak öğretmenlerim, ailem ve arkadaşlarımın desteği hedefime ulaşmama yardımcı oldu.

Bu tezi gerçeğe dönüştürmede güç, cesaret ve rehberlik kaynağı olan Tanrı'ya sonsuz teşekkürler.

Tez danışmanım Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ'ye minnettarım. Şüphesiz, Yüksek lisans eğitimimin başlangıcından son dakikaya kadar beni destekledi. Bu tez onun desteği ve teşviki olmasaydı mümkün olmazdı. Sabır göstererek bana verdiği değerli bilgisi için sonsuza dek minnettar kalacağım.

Ayrıca, sağlık yönetimi bölüm başkanı Prof. Dr. Ramazan ERDEM'e ve Türkçe öğrendiğim ilk yıldan itibaren bilgilerini paylaşan tüm öğretmenlerime teşekkür ediyorum.

Veri toplama sürecinde bana yardımcı olduğu için Gaborone Botsvana'daki engelli bireylere, rehabilitasyon merkezlerine teşekkür ederim. Ayrıca Botsvana'daki Yerel Yönetim Geliştirme Bakanlığı'na da çalışmamı gerçekleştirme izni verdikleri için teşekkür ederim.

Başta Sümeyye Güngör, Meryem Koçaş olmak üzere beni arkadaşı olarak kabul eden ve Türkiye'deki kalışımı, çalışmalarımı unutulmaz kılan tüm arkadaşlarıma da özel teşekkür etmek istiyorum. Çalışmam sırasında destek kaynağı olan babam Phillip Mackenzie ve kardeşlerime (Monthusi, Babedi ve Thato) özel olarak teşekkür etmek istiyorum. Umutsuzluk ve cesaretsizlik anlarında motivasyon ve güç kaynağı oldular. Şüphelerim olsa bile entelektüel yeteneğime inanıyorlardı.

Son olarak, Türkiye'deki eğitimim boyunca maddi manevi destekleri için Türkiye Bursları'na teşekkürler. Bu bursla ödüllendirilmek hayatımı daha iyi hale getirdi.

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (1948), sağlığı yalnızca hastalık ya da engelliliğin yokluğu olarak değil aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan tam bir iyilik olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle çeşitli düzeylerde kişinin fiziksel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal becerilerinin kaybolması, sosyal hayata uyum sağlamada zorluk, günlük ihtiyaçların karşılanması ve farklı etkinliklerde desteğe gereksinim duyulması nedeniyle engellilik söz konusudur (Pınarlıgil, 2008: 21). Sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlik, dünyadaki her ülke için endişe verici bir konudur. Sağlık hizmetleri, dezavantajlı nüfus da dahil olmak üzere herkes için temel bir insan hakkıdır. Dezavantajlı nüfus arasında, hakları Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi (UNCRPD) tarafından uluslararası düzeyde insan hakları aracı olan korunan engelliler de bulunmaktadır. İnsan hakları belgesine sekiz ilke rehberlik etmektedir ve erişilebilirlik de bu ilkelerden biridir (United Nations, 2008: 5). Erişilebilirlik sağlık hizmetlerinde önemli bir konudur (Obrist vd., 2007: 1584) ve erişilebilirlik tehlikeye girdiğinde sağlık sistemlerinin performansı olumsuz etkilenmektedir (Levesque vd., 2013: 8). Pharr'a (2014: 23) göre engelli insanlar, karşılanmamış sağlık hizmetleri ve sağlık eşitsizliklerinden daha fazla etkilenmektedir. Genel olarak engelli bireylerin, engelli olmayanlara göre sağlık hizmetlerine yeterli erişim sağlayamadığı düşünülmektedir (Ali vd., 2013: 6).

Mulumba ve arkadaşları, (2014: 4), engelli bireylerin sağlıkta olumsuz sonuçlara yol açan sağlık hizmetlerine erişememe, politik marjinalleşme, ayrımcılık ve eşitsizlik yaşadıklarını ileri sürmektedir. Alanyazındaki çalışmalar, dünyadaki engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişirken birçok zorlukla karşılaştıklarını ve engelsiz bireylere kıyasla sağlıklarının kötü olduğunu ortaya koymaktadır (Tomlinson vd., 2009; World Health Organization, 2011). Benzer şekilde son araştırma kanıtları aynı zamanda engelli insanların sağlık hizmetlerine erişiminin sınırlı olduğunu göstermektedir (Danquah vd., 2015; Jeon vd., 2015; Mahmoudi ve Meade, 2015). Maalesef engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimleri sırasında yaşanan eşitsizlikle ilgili çok az araştırma yapılmıştır. Scheer ve arkadaşları (2003: 228), sağlık sisteminde engelli nüfusun deneyimlerinin iyi

anlaşılmamış olduğunu ve araştırmalarda yapılan sağlık hizmeti m¼dahalelerinin engelli olan kişileri hariç tuttuğunu belirtmiştir. Bu nedenle bu alışma Botsvana'da sağlık hizmetlerine erişimde engelli insanların karşılaştığı deneyimleri ve sorunları araştırarak sağlık araştırmalarına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

Bu araştırma, Botsvana'daki engelli insanların sağlık hizmetlerine erişirken karşılaştığı deneyimleri ve sorunları araştırmak için nicel bir yaklaşım benimsemektedir. Bu araştırma ¼ b¼l¼mden oluşmaktadır. İlk b¼l¼mde Botsvana'nın ¼lke profili, sağlık ve sosyal politikaları tartişılmaktadır. İkinci b¼l¼m, engellilik kavramı ve sağlık hizmetlerine erişim ¼zerine odaklanmaktadır. ¼¼nc¼ b¼l¼m, araştırma metodunu tartişmakta, toplanan verilerin analizi ile elde edilen bulgular sunulmakta, son olarak çalışmanın bulguları tartişilerek ¼neriler getirilmektedir.

# **BİRİNCİ BÖLÜM**

## **BOTSVANA CUMHURİYETİ ÜLKE PROFİLİ, SAĞLIK VE SOSYAL POLİTİKALARI**

### **1.1. BOTSVANA CUMHURİYETİ ÜLKE PROFİLİ, SAĞLIK VE SOSYAL POLİTİKALARI**

Bu bölümde Botswana'nın, daha iyi anlaşılması için ülke profili (tarihi ve coğrafyası ile siyasi, ekonomik ve sosyo-kültürel dinamikler) ile sağlık ve sosyal politikaları anlatılmıştır.

#### **1.1.1. Ülkenin Tarihçesi ve Coğrafyası**

Botswana, 1966 yılında İngiliz kolonisinden bağımsızlığını kazanan küçük bir ülkedir. Tsvana kabilesi, 1700 ve 1800'ler arasındaki Avrupa yerleşimiyle karakterize edilen güney doğudan uzaklaşmıştır. O zaman, bu alan, resmen mfecane veya difaqane olarak bilinen bir savaş ve yer değiştirme dönemine maruz kalmış ve şu anda Güney Afrika Cumhuriyeti olarak bilinmektedir (Poteete, 2017: 2). Bu dönemde yerli San (Bushmen) Kalahari bölgesine geri çekilmiştir. Botswana 1885'te Britanya tarafından bir koruyucu olarak kurulmuş ve günümüzde Bechuanaland olarak bilinmektedir. Diğer Afrikalı koloniler gibi, geleneksel otoriteler aracılığıyla dolaylı bir yönetim stratejisi benimsenmiştir. Bu geleneksel yetkililer dikgosi (kgosi, kral veya şef) olarak bilinir ve Tsvana gruplarına dayanan aşiret toprakları üzerinde geniş bir özerkliğe sahiptirler (Poteete, 2017: 2).

Bechuanaland Koruyucusu, Güney Afrika sınırları boyunca bulunan ve dolaylı bir kurala yol açan Mafikeng'den gelen İngiliz sömürgesi tarafından yönetilmiştir. Dolaylı yönetim, İngilizlerin güvenilir müttefik olarak gördüğü BaNgwato'nun kgosi Khama III'ü de içeren geleneksel otoritelere büyük ölçüde yetki vermiştir (Poteete, 2017: 2). 1961'de İngiltere, ülkeye bir anayasa vermiştir. Afrika geneli dekolonizasyon dalgasının etkisi ile Botswana, ilk olarak Mart 1965 öz-yönetim için seçimler

düzenlenmiş ve 1966'da resmen siyasi bağımsızlık kazanmıştır (Poteete, 2017: 2). Yeni hükümetin son derece sınırlı kaynaklarla muazzam zorluklarla karşılaşmasıyla bağımsızlığın ilk günleri oldukça zorlu geçmiştir. Poteete (2017: 3), Botswana'nın İngiltere'den yardım almaya büyük ölçüde bağımlı olduğunu ve öngörülebilir bir gelecekte ekonomik olarak bağımlı kalması beklendiğini ifade etmiştir. Neyse ki, 1967'de, Orapa'da yüksek kaliteli elmasların keşfi, Botswana'nın kalıcı yoksulluk ve bağımlılık tahminlerinden kaçmasına olanak sağlamıştır.

Bağımsızlıktan sonra Botswana, adını Bechuanaland'dan Botswana'ya değiştirmiştir. Botswana Cumhuriyeti olarak bilinen ülke, Güney Afrika'da 582 000 km<sup>2</sup>'lik bir toprak kütesine sahiptir. Botswana'daki nüfusun 2013 yılında 2.1 milyona yakın olduğu ve kentsel bölgelerde yaşayanların % 61 civarında olduğu tahmin edilmektedir. (Botswana Central Statistics Office, 2011). Şekil 1.1'de belirtildiği gibi Botswana; Güney Afrika Cumhuriyeti, Zimbabve, Namibya ve Zambiya ile sınırlarını paylaşmaktadır. Botswana, güneybatıya yayılan Kalahari Çölü'nden; Kuzey Batı'da dünyanın en büyük iç deltası olan Okavango Deltası'na; Kuzeyde Makgadikgadi Tuz Pan'dan, doğudaki ovalara kadar uzanmaktadır.

**Şekil 1.1. Botswana Cumhuriyetinin Yeri**



**Kaynak:**[https://d2z7bzwflv7old.cloudfront.net/cdn\\_image/exW\\_1200/images/maps/en/bc/bc-area.gif](https://d2z7bzwflv7old.cloudfront.net/cdn_image/exW_1200/images/maps/en/bc/bc-area.gif)

Ülkenin yaklaşık % 70'i Kgalagadi kumlarıyla kaplıdır. İklim, sıklıkla kurak ve yarı kurak subtropikaldır (USAID, 2008: 6). Botsvana'nın Şekil 1.2'de görüldüğü gibi dokuz bölgesi vardır. Bunlar; Güney Bölgesi, Güneydoğu Bölgesi, Kweneng Bölgesi, Kgatleng Bölgesi, Merkez Bölgesi, Kuzey-Doğu Bölgesi, Kuzey-Batı Bölgesi, Ghanzi Bölgesi ve Kgalagadi Bölgesidir.

**Şekil 1.2. Botsvana'da Bulunan Bölgeler**



**Kaynak:**<https://encryptedtbn0.gstatic.com/images?q=tbn%3AANd9GcRqvRINDFuv8cU73F5VbkhTZ1C7II-3aJEahDsIJIM23WyansAP>

### 1.1.2. Siyasi ve Ekonomik Dinamikleri

Bağımsızlıktan sonra, Botsvana Cumhuriyeti barışçıl işleyen demokratik kurumları ile komşu ülkelerle iyi ilişkiler geliştirmiş ve gelişen bir ekonomi sürdürmüştür. Bağımsızlıktan beri Botsvana'da beş yılda bir, çok partili seçimler düzenlenmiştir. Bu, ülkenin Afrika'da hayatta kalan en uzun demokrasi olarak tanınmasına yol açmıştır (Wiseman, 1998: 242). Ancak tek siyasi parti olan Botsvana Demokrat Parti (BDP), seçimlerin başlamasından bu yana her seçimi kazanmıştır. Anayasa, cumhurbaşkanının her beş yılda bir ulusal seçimlerle seçileceğini ve sadece 1999 itibariyle iki dönemle sınırlandırıldığını belirtmektedir. Kabine, Ulusal Meclis'ten



seçilir ve başkan yardımcısı ile esnek sayıda bakandan oluşmaktadır. Ulusal Meclis ayrıca beş yıllık bir süre için seçilmektedir, 40 seçilmiş ve 4 atanan üyeyi içerir ancak ulusal nüfus sayımından sonra her 10 yılda bir ayarlanmaktadır (Botlhomilwe ve Sebudubudu, 2011: 96). Botswana Cumhuriyeti'nin ilk cumhurbaşkanı, Bamangwato etnik grubun başkanlığının eski mirasçısı ve 1962 yılında bilinen Botswana Demokratik Partisinin (BDP) kurucusu olan Seretse Khama'dır. Botswana Demokratik Partisi, ülkeyi otuz yıldan bu yana hızlı bir şekilde elmas kaynaklı ekonomik büyümeye yönlendirmiş, sağlam bir politika oluşturması ve yolsuzlukla mücadelesi ile itibar kazanmıştır (Poteete, 2017: 4). Botswana çalkantılı bir bölgede siyasi bir istikrar abidesi olarak gösterilmektedir.

Botswana ekonomisinin bağımsızlıktan bu yana elde ettiği başarılar ve başarısızlıklar üzerine pek çok araştırma yapılmıştır (Oomen vd., 1983; Harvey ve Lewis, 1990; Salkin vd., 1997). Dünya Bankası'na (2005: 255) göre Botswana'nın ekonomisi diğer ülkelerden hızlı bir şekilde büyümüştür. Botswana'nın ekonomik büyüme performansı, bağımsızlığın elde edildiği dönemki ekonomik koşullar nedeniyle pek çok insanı şaşırtmıştır. Bu olağanüstü performans (yoksulluktan ve korkunç mali koşullardan dönüşümü) bazıları tarafından bir "mucize" olarak tanımlanmıştır (Harvey, 1992: 336). Dünya Bankası (1989) bunu son on yılda en hızlı büyüyen ekonomiler içinde değerlendirmiştir.

Bağımsız olduktan sonra Botswana, dünyadaki en yoksul ülkelerden biri olarak kabul edilmiş ve kişi başına yıllık sadece 100 dolarlık bir gelir elde etmiştir. Ancak, elmasların keşfinden sonra ekonomi hızla büyümüş ve kişi başına düşen GSYİH'sı 16.800 ABD Doları'na tekabül etmektedir ve orta gelirli bir ülke olarak sınıflandırılmaktadır (CIA, 2013; UNDP, 2013). 2008 yılında küresel ekonomik krizden sonra 2013 yılında gayri safi yurtiçi hasıla (GSYİH) büyümüş, 2014 yılında %3.2'ye yükselmiş ve ardından Aralık 2015'te %1'e gerilemiştir. Hammadde çıkarma sektörlerin (hammaddelerin topraktan çıkarılması (öğrneğin yağ, metaller ve mineraller) ve bunların işlenmesi ve kullanılmasıyla ilgilenen sektörlerdir) Botswana'nın brüt katma

değerinin dörtte birinden fazlasını oluşturduğu ve madencilğin ekonominin en büyük sektörü olduğu söylenebilir (Economic Commission for Africa, 2016: vi).

Botsvana ekonomisinin önemli bir kısmı da tarıma dayanmaktadır. Tarım sektörünün, yarı kentsel ve kırsal alanlarda yaşayan Botsvana halkının %78'inden fazlasının geçimini sağladığı görülmektedir. Tarım sektörü; tarımsal mahsullerin yetiştirilmesi ve çiftlik hayvanlarının yetiştirilmesi yoluyla varlığını sürdürmektedir. Sığır yetiştiriciliği hayvancılık içindeki %51 oranı ile en önemli tarımsal faaliyet konusu olarak görülmektedir (United Nations Botswana Statistics, 2004). Sığır eti ihracatı, ülke gelirinin en büyük üçüncü katkısı olarak kabul edilmektedir. Avrupa'ya yapılan sığır eti ihracatı, GSYİH'nin %5'ine katkıda bulunmaktadır. Botsvana, ekonomisini elmaslara aşırı bağımlılıktan arındırma peşindedir.

### **1.1.3. Sosyo-Kültürel Dinamikleri**

Botsvana, sınırlarının ötesinde diğer ülkelere karşı kapalı bir ulus olarak kabul edilmektedir. Büyük ölçüde açık sözlü insanlardan oluşan bir millettir. Doğal olarak Botsvana, çok fazla dikkat çekmemekte ancak her zaman daha fazla haber değeri olan komşu ülkelerin gölgesinde yaşamış olsa da kıtadaki en güçlü demokrasilerden birini korumayı başarmıştır. Değerli bir kültürel derinlik dünyasını korumuştur (Comaroff, 2002: ix). Botsvana'da, İngilizce ve Setsvana resmi dildir, İngilizce hükümette ana dildir ve çoğunluk bu dilleri bilmektedir. Çoğu insan Setsvana konuşmaktadır ancak ülkede sekalaka, sesarwa, seherero, seyeyi, vb. gibi konuşulan başka etnik diller de vardır (Langeni-Mndebele, 1997: 36).

Her biri kendi inanç ve uygulamalarıyla karakterize edilen farklı dini sistemlere ev sahipliği yapmaktadır. Din, kültürel arka planda en güçlü unsur olarak kabul edilir ve Botsvana vatandaşlarının çoğunun düşüncelerini ve yaşamlarını etkilemektedir. Hıristiyanlık, çeşitli mezhepleriyle birlikte ülkede en fazla görülen dinlerinden biridir. Ek olarak geleneksel yaşamın bölümlerini benimseyen kendi inançları ve pratikleri ile

Afrika geleneksel dini vardır (Langeni-Mndebele, 1997: 37). Daha küçük ölçekte olmasına rağmen Müslüman, Bahai inancı ve Hindu gibi başka dinler de vardır.

Botsvana'daki tipik bir aile çekirdek aile değil geniş aile niteliğindedir. Geniş aile fikri özellikle kırsal alanda oldukça yaygındır (Langeni-Mndebele, 1997: 38). Normalde ebeveynler ve çocukları, köylerinde büyük anne babalarıyla birlikte yaşamaktadırlar ancak şehirlere çalışmaya gittiklerinde aileden ayrılmaktadırlar. Botsvana halkı aileye çok değer verse de toplumsal tutum, inanç, düşünce ve değerler nedeniyle engellilik, yüksek oranda dışlanan talihsiz bir durumdur. Botsvana'da insanlar, engelliliğin Tanrı'dan, kötü şanstın ve büyücülüğün cezalandırılmasının bir sonucu olduğuna inanırlar (Modie, 1993). Bu kültürel perspektifler, genellikle bazı engellilerin evlerde kilitli kaldığı ve bazı engellilerin farklı sosyal hizmetlere erişirken ayrımcılığa uğradığı yönünde engelliliğin dışlanması sonucunu ortaya çıkarmıştır.

## **1.2. SAĞLIK VE SOSYAL POLİTİKALARI**

Botsvana'nın gelişmeleri ve politikaları 2016 yılında geliştirilmiş ve yayınlanmış olan Vizyon 2036 tarafından yönlendirilmektedir. Botsvana'nın sağlık sistemi Entegre Sağlık Hizmetleri Planı (2010-2020) ve Revize Ulusal Sağlık Politikası (2011) tarafından yönlendirilmektedir. Sağlık hedefleri ve yönergeleri Ulusal Kalkınma Planı 11 (2016-2023) aracılığıyla belirlenmektedir. Ulusal Sağlık politikası ilk olarak 1995 yılında formüle edilmiş ve sağlık sektörünün gelişimine rehberlik etmek için kullanılmıştır. 2011 yılında politika, yaygın sağlık durumunun ele alınması, sağlık sektörünün örgütlenmesi ve sosyal sağlık belirleyicilerinin sağlık gelişimi için merkezi bir tema haline getirilmesi amacıyla gözden geçirilmiştir (WHO, 2018: 1). Bununla birlikte Revize Ulusal Sağlık Politikasını kullanan Sağlık Bakanlığı, kaliteli sağlık hizmetlerinin sağlanmasından sorumlu olmasına rağmen sosyal ve ekonomik politikalar sağlık üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir.

Farklı ekonomik ve sosyal sorunlara bir cevap olarak Botsvana'da, farklı sosyal politikaları kapsayan olgun ve karmaşık bir sosyal koruma sistemi ortaya çıkmıştır. Bu

sosyal koruma sistemi, bağımsızlık öncesi döneme kadar uzanmaktadır. Geleneksel informal sosyal koruma programları; sığır yetiştiricisi zenginlerin sürülerine bakan fakirlere, takdirin bir göstergesi olarak sığır vermeleri ve zenginlerin tarlalarının bir kısmını tarlalarında çalışma karşılığında yoksullara vermeleri şeklinde oluşmaktadır (Botlhale vd., 2015: 1). Bağımsızlıktan sonra Botsvana hükümeti, devlet tarafından resmi olarak kamu politikasının bir parçası olarak finanse edilen bir sosyal koruma rejimini kurumsallaştırma fikrini öne sürmüştür. Ntseane ve Solo'ya (2004: 73) göre, 1970'lerde gıda ve beslenme programlarını içeren bir topluluk geliştirme programı kurulmuştur. İlerleyen yıllarda Bushman Eğitim ve Uzlaştırma Programı (daha sonra Uzaktan Alan Geliştirme Programı), Sosyal Refah Birimi (1973-81), Kamu İşleri Programı (1978) ve Ulusal Muhtaç Politikası (1980) gibi diğer sosyal programlar da dahil edilmiştir. Zamanla gıda paketlerinin fakirlere ulaştırılması; dezavantajlı gruplar ve ilkökul çocukları için ek beslenme programları; yaşlılık, emeklilik programı ve İkinci Dünya Savaşı gazileri hibeleri; yetim ve dezavantajlı çocuklara yiyecek, giyim, eğitim ve koruma sağlanması (Mupedziswa ve Ntseane, 2011: 1); ve engellilik ödeneği sosyal koruma rejimi içinde yer almıştır (Botswana Press Agency, 2015: 1).

### **1.2.1. Sağlık Düzeyi Göstergeleri**

Botsvana'daki yaşam beklentisi 2006 yılında 51,4 iken 2015'te 68'e yükselmiştir (SADC, 2016: 34). Yaşam beklentisindeki artış, kısmen Botsvana'nın kendi kaynakları tarafından finanse edilen HIV / AIDS için ARV terapi ve PMTCT ile evrensel kapsamda kaydedilen başarılarla bağlantılıdır (WHO, 2018: 1). 2011-2015 yılları arasında bebek ölüm oranı %2 (binde iki)'dir. UN Economic Commission for Africa'ya (2018: viii) göre, anne ölüm hızının 2006 ile 2014 yılları arasında önemli ölçüde dalgalandığı görülmektedir. Bu oran, 2008'de 100 000 canlı doğumda 196'dan 2014'te 143'e düşmüştür. Bununla birlikte 2015 yılında oran, 149 olmuştur. Ayrıca, 2017 yılında %22.8 kaydedilen kaba doğum hızı, 2015 yılında %20.3 olmuştur. 2015 yılında %7.7 olan kaba ölüm hızı, 2017'de %7.4 olmuştur. HIV/AIDS, Botsvana'da oldukça yaygın olan sorunlardan biridir. 2015-2016 döneminde 15-49 yaş grubundakiler arasında HIV

yaygınlık oranı % 22 olarak kaydedilmiştir. Bu oran hükümetin yaptığı mevcut ve yeni kalkınma çabalarını zayıflatmaya devam etmektedir. Botsvana'daki ortalama ulusal HIV/AIDS yaygınlık oranı % 27.3 (kadınlarda 30,6 ve erkeklerde 23,9) olarak kaydedilmiştir. Statistics Botsvana'ya (2013a) göre, kadınlara yönelik daha yüksek yaygınlık oranları, erken evliliklerin ve cinsiyete dayalı şiddetin sonucu olabilmektedir.

Botsvana'da, engelliliğe ilişkin bilgiler oldukça sınırlıdır. 2001 Genel Nüfus Sayımı sonuçları, Botsvana nüfusunun (1 680 863 kişi) %3.5'inin (58 716) engelli olduğunu ve bunların yaklaşık % 66'sının kırsal bölgelerde yaşadığını göstermiştir (Central Statistics Office, 2005: 61). 2011 yılı nüfus sayımında ise toplam nüfusun (2 024 904) %2.92'sini engelli (59 103) kişi oluşturmaktadır (Mmatli vd., 2013: 209). Karşılaştırıldığında Botsvana'daki toplam 1 035 776 kadından 29 592'si (%2.9) engelli ve toplam 989 128 erkekten 29 511'si (%3) engellidir.

Engelli çocukların sayısı tam olarak belirlenemese de 5-17 yaş arasındaki engelli çocuklara yönelik yapılan bir araştırmada görme engeli olduğu bildirenlerin %89.5'inin hala okulda olduğu, %4.1'inin okuldan ayrıldığı ve % 6.4'ünün hiç okula gitmediği belirtilmiştir. İşitme engelli olanların %84.6'sı okuldayken, %6.2'si okuldan ayrılmış ve %9.2'si hiç okula gitmemiştir. Görme ve işitme engelli olanlara benzer şekilde, konuşma bozukluğu olanların %65'i okuldayken, %5.5'i ayrılmış ve %29.5'i hiç okula gitmemiştir (Mmatli vd., 2013: 215) .

2011 nüfus sayımında, engel türleri olarak görme, işitme ve konuşma bozukluğu, kolları, bacakları veya tüm vücudu kullanamama, zihinsel yetersizlik, ruh sağlığı bozukluğu, kol veya bacak eksikliği sayılmıştır. Görme engelinin, en sık bildirilen engellilik olduğu ifade edilebilir. Engellilerin %40.7'si görme sorunu yaşadığını, %17.0'ı işitme sorunu olduğunu, %9.9'u konuşma bozukluğu olduğunu belirtmiştir. Kolları kullanamama %11.7, bacakları kullanamama %6.3 ve tüm vücudu kullanamama %2.5 olarak bildirilmiştir. Sayıma katılanların %1'e (%0.7) yakını bacaklarının eksik, %0.2'si kollarının eksik olduğunu belirtmiştir. Ayrıca engelli bireylerin %7.8'inde ruhsal bozukluk ve %3.3'ünde zihinsel bozukluk olduğu bildirilmiştir (Mmatli vd., 2013: 210).

### 1.2.2. Sosyal Politikalar ve Mevzuat

Botsvana, halen sosyal kalkınma veya sosyal korumaya odaklanan tek bir ulusal politikaya sahip değildir. Bununla birlikte bu alanlarla ilgili birçok politika ve strateji vardır. Bu politikalarından bazıları Tablo 1.1'de özetlenmiştir. Bu sosyal koruma ve kalkınma politikaları çoğunlukla yoksul insanları, muhtaç ve korunmasız aileleri, yetimleri ve savunmasız çocukları (OVC), engellileri ve uzak bölgelerde yaşayan insanları kapsamaktadır (RHVP, 2011: 8). Farklı politikalarından kaynaklanan sosyal koruma programlarından bazıları; toplum ev-temelli bakım (CHBC), yetim ve savunmasız çocuklar OVC programları, ilkokul ve ortaokul beslenmesi, hassas grup beslenmesi, yoksulluk programı, eyalet yaşlılığı ve savaş gazileri emekli maaşları, uzak bölgelerde yaşayan insanlar (RADP) ve emek yoğun kamu çalışmalarıdır ('Ipelegeng') (RHVP, 2011: 11).

Bu programlarla birlikte yaklaşık 900 000 kişiye (toplam nüfusun yarısına) ulaşılmaktadır ancak bunların 700000'i evrensel okul beslenme programlarından veya hassas grup beslemesinden faydalanmaktadır (RHVP, 2011: 16). Botsvana'da sosyal koruma için sadece birkaç anayasal hak vardır. Örneğin, Botsvana'nın Anayasasının II. Bölümü "bireyin temel hak ve özgürlüklerinin korunmasını" vurgulamaktadır. Ek olarak, çocuk yasasında, çalışma mevzuatında ve halen gözden geçirilmekte olan engellilik politikasında insan hakları unsurları vardır (RHVP, 2011: 7).

**Tablo 1.1. Botsvana’da Sosyal Gelişmeyle İlgili Ulusal Politikalar ve Stratejiler**

<b>Ulusal Politikalar ve Stratejiler</b>	<b>Açıklama</b>
<b>1.Yoksulluğun Azaltılması Ulusal Stratejisi</b>	Bu politika 2003 yılında ve 2010 ortası itibariyle gözden geçirilmiştir. Geniş tabanlı emeğin ekonomik büyümesi yoluyla ilk olarak vizyon 2016 olarak adlandırılan Vizyon 2036'ya ulaşmak için kaliteli sosyal hizmetlerin sağlanması, düşük maliyetli ve fakir sosyal güvenlik ağlarının teşvik edilmesi, AIDS pandemisine etkili yanıt ve yoksulların bakımı için kurumları güçlendirmek gibi stratejik yollar özetlenmektedir.
<b>2.Ulusal Nüfus Politikası</b>	Bu politikanın gözden geçirilmiş versiyonu 2010 yılında onaylanmıştır, amaçlarından biri “evlilik kurumunu teşvik etmek, ailenin koruma ve sosyal destek sağlamadaki rolünü güçlendirmektir” (GOB, 2010a: 24).
<b>3.Yetimler ve Savunmasız Çocuklar Ulusal Politikası</b>	Yetimler ve Savunmasız Çocuklar hakkındaki bir Ulusal Politika taslağı 2009 yılında sonuçlandırılmış ancak 2010 yılının ortalarında Bakanlar Kurulu tarafından onaylanmıştır. Bu politika, 2009 Çocuk Yasası tarafından düzenlenmiştir.
<b>4.Yoksul ve Dezavantajlı Aileler Ulusal Politikası</b>	Mevcut sosyal koruma stratejisinin temel bir unsuru olan 2002 Muhtaç Kişileri Ulusal Politikası, hükümetin varlık, gelir ve çalışma kapasitesine sahip olmayan bireylere asgari yardım sağladığı bir çerçeve sunmaktadır. Politika 2008 yılında gözden geçirilmiş ve gelecekte de İhtiyaç ve Dezavantajlı Ailelere ilişkin yeni Ulusal Politika tarafından değiştirilmesi muhtemeldir. Bu politika, rahatsızlamadan rehabilitasyona doğru kayda değer bir politika değişikliğini temsil edecek ve en çok ihtiyaç duyanlar için sürdürülebilir kalkınmayı umut edecektir.
<b>5.Engelli Hakları Ulusal Politikası</b>	Botsvana, 1970'lerin başından itibaren engelliler için politikalar ve stratejiler geliştirmiştir. 1996 Ulusal Engelliler Bakım Politikası, “engelli olma sıklığıyla mücadele etmek ve engelliler için yaşam kalitesini yükseltmek” amacını taşımaktadır. 2006 yılından bu yana haklara daha fazla önem veren Engeller Haklarına Dair Ulusal Politika, hazırlık aşamasındadır. Gözden Geçirilmiş Ulusal Engellilik Politikası 2016 yılında Meclis'te sunulmuş ancak onaylanmamıştır. Daha sonra revize edildi ve revize edilmiş versiyonun onaylanması beklenmektedir. Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'na (2018) göre, Botsvana Hükümeti İnsan Hakları Konseyi'nin 38. oturumunda İnsan Hakları Konseyi'ne Engelli Kişilerin Hakları Sözleşmesi'ni onaylama kararı aldığını bildirmiştir. Botsvana ayrıca Afrika Birliği Engelliler Protokolü'nü (AU Protokolü) onaylamayı planlamaktadır ancak Botsvana'nın Ulusal Engellilik Stratejisi veya Engellilik Yasası yoktur.

**Kaynak:** RHVP (2011:5)

### **1.2.3. Sağlık Harcamaları ve Sosyal Harcamalar**

Bağımsızlıktan beri Botsvana hükümeti, her vatandaş için sağlık hizmetlerine adil erişimin sağlanması yönünde çaba sarf etmiştir. Botsvana sağlık sistemi kamu, kar amaçlı, kar amacı gütmeyen ve geleneksel tıbbi uygulamalardan oluşmaktadır. Kamu sektörü, Botsvana sağlık sisteminde en büyük sektör olup % 98 sağlık tesisine sahiptir

(Ministry of Health, 2008: 135). Botsvana'nın 2012'de yıllık hükümet harcamaları kişi başı 246 dolar (ABD) ve kişi başına toplam sağlık harcamaları 382 dolardır (World Health Statistics, 2012). 2013 yılında toplam sağlık harcaması kişi başına 397 dolar iken kişi başına düşen hükümet sağlık harcamalarının 227 dolar olduğu söylenebilir. 2005 yılından bu yana kişi başına hükümet sağlık harcaması nispeten sabit kalmış, artan özel sağlık sigortaları ile sağlık finansmanı geliştirilmiştir. Botsvana'daki kişi başına özel ön ödeme tutarı 2003 yılında 3 dolardan 2013 yılında 136 dolara yükselmiştir. Bununla birlikte sağlık üzerindeki artan özel sağlık sigortası harcamalarına rağmen Botsvana sağlık sistemine, kamu sektörü hakimdir (USAID, PEPFAR ve Health Policy Project, 2016: 1).

Kamu sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmeti modeline göre verilmektedir. Sağlık hizmetleri bölge düzeyine dağıtılmış ve hiyerarşik bir yapılanmaya gidilmiştir. Tablo 1.2'de belirtildiği gibi, bu tesisler sevk hastanelerini, ilçe hastanelerini, birincil hastaneleri, klinikleri ve sağlık ocaklarını kapsamaktadır. Bu sağlık tesisleri hiyerarşik bir referans sistemini takip etmektedir. Öncelikle sevk hastaneleri, uzman ve yoğun tıbbi bakıma ihtiyacı olan diğer tıbbi tesislerden gelen hastalar için sevk noktası görevi görmektedir. Bu tesisler iyileştirici, önleyici ve üçüncül bakım sağlamaktadır (Barbee, 1986: 76). Sevk hastaneleri, özel hastalıklar, tıbbi ihtiyaçlar ve bakım ile ilgilemek üzere donatılmış özel hastane ve sağlık tesislerdir. Hastaneler bu hizmetlerden bazılarını sağlamaktadır: Psikiyatrik bakım, rehabilitasyon hizmetleri, onkoloji ve kanser hizmetleri, radyoloji hizmetleri ve kadın hastalıkları ve doğum (<https://www.moh.gov.bw/hospitals1.html>). İlçe hastaneleri ise, yoğun ve uzun süreli bakım ile başa çıkabilmek için daha fazla sayıda yatak kapasitesine sahip olan büyük bölgede sağlık tesislerdir. İlçe hastanelerinde sunulan hizmetler; poliklinik hizmetleri ve pediatri bakımı, acil bakım, cerrahi ve yoğun bakım, eczane ve laboratuvar hizmetleri, x-ray ve teşhis, diş bakım hizmetleri, göz bakım hizmetleri ve ortopedik hizmetleri içermektedir. Birincil hastaneleri çoğu hastalık, yaralanma ve sağlık için tehditlerle mücadele eden genel hastanelerdir



(<https://www.moh.gov.bw/hospitals1.html>). Hastanelerden sonraki seviye, ayakta hasta hizmetleri, önleyici bakım ve bazılarında annelik hastalar için kullanılan yataklardan oluşan kliniklerden oluşmaktadır. Kliniklerin çoğu kırsal bölgelerde bulunmaktadır. Son olarak tesisler hiyerarşisindeki en düşük seviye, sağlık ocaklarından oluşmaktadır. Sağlık ocakları minimum düzeyde iyileştirici bakım sağlamaktadır (Barbee, 1986: 76).

**Tablo 1.2. Botsvana'daki Sağlık Tesisleri Listesi**

<b>Tesis Tipi</b>	<b>Tesis Sayısı</b>
Sevk hastanesi	3
İlçe hastanesi	15
Birincil hastaneler	17
Yataklı klinikler	104
Yataksız klinikler	214
Sağlık ocakları	347
Mobil sağlık ocakları	973
Özel medikal tesisler	128

**Kaynak:** Ministry of Health, (2015)

Botsvana'daki sağlık sektörü, hükümeti tarafından Sağlık Bakanlığı ve bazı inanç temelli kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları ve madencilik şirketleri aracılığıyla yönetilmektedir. Ayrıca uzak bölgelerde veya 8 km'lik sağlık tesislerinin dışında yaşayanlara sunulan 800'e yakın mobil servis bulunmaktadır (Ministry of Health, 2008). HIV/AIDS'in yüksek yaygınlık oranına bir yanıt olarak klinikler çoğunlukla fonlar tarafından desteklenmekte ve finanse edilmektedir ancak özel sektörün güçlendirilmesi nedeniyle uluslararası destek vericiler yavaş yavaş azalmaktadır. Botsvana'nın HIV'e karşı mücadelesini ve sağlık sektörünün bir bütün olarak sürdürülebilirliğini sağlamak için yeni finansman kaynaklarını belirlemeye devam etmesi gerekmektedir (USAID, PEPFAR & Health Policy Project, 2016: 1).

Hükümet, sağlık çalışanlarının en büyük işvereni olarak kabul edilmektedir. Nitelikli ve kaliteli sağlık çalışanlarının yetersizliği, hükümetin en büyük endişelerinden biri olmakla birlikte 10 000 kişi başına 3.4 doktor ve 28.4 hemşire ile yüksek kalitede sağlık hizmeti sunamama tehdidi ortaya çıkmaktadır (World Health Statistics, 2012:

122). Sağlık çalışanları, ülke içi kaynaklar ve yabancı eğitim kurumları biraraya getirilerek eğitilmektedir.

Botsvana hükümeti, sağlık harcamalarının yanında sosyal harcamalara da önem vermektedir. 2017-2018'de GSYİH'nın %4.4'ünü yaklaşık 7.4 milyar Botsvana Pula (BWP)<sup>1</sup> sosyal korumaya tahsis etmiştir. Bu durum açıkça Botsvana hükümetinin dezavantajlı bireyleri desteklemeye kararlı olduğunu göstermektedir. Özellikle sosyal yardım programlarına 2.2 milyar BWP tahsis edilmiştir (UNICEF Botsvana, 2017: 5). Sosyal korumaya tahsis edilen bütçe yıllar içinde kademeli olarak artmıştır. 2013-2014 döneminde harcamalar 5,3 milyar BWP olmuştur ve 2017-2018 döneminde 7.4 milyar BWP'ye yükselmiştir. Bununla birlikte 2015-2016 ve 2016-2017 genel sosyal yardım harcamaları sırasıyla %25 ve %15 oranında azalmıştır (UNICEF Botsvana, 2017: 6). Botsvana hükümetinin toplam sağlık ve sosyal harcamaları, vatandaşlarının çoğunun yaşamını sürdürmesine katkı sağlamaktadır.

---

<sup>1</sup> 1 ABD dolarının ortalama 10.74 BWP etmektedir.

## İKİNCİ BÖLÜM

### ENGELLİLİK VE SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM

#### 2.1. ENGELLİLİĞİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Engellilik, nesnel ve öznel olarak karakterize edilen çok boyutlu bir kavram olarak kabul edilmektedir. Engelliliğin toplum tarafından yorumlanması ve kavramsallaştırılması, engelli insanlar için önemli bir psikolojik etkiye sahiptir. Toplumun engelliliğe bakış açısı, engellilerin toplumda tam olarak yer almaları için psiko-sosyal uyum ve fırsatları önemli ölçüde etkileyebilmektedir (Wong vd., 2004: 194). Bu bölümde engelliliği açıklamak için kullanılan farklı kavramsal çerçeveler dikkate alınarak engellilik kavramı üzerinde durulacaktır.

##### 2.1.1. Engelliliğe İlişkin Tanımlamalar

Engellilik her insanın karşılaşılabileceği bir durumdur. WHO ve World Bank (2011: 5), herkesin yaşam süresinde belirli bir zamanda kalıcı ya da geçici olarak engelli yaşayabileceğini ifade etmektedir. Loeb ve arkadaşları (2008: 32) ile Meade ve arkadaşları (2015: 5) engelliliğin, evrensel bir tanımının olmadığını belirtirlerken, Barnes ve arkadaşları (1999) bunun, engelliliği anlamak için kullanılan birçok kuramsal yaklaşımın varlığından kaynaklandığını ileri sürmektedirler. Bu nedenle engelliliğin farklı tanımlarının bulunduğu (Mitra, 2006: 236) ve engelli kişilerin engelliliklerinin anlatılamayacağı ifade edilmektedir (Al Ju'beh, 2015: 13). Farklı ulusal ve kültürel bağlamlardaki bu farklı algıların, engellilik kavramının farklı yorumlarına yol açması muhtemeldir (Parnes vd., 2009). Özürlülük, sakatlık ve engellilik gibi farklı terimler, hayatın farklı yönlerinde, normdan sapan koşulları tanımlamak için kullanılmıştır.

Sakatlık, “psikolojik, fizyolojik veya anatomik yapı veya işlev kaybı veya anormalliği” olarak adlandırılmaktadır (WHO, 1980: 47). Ayrıca, Oliver ve arkadaşları (2012: 16), bozukluğu “uzun süreli olan bir hastalığın, genetiğin veya yaralanmanın sonucu olarak bireyde zihninde, bedeninde veya duyularında meydana gelen bir

olumsuzluk” olarak tanımlamıştır. Bu terim, organ seviyesindeki (örneğin, beyin) rahatsızlığa ve fiziksel, bilişsel veya duygusal kapasitedeki kısıtlamalardan kaynaklanan kaygılara yansımaktadır. Kişinin görünüm veya işlev açısından normalden “farklı” olarak kabul edilen fizyolojik veya psikolojik yapısını yansıtır (Rathgeber, 2018: 28).

Öte yandan engellilik, “normal rolün yerine getirilmesini sınırlayan ya da önleyen bir dezavantaj” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1980: 183). Bu terim, sosyal rol performansındaki dezavantajlar ile ilgili olan ve bozukluk veya engellilik sonucunda ortaya çıkan sosyo-kültürel, ekonomik ve çevresel sonuçlarla ilgilidir. İşlevsellik, Özürlülük ve Sağlık Uluslararası Sınıflandırması (ICIDH-2; WHO, 1999), yargısal çağrışımlarından dolayı bu kavramın kapsamını dışlamaktadır. ICIDH-2 (1999), tüm bozulmaların yaşam aktivitelerine katılımın bir sınırlama veya kısıtlama olamayacağını kabul etmektedir.

Bununla birlikte özürlülük “bir insan için normal kabul edilen aralık içinde ya da bu şekilde bozulmadan kaynaklanan bir faaliyeti gerçekleştirme konusunda herhangi bir kısıtlama ya da yetersizliktir” (WHO, 1980: 143). Bireyin vücudundaki bozulmadan kaynaklanan zarar verici etkidir (Rathgeber, 2018: 28) ve sosyal dışlanma ile sonuçlanabilmektedir (Oliver vd., 2012). Engellilik, kişisel düzeyde rahatsızlık ve eksiklikten (işlevsellik, performans veya davranış) kaynaklanan kaygıları yansıtır. Engeller doğum öncesinde, doğumda, çocukluk döneminde, yetişkinlikte veya yaşlılık yıllarında gelişebilir veya görülebilir. Engellilik dinamik, çok boyutlu ve tartışmalıdır, bu nedenle engelliliğin tanımlanması karmaşık bir konudur (WHO ve World Bank, 2011: 7) ve engelliliğin tanımı farklı bağlamlara ve kültüre göre farklılık gösterebilmektedir.

Botsvana'nın özel bağlamında, engellilik iki şekilde anlaşılmaktadır. Birincisi, 'engellilik' kelimesi Botsvana yerel dilinde "bogole" olarak ifade edilmektedir. 'Bogole', kişinin kendi kimliğinin bir parçası olarak kabul edilen bireyin değer düşüklüğünü ifade etmek için kullanılmaktadır. Bu bağlamda kişi “engelli bir kişi” ya da “mona le bogole” olarak adlandırılmaktadır. Bu bağlamda "engellilik" veya "bogole" teriminin

kullanılması kabul edilebilmektedir (Mmatli, 2005). Sakat yani “segole” teriminin ikinci anlamı çok olumsuzdur ve ele alınan bireye karşı aşağılayıcıdır. Bu bağlamda, ‘segole’ in yetersizlik, değersizlik, hastalık, utanç, bağımlılık, üzüntü ve sefalet anlamına geldiği anlaşılmaktadır. Botsvana'daki birçok engelli kişinin son derece aşağılayıcı ve kabul edilemez bir etiket olduğu için reddettiği "segole" yerine “bogole” olarak adlandırılmaktadır (Mmatli, 2005). Engelli bir kişiye hitap ederken “mona le bogole” ifadesi tercih edilmektedir.

Birleşmiş Milletler Engelliler Hakları Sözleşmesi'nin (UNCRPD) belirttiği gibi “*engellilik, gelişen bir kavramdır*” (UNCRPD, 2006: 1). Bu nedenle, bu çalışma UNCRPD tarafından engellilerin çalışma tanımını benimsemektedir. Bu tanım şu şekilde ifade edilmektedir:

*“çeşitli engellerle karşılaşmaları halinde diğerleriyle eşit bir şekilde topluma tam ve etkili şekilde katılmalarını engelleyen uzun süreli fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duyuşsal sakatlığı olan kişilerdir”* (UNCRPD, 2006: 4).

Engellilik kavramı farklı anlayışların bir sonucudur ve UNCRPD de tanımında engelliliği, bireyin bir özelliği olmadığını açıkça gösteren bir etkileşim olarak ifade etmektedir (WHO ve World Bank, 2011: 7). Al Ju'beh'e (2015: 17) göre, engelliler için kapsayıcı ve erişilebilir bir ortam sağlanmalıdır ancak toplum içinde engellilere yönelik stereotiplere, önyargılara, paternalist veya himaye edici davranış biçimlerine de sıklıkla rastlanmaktadır (Schulze, 2010). Engellilik, farklı nedenlerden kaynaklanır dolayısıyla kişinin hayatının farklı zamanlarında meydana gelebilir ve bireyin hayatının herhangi bir anında engelliliği yaşayabilme olasılığı vardır.

### **2.1.2. Engellilik Nedenleri**

Gebelik, doğum, hastalıklar, kazalar (vb.) da dahil olmak üzere engellilikle ilişkili birçok faktör vardır. WHO (2008)'ya göre bulaşıcı hastalıkların, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki engellilik nedenlerinin %9'unu oluşturduğu tahmin edilmektedir. Lenfatik filariyaz, tüberküloz, HIV/AIDS ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların,

engelliliğe neden olduğu tahmin edilmektedir. Ensefalit gibi nörolojik sonuçlara sahip hastalıklar (Kaiser, 1999; Lewis ve Glaser, 2005), menenjit (Hodgson vd., 2001; van de Beek, vd., 2006) ve çocuklukta yaşanan hastalıklar (kızamık, kabakulak gibi) ve poliomiyelit (Galazka vd., 1999) daha az öne çıkmaktadır.

Bulaşıcı olmayan hastalıklar da bazı engellere ve bozukluklara neden olabilmektedir. Dünyanın her yerinde görülen diyabet, kardiyovasküler hastalıklar (kalp hastalıkları ve felç), ruhsal engellilik ve bozukluklar, kanser ve solunum hastalıkları oranlarındaki artışın sakatlık üzerinde derin bir etkisi olduğu bildirilmektedir (WHO, 2005; Engelgau, vd., 2004; Sans, vd., 1997; WHO, 2005; Australian Institute of Health and Welfare (AIHW), 2004). WHO (2008)'ya göre, bulaşıcı olmayan hastalıkların, düşük ve orta gelirli ülkelerde engellilikle yaşanan yılların %66.5'ini oluşturduğu tahmin edilmektedir.

Trafik kazaları, mesleki yaralanmalar ve şiddet engelliliğe sebep olan faktörler olarak kabul edilmektedir. Ne yazık ki etkilerinin büyüklüğü hakkındaki veriler çok sınırlıdır. WHO (2002)'ya göre, yaralanma sürveyansı, mortalite veya yaralanmanın akut bakım sonuçları gibi yakın geçmişteki sonuçlara odaklanma eğilimindedir. Örneğin, karayolu trafik kazalarının bir sonucu olarak her yıl 1,2 milyon ile 1,4 milyon arasında insanın öldüğü, 20 ile 50 milyon arasında kişinin de yaralandığı görülmektedir (WHO, 2004; 2008; 2009). Bu trafik kazaları sonucu engelli kalan kişi sayısı net bir şekilde belgelenememiştir.

Eide ve Mmatli (2016), Botsvana'daki aktivite kısıtlamalarının ve engellerinin nedenlerinin doğuştan ve/veya hastalıktan kaynaklandığını belirtmektedir. Ayrıca kazalar, Washington Grubu Engellilik İstatistikleri'nde (WG6) bildirilmiştir. Cinsiyetin etkisi kontrol edilmiş, istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmamıştır ancak erkeklerin tüm alanlarda kaza nedeni olarak daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Kadınlar doğuştan görme, işitme ve yürüme güçlüklerinde daha yüksek değerler alırken erkeklerde engeline odaklanma ve öz bakım becerilerinde puanlar artmıştır.

### **2.1.3. Engellilik Tipleri ve Yaygınlığı**

Önceki bölümde açıklandığı gibi engellilik, genel olarak ölçümünün zor olduğu karmaşık ve çok boyutlu bir deneyimdir. Farklı ülkelerde engelliliğin ölçülmesinde kullanılan farklı yaklaşımlar, ölçümlerin sonuçları üzerinde de etkilidir (WHO, 2011: 22). Farklı “engellilik türleri” nin genel “gruplaşmaları”, engelliliğin açıklamalarının bir parçası haline gelmiştir. Bu kapsamda doğrudan veya dolaylı değerlendirmelere ve sınıflandırmalara dayanan farklı engellilik türlerinin yaygınlığını belirlemek amacıyla bazı araştırmalar yapılmıştır (Courtney vd., 2013; Bindawas ve Vennu, 2018). Sıklıkla, engelliliğin türleri, yalnızca duyu, fiziksel, zihinsel ve entelektüel olan bozukluklar dahil olmak üzere engelliliğin bir yönüne göre tanımlanmakta ve açıklanmaktadır. Bazen, engellilik sağlık koşullarına göre değerlendirilebilmektedir. Her bir engellilik türünün belirli sağlık, eğitim, rehabilitasyon, sosyal ve destek ihtiyaçları ile bağlantılı olduğu varsayılmaktadır (WHO, 2011: 21). Ancak benzer bozukluklar yaşayan kişiler çok farklı deneyimler ve ihtiyaçlarla karşılaşabilirler. Bu bölümde WHO (2011) tarafından duysal, fiziksel, zihinsel ve entelektüel engelli olarak gruplandırılan farklı engellilik türleri ve yaygınlıkları açıklanmaktadır.

#### **2.1.3.1. Duyusal Engellilik**

Duyusal engellilik, çoğunlukla “duysal bozukluk” veya “duysal kayıp” olarak adlandırılan duyu kaybı, normalde görme ve işitme gibi duyu kaybını tanımlamak için kullanılan bir terimdir. "Duyusal Bozukluk" terimi (i) görme bozukluğu (kör ve kısmen görme engeli dahil); (ii) işitme kaybı (işitme kaybı da dahil olmak üzere, doğuştan sağır olanlar, sonradan sağır olan bireyler de dahil); ve (iii) çift duysal bozukluk (sağır ve körlük) (Barreto, 2015) için kullanılmaktadır. Fuller ve arkadaşları (2018), duysal bozuklukların ülke çapındaki yaygınlığı ile bilişsel ve işlevsel güçlüklerle olan ilişkileri üzerine yaptıkları çalışmada, duysal bozukluk yaygınlığının yaşla birlikte arttığını ayrıca duysal bozuklukların ırksal ve etnik gruplar arasında farklı düzeylerde olduğunu bildirmişlerdir. 45 yaş ve üzerindeki bireyler arasında, ülke çapında bildirilen görme bozukluğu tahmini ülke yaygınlığı (%2.8), işitme bozukluğu (%6.0) ve ciddi çift duyu

bozukluğu (%1.6) civarındadır (Fuller vd., 2018). Afrika'nın güney bölgesinde engellilik yaşayanların prevalansı ve sosyodemografik dağılımı üzerine yapılan bir araştırmaya göre, görme bozukluğu yaygınlığı Botsvana'da %40.7 ile en yüksektir; Namibya'da işitme ve konuşma kaybı oranı sırasıyla %20 ve %5'dir (Adesina ve Kanmodi, 2018). Mmatli ve arkadaşlarına (2013: 210) göre, Botsvana'da, görme bozukluğu en sık görülen engellilik tipidir. Engellilerin %40.7'si gözlerinde sorun yaşadığını, %17.0'inin işitme sorunu ile ilgili olduğunu, %9.9'u konuşma bozukluğu olduğunu belirtmiştir.

### ***2.1.3.2. Fiziksel Engellilik***

Hampshire County Council'e göre (2005: 3) “fiziksel engellilik genellikle hareketlilik, üst bacak bozuklukları veya motor koordinasyonunu etkileyen katı ve kaba motor beceriler açısından olumsuz bir durumun sonucudur. Bir danışman tarafından teşhis edilir ve yaşam tarzı, iş, hareket ve bağımsızlık vb. üzerinde etkisi vardır.” Uluslararası veriler, fiziksel engellerin en sık bildirilen engeller arasında olduğunu göstermektedir. Örneğin, 1987'de İspanya'da yürütülen bir ulusal engellilik araştırmasında engelli kişilerin %60.2'sinin fiziksel bozuklukları olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde Almanya'da, Ulusal Kayıt Anketi'nden elde edilen veriler, rehabilitasyon hizmetlerini alan ağır engelliliği olan kişilerin %70'inin fiziksel engellere sahip olduğunu göstermiştir (Chamie, 1995). Ayrıca, İran'da engellilik yaygınlığı üzerine yapılan bir çalışma, genel olarak, fiziksel engellilik yaygınlığının diğer engellilik türlerinden daha fazla olduğu düşüncesini ortaya koymuştur (Soltanin vd., 2015).

Afrika'nın güney bölgesinde engellilik yaşayanların yaygınlığını ve sosyo demografik dağılımı üzerine yapılan bir çalışma, Namibya'nın Güney bölgesinde diğer ülkelere kıyasla daha yüksek fiziksel engel (%28) olduğunu göstermiştir (Adesina ve Kanmodi, 2018). Botsvana'da farklı fiziksel engel türleri göze çarpmaktadır. Mmatli ve arkadaşlarına göre (2013), kolları kullanamama ve bacakları kullanamama durumu



sırasıyla %11.7 ve %6.3 olarak bildirilmiştir. %1'e yakın bir kısım ise bacaklarının eksik olduğunu belirtmiştir.

### ***2.1.3.3. Zihinsel veya Ruhsal Engellilik***

Zihin ile ilişkili olan engeller genellikle zihinsel bozukluklar veya ruhsal hastalıkları olarak adlandırılmaktadır. President's New Freedom Commission on Mental Health'ye (2006: 4-5) göre, "Ruhsal hastalık, tüm teşhis edilebilir ruhsal bozukluklara topluca atıfta bulunan terimdir. Ruhsal bozukluklar; düşünce, duygu durum ya da rahatsızlık ve/veya işlev bozukluğu ile ilişkili davranışlarda (ya da bazı kombinasyonlarında) değişikliklerle karakterize edilen sağlık koşullarıdır. Vos ve arkadaşları (2013: 743), 301 hastalık endeksi yapmış ve ruhsal sağlık sorunlarının, dünyadaki toplam hastalık yükünün temel nedenlerinden biri olarak kabul edildiğini ve bu engellilerin yaşamlarının %21.2'sini engelli olarak yaşadıklarını belirtmiştir.

Vos ve arkadaşları (2013), tarafından yapılan küresel hastalık yükü ile ilgili çalışmasında, dünyada yüksek oranda baskın olan sağlık sorununun depresyon olduğu, bunu kaygı, şizofreni ve bipolar bozukluk izlediği belirtilmektedir. 2013 yılında depresyonun, bel ağrısını takiben dünyada engellilikle geçen yılların içinde ikinci önde gelen neden olduğu bildirilmiştir (Vos vd., 2013: 743). Ferrari ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada 26 ülkede depresyonun engelliliğin birincil itici gücü olduğunu belirtmektedir. Türkiye'de yapılan farklı çalışmalarda, tanı ölçütleri kullanılarak ruhsal yetersizliklerin Türkiye düzeyinde yaygınlığının %20'yi aştığı vurgulanmıştır (Küey vd., 1987; Dönmez vd., 2000; Ayrancı ve Yenilmez, 2001). Ayrıca Keskin ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan bir çalışmada, Türkiye'de ruhsal bozukluklar içinde en az bir duygu durum bozukluğu %37, somatoform bozukluklar %8.6 ve olası alkol kullanımı %7.7'dir. Botsvana'da ruh sağlığı bozukluklarının nüfusun %7.8 olduğu bildirilmektedir (Mmatli vd., 2013: 210). WHO, gelişmiş ülkelerde zihinsel sağlık sorunları olanların %35 ile %50'sinin ve gelişmekte olan ülkelerde %76-85'inin tedavi almadığını tahmin etmektedir (Stansfeld vd., 2016: 58).

#### **2.1.3.4. Sosyal Engellilik**

Sosyal engellilik, bir insanın sosyal ve duygusal olarak ilerleme kaydedememesiyle sonuçlanan nörogelişimsel bozuklukları ifade etmek için genel bir terim olarak kullanılabilir. Bozulmaların etkisi bir insanın yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu nörogelişimsel bozuklukları, entelektüel engellilik ve otizm spektrum bozukluğunu içermektedir (Ganaie vd., 2015: 17). Entellektüel engellilik, zihinsel gerileme yerine yavaş yavaş benimsenmiş bir terimdir. Bu, “zekâ, özellikle gelişim döneminde ortaya çıkan becerilerin azalması ile karakterize edilen, zekâ, dil, motor ve sosyal yeteneklerin genel düzeyine katkıda bulunan, zihnin tutuklanmış veya tamamlanmamış gelişiminin bir koşulu” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1992). Amerikan Entelektüel ve Gelişimsel Engelliler Derneği (AAIDD) tarafından yapılan bir başka tanım, entellektüel engelliliği “hem zihinsel işleyişte hem de kavramsal, sosyal ve pratik uyum becerilerinde ifade edildiği gibi uyumsal davranışlarda önemli sınırlamalar ile karakterize etmektedir. Bu engellilik durumu çocukluk çağlarında ortaya çıkmaktadır” (Schalock vd., 2010: 1). Otizm spektrum bozukluğu olan kişiler ise, kısıtlayıcı ve tekrarlayan davranışların, işlevsel olmayan karşılıklı sosyal davranışlar, işlevsel olmayan karşılıklı sosyal davranış ve bozulmuş iletişim yetenekleri göstermektedir (Wilkins ve Matson, 2009: 144). Otizm spektrum bozuklukları; Otistik bozuklukları, Asperger sendromunu, yaygın gelişimsel bozukluğu ve Rett sendromunu içermektedir (American Psychiatric Association, 2000).

Harris (2006: 79), dünya genelinde sosyal engelliliğin yaygınlığını belirlemek için yapılan araştırmaların, %1 ile %3 arasında değişen tahminlerle olduğunu göstermektedir. Maulik ve arkadaşları (2011: 419) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında, tüm çalışmalarda sosyal engelliliğin ortalama yaygınlığının %1 olduğu bildirilmiştir. Çocuk, genç ve yetişkin popülasyonlarda kadınlara göre yaygınlığın erkeklerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde kaydedilen yaygınlık, yüksek gelirli ülkelere göre yaklaşık iki kat daha fazladır (Maulik vd., 2011: 430). Bu açıklamalara ek olarak Avrupa ülkelerinde 1980 ve 2009 yılları arasında

yayınlanmış olan çalışmalara dayanan bir meta-analiz, genel tahminlerin %0.4 ve %1.4 arasında değiştiğini bildirmiştir (Wittchen vd., 2011: 662). Hlalele ve arkadaşları (2014: 152), Botsvana'da sosyal engelliliğin nüfusun %3.3'ünü oluşturduğunu bildirmektedir.

#### **2.1.4. Engellilik Model ve Yaklaşımları**

Engelliliği tanımlamak için kullanılan farklı modeller ve yaklaşımlar vardır. Bu modeller engelliliğin nasıl yorumlandığını ve nasıl hareket edildiğini bildirmektedir. Araştırmalarda öne sürülen, çoğunlukla disiplinlerarası olan ve önerilmeye devam edilen engellilik kapsamı içinde birçok tartışmalı perspektif vardır (Imrie, 2015; Boys, 2017). Sağlık hizmetlerine erişim açısından farklı modeller kullanarak engellilik kavramı açıklanmaya çalışılacaktır. Engellilik modelleri; tıbbi model, sosyal model, etkileşim modeli ve haklar modeli olarak ayrıştırılmıştır. Bu modeller sırasıyla ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

##### **2.1.4.1. Tıbbi Model**

Tıbbi (biyomedikal) model, engelliliği “doğrudan bir hastalığın, yaralanmanın ve/veya başka bir sağlık durumunun neden olduğu, tedavi ve rehabilitasyon şeklinde tıbbi bakım gerektiren bireyin sorunu” olarak değerlendirmektedir (Mitra, 2006: 237). Model, engelliliği, tıbbi rahatsızlığı ele alarak çözülebilecek bir sorun olarak görmektedir. Başka bir deyişle, “engelliliğin düzeltilmesi veya iyileştirilmesi gerekmektedir” (Al Ju'beh, 2015: 20). Olkin (1999: 26), modelin temel özelliklerini şöyle özetlemektedir:

*Engellilik, bireyde yaşayan tıbbi bir problem olarak görülmektedir. Bedensel bir sistemde bir kusur veya başarısızlıktır ve doğal olarak anormal ve patolojiktir. Müdahalenin hedefleri tedavi, fiziksel durumun mümkün olan en yüksek düzeyde iyileştirilmesi ve rehabilitasyondur. Yani, engelli kişinin duruma ve çevreye göre ayarlanmasıdır. Engelli bireylerin kendilerine sunulan çeşitli hizmetlerden faydalanmaları ve eğitimli profesyonellerin yardım ettiği hasta veya öğrenen rolünde zaman geçirmeleri beklenmektedir.*

Tıbbi model, engelliliği nesnel olarak kötü, hem birey hem de aile için kişisel bir trajedi olarak görmektedir ve bu durum engellenmeli veya tedavi edilmelidir (Carlson, 2010: 5). Bu olumsuz algı, engelli olan kişiler üzerinde yapılan şüpheli tıbbi tedavilerin bazılarında (örneğin istem dışı sterilizasyon ve ötenazi) görülmüştür. Tıbbi model, engelli kişileri normal kabul edilenlerden sapma olarak görmektedir. Model, "geçersiz", "sakat", "spastik", "özürlü" ve "geciktirilmiş" gibi kelimeleri kullanmaktadır (Creamer 2009: 19). Bu model, engelli bireylerin yetenekli insanlar olarak eşit ölçüde mümkün olmadığı fikrini desteklemektedir. *“Engelliliğin yorumlanmasının tıbbi modeli, engelliliği olmayan kişileri engelli bireylere göre daha iyi ya da üstün olarak kategorize eden bir düalizm yaklaşımı önermektedir”* (Johnstone, 2012: 16).

Sağlık hizmetlerinde, bu modeli benimseyen tıp uzmanları, engelliliği sorun olarak gördükleri için engelli bireyleri düşünürler ve çoğu zaman kişinin yaşamında yer alan farklı yönleri göz önünde bulundurmazlar (Thomas ve Woods, 2003: 15). Kasser ve Lytle (2005: 5), tıbbi modelin ayrıcalıklı doğasının yalnızca çevreyi görmezden gelen ve kişinin işlevini arttırabilecek veya etkileyebilecek engellilik sınırlamalarına odaklandığını ileri sürmektedir. Tıbbi model, engelliliğe neden olan koşulların yerine, engelli bir kişiyi değişmesi veya sabitlenmesi gereken kişi olarak görmektedir (Kasser ve Lytle 2005: 5). Tıbbi model, çevresel ve sosyal engellerin önemli rollerini dikkate almadığı için farklı düzeylerde eleştiri almıştır (Mitra, 2006; Rimmerman, 2013). Bu eleştiriler, tıbbi ve sosyal engellilik modelini karşılaştıran Tablo 2.1'te belirtildiği gibi sosyal engellilik modelinden alınabilmektedir.

#### **2.1.4.2. Sosyal ve Ahlaki Model**

Sosyal engellilik modelinin kaynağı, 1960'larda ve 1970'lerde, tıbbi engellilik modelinden alınan kısıtlamalara tepki olarak ortaya çıkan İngiliz Engellilik Hareketi eylemciliğine kadar uzanabilmektedir (D'Alessio, 2011: 44). Toplumsal model, *“toplumun engelleri olan kişileri engelleyen toplum olduğu ve bu nedenle de anlamlı bir çözümün bireysel uyum ve rehabilitasyondan ziyade toplumsal değişime yöneltilmesi gerektiği”* savunulmaktadır (Barnes, Mercer ve Shakespeare, 2010: 161). UPIAS

(1976: 2), engelliliğin sosyal olarak yapılandırılmış bir kavram olduğunu belirterek modele de büyük katkı sağlamıştır. Bu olgunun önemine değinilecek olursa (UPIAS, 1976: 3);

*Engellilik, ortadan kaldırılması gereken sosyal koşulların yol açtığı bir durumdur, (a) gelir, hareketlilik veya kurumlar gibi hiçbir yönünün yalnız muamele görmemesi, (b) engellilerin diğerlerinin tavsiyesi ve yardımı ile, kendi yaşamları üzerinde kontrolünün ele alınması ve (c) yardım isteyen profesyonellerin, uzmanların ve diğer kişilerin engelli kişiler tarafından böyle bir kontrolü teşvik etmeyi taahhüt etmeleri gerekmektedir.*

Engelliliğin sosyal modeli, engelliliği toplumsal olarak yapılandırılmış bir olgu olarak görüyor ve toplum tarafından farkındalık eksikliğinin ve tam ve üretken yaşamları sürdürebilmek için değişikliklere ihtiyaç duyan insanlar için endişe duyulmamasının bir sonucudur (Shakespeare ve Watson, 1997: 293). Model tıbbi teşhis, hastalık veya sakatlıktan yalıtılmış olarak düşünülmektedir. Bununla birlikte model, toplumu, engelli olmayan kişilerin çoğunluğu için yaratılan çevre nedeniyle engelli olma nedeni olarak görmektedir. Sosyal modeli kullanan kuramcılar “engelli insanlar” teriminin tıp modeline rehberlik eden felsefe ile doğrudan bir ilişkisi olduğunu öne sürmektedir. Bu nedenle “özürlüler” ifadesinin, günlük zeminde bulunan bireylerin karşılaştığı toplumsal baskıyı yansıtan bir kavram olduğu iddia edilmektedir (Retief ve Letšosa, 2018: 4).

Purtell (2013: 26), engelli insanlar, içinde yaşadıkları toplumun ve toplumun yapı ve tutumlarının etkisi altında 'engelli' insanlar olduklarını belirtmektedir. Bu model özellikle toplumlarında var olan farklı sosyal ve çevresel faktörler nedeniyle engellilerin karşılaştıkları “katılımın önündeki engelleri” ele almaya odaklanmaktadır (O’Connell vd., 2008: 15). Engelliliğin sosyal modeli, günümüzde engellilik anlayışı üzerinde büyük bir etkiye sahiptir (Giddens, 2006). Bununla birlikte bu faktörler ve sonuçlarının engelliliğe sahip bir kişinin yaşamını etkileme olasılığı yüksek olmasına rağmen hastalık ya da sakatlığı bir engellilik olarak görmezden geldiği ya da reddettiği için çok

eleştirilmiştir (Shakespeare & Watson, 1997: 293). Çünkü engellilik, bazen sağlık hizmeti sağlayıcılarının müdahalesini gerektirmektedir.

**Tablo 2.1. Tıbbi ve Sosyal Engellilik Modelinin Karşılaştırılması**

<b>Tıbbi Model</b>	<b>Sosyal Model</b>
Engellilik kişisel bir trajedidir	Engellilik toplumsal baskının yansımasıdır
Engellilik kişisel bir sorundur	Engellilik toplumsal bir sorundur
‘Tedavi’ tıbbi yaklaşım ile gerçekleştirilebilir	Kişisel yardım grupları ve programları engellilere son derece faydalıdır
Profesyonel tahakküm	Bireysel ve müşterek sorumluluk
Nitelikli profesyoneller uzmandır	Uzmanlık engellilerin deneyimlerine dayanır
Engellilik uyum göstermesi şartı	Engellilerin tanınma hakkı
Bireysel ‘özürlü’ kimliği	Engellilerin ortak kimliği
Engellilerin bakım ihtiyaçları	Engellilerin hakları
Profesyonellerin sözü geçer	Engelliler kendi seçimlerini yapabilir
Engellilik bir tedbir meselesidir	Engellilik siyasal bir meseledir
Bireysel uyum	Toplumsal değişim

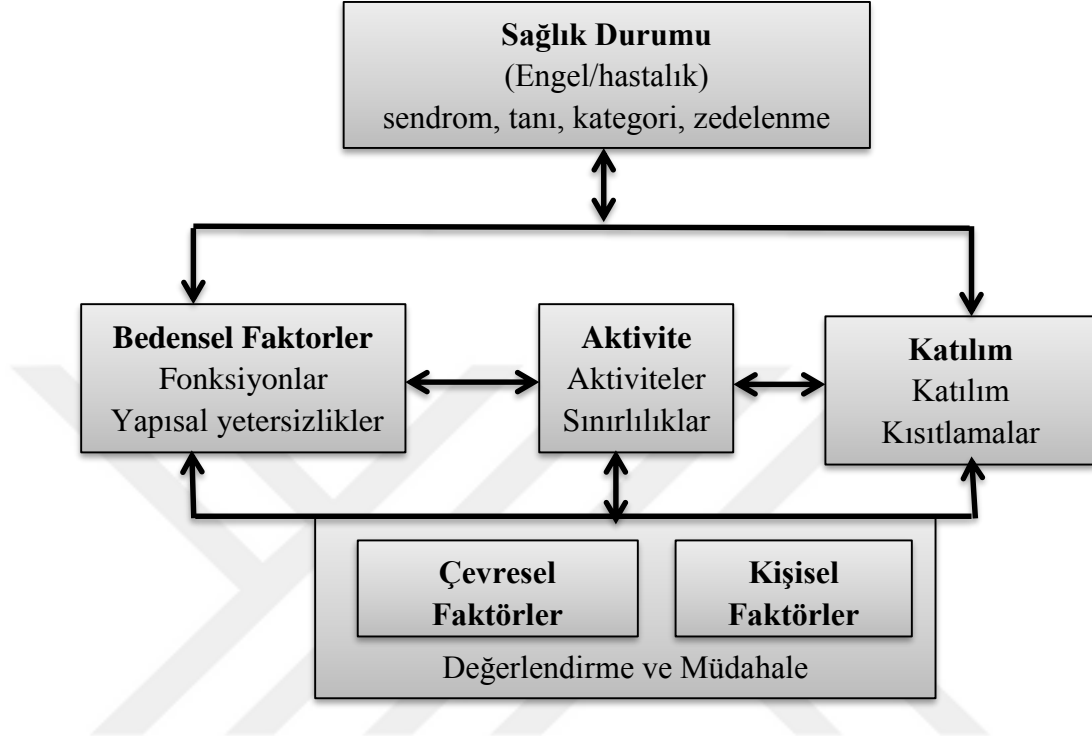
**Kaynak:** <https://www.akademiportal.com/ozurluleri-anlamak-ozgur-olmaniz-ozurlu-olmamaniza-mani-degidir/>

#### **2.1.4.3. Etkileşim Modeli**

Etkileşim modelleri, engelliliğin tamamen tıbbi ya da tamamen sosyal olarak görülmemesi gerektiğini, çünkü bazen engelli bireylerin sağlık durumları ve çevre arasındaki etkileşimin sonucu olan sorunlarla karşılaştıklarını ileri sürmektedirler (WHO ve World Bank, 2011: 7). Farklı etkileşim modelleri vardır ancak yaygın olarak kullanılan model İşlevsellik, Yetiyimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (ICF)’dir (WHO ve World Bank, 2011: 7). Bu model, sağlık durumları ile çevresel faktörleri (örneğin ürünler ve teknoloji, doğal ve yapısal çevre, destek ve ilişkiler, tutumlar, hizmetler, sistemler ve politikalar) ve kişisel faktörleri (örneğin yaş, cinsiyet, motivasyon ve benlik saygısı) içeren bağlam arasındaki olumsuz etkileşimlerin bir sonucu olarak engelliliği dikkate almaktadır (WHO ve World Bank, 2011: 7). Modelin bu yönleri şekil 2.1’de sunulmuştur. ICF, hem sosyal hem de tıbbi modellerin temsilcisi olarak kabul edilmektedir. Çünkü çevresel ve yapısal faktörlerin engellilik üzerindeki etkilerini kabul etmektedir (WHO ve Dünya Bankası, 2011; Woodburn, 2013). “ICF,

bireylerin somut bir sınıflandırma sistemi sunmaya yaklaşan tek kavramsal engel modelidir” (Mitra, 2006: 238).

**Şekil 2.1. İşlevsellik, Yetiyimi ve Sağlık Uluslararası Sınıflandırması**



**Kaynak:** WHO, (2001)

Engellilikten öte sosyo-ekonomik, politik, kültürel ve çevresel engeller göz ardı edilemediği için bu modelin bazen çok karmaşık olduğu düşünülmektedir. Buna ek olarak engelli insanların yaşam kalitesini yargılamaya açık olması nedeniyle batılı, erkek, güçlü bedenli ve medikal engelli bakış açılarına odaklanmaktadır (Pfeiffer, 2000).

Pfeiffer'e göre (2000: 1079):

*“... bir kişinin engelli olması, engelli olarak etiketlenmiş insanlara uygulanan faaliyet kısıtlamasının nedeni değildir. Engellilerle etiketlenmiş insanların çok az şey yapabileceklerini ya da değer vermediklerini varsayan toplum örgütüdür.”*

Barnes ve Mercer (2004: 1), bu modelin, Batı bilimsel kavramlarına dayanan ve katılımı, sosyal ve politik katılım perspektifinden ziyade bireysel perspektiften gören bir

sınıflandırma sistemi oluşturduğunu savunmaktadır. Dahası, çevresel faktörlerin incelenmesini önermekle birlikte daha büyük sosyal, ekonomik, kültürel ve politik uygulamaları değerlendirmek için kullanılabilir yöntemleri önermemektedir.

Tıbbi, sosyal ve etkileşimsel modellerin engelliliğe getirdiği kısıtlamalar göz önünde bulundurulduğunda bu tez, çalışma için kavramsal çerçeve olarak sosyal modeli benimsemektedir. Sosyal model, araştırma sorularını, metodolojiyi ve sonuçların yorumlanmasını yönlendirmek ve bilgilendirmek için kullanılacaktır. Sosyal model, normal olarak engelliliği olan insanları marjinalize eden daha geniş sosyo-ekonomik, kültürel, politik ve çevresel engelleri incelemek ve ele almak için kullanılabilir. Model, hak temelli bir engellilik bakış açısını desteklemektedir ve dışlanmanın üstesinden gelmek için uygulanabilecek stratejilere katkıda bulunmaktadır. Engelliliğin bu şekilde anlaşılması önemlidir çünkü toplumsal engellerin yaratılması, ortadan kaldırılması ve önlenmesi ihtiyacını göstermektedir. Aynı zamanda engelli insanların toplumsal yaşama dahil edilmesini kolaylaştıran bir ortam sağlamaktadır (Guernsey vd., 2006: 4).

## **2.2. ENGELLİLİĞİN TOPLUMSAL ETKİLERİ**

Engellilik, halkın sosyal durumları üzerinde çeşitli ve karşılıklı etkileri olan bir kavramdır. Engellilerin sosyal hayata katılmasının desteklenmesi birçok güçlük karşı karşıyadır. Engellilerin toplumsal etkileri diğerlerinin yanı sıra ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlerdir. Bu etkiler birey, aile ve topluluk seviyesi gibi farklı seviyelerde yaşanabilir. Ek olarak bu etkiler engelli bireylerin ve toplulukların başa çıkma kabiliyetini etkilemektedir. Bu bölümde engelliliğin toplumsal etkileri açıklanmaya çalışılacaktır.

### **2.2.1. Ekonomik Etkileri**

Engellilik, engelliler, aileleri ve toplum için yaşamın farklı yönleri üzerinde birçok etki yaratmaktadır. Engelli bireylerin çoğu, çalışma yaşamının gereklerini etkin bir şekilde yapamadıkları kabul edildiğinden geçinmek için gereken parayı kazanmakta



zorluk çekmektedir. Meyer ve Mok (2013: 39), 1968-2009 için uzunlamasına verileri kullanarak özürülük, kazanç, gelir ve tüketim üzerine bir çalışma yürütmüş ve engelliliğin ekonomik sorunlarının çok yoğun olduğunu belirlemiştir. Sonuçlar, engelliliğin başlamasından 10 yıl sonra kişinin kazancında ortalama %79 düşüş olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde Burkhauser ve Daly (1994) “Engelliliğin Ekonomik Sonuçları: Alman ve Amerikan Engellilerin Karşılaştırması” başlıklı bir çalışma yürütmüştür. Çalışmada, ABD ile Alman engellilik politikasının işle ilgili sağlık bozukluklarının etkilerini en aza indirmedeki başarısını karşılaştırmak için iki uzunlamasına veri seti kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, Almanya'da ortalama engelli bireylerin ortalamadan biraz daha az kazandıkları ve aynı zamanda engelli olmayanlarla aynı hane halkı gelirinden yararlandıkları bulunmuştur. Amerika'da ise engelli kişilerin önemli ölçüde daha az kazandıkları ve engelli olmayanlara kıyasla % 25'ten daha fazla bir gelir açığıyla karşı karşıya oldukları sonucuna varılmıştır.

Engelliler ve engelli olmayanlar arasındaki eşitsizlikleri en aza indirmeye çabaları olsa bile hala ücretli işi olmayan engelliler bulunmaktadır. Ayrıca ücretli işi olan engelliler, çoğunlukla düşük ücretle çalışmakta ve engelli olmayanlara kıyasla aynı eğitim seviyesine sahip olmalarına rağmen daha az önemli işlerde görev almaktadırlar (Maia vd., 2011: 78). Engelli ve engelsiz insanları karşılaştırırken, çalışma çağındaki engelli kişilerin işgücü piyasasında kayda değer dezavantajlar yaşadıkları belirtilmektedir. Ortalama olarak, engelliler için işsizlik oranları, engelsizlere göre daha yüksektir (OECD, 2010). Sonuç olarak, düşük istihdam oranı ve ücretler, engellilerin ekonomik durumlarını, ailelerini ve genel olarak toplumu etkilemektedir. Araştırmalar, istihdam sektöründe aktif rolü olan ve işyerindeki diğer çalışanlarla eşit haklara sahip olan engellilerin motivasyon konusunda kendilerini yeterli hissettiklerini, güven ve saygılarını artırdığını göstermektedir (Güney ve Göller, 2014: 1014). Benzer şekilde, “özel gereksinimi olan bireylerin bir işte çalışması; ekonomik olarak gelir elde etme, sosyal ve psikolojik olarak kimlik kazanma, özgüven duyma ve kendini kanıtlama

açılarından büyük önem taşımaktadır” (Güneş ve Akçamete, 2014: 2). Ayrıca gelir sağlamanın yanı sıra, çalışma hayatında kendine güven duygusu, saygı duygusu geliştirmekte ve insanların topluma bağlılıklarını güçlendirmektedir (Köksal, 2010).

### **2.2.2. Sosyo-Kültürel Etkileri**

Sosyo-kültürel görüşler, temel olarak engelli bireylerin aileleriyle birlikte yaşamları boyunca karşılaştıkları anlamlara, uygulamalara, kısıtlamalara ve fırsatlara ve bunların daha geniş sosyal ve politik bağlamlarda nasıl geliştiğine odaklanmaktadır (Skinner, 2005: 71). Odak nokta bireyler ve aileler için önemli olan topluluk bağlamlarıdır. Ne yazık ki engellilik, düşük eğitim dahil olmak üzere farklı kısıtlayıcı sosyal ve kültürel engellerle ortaya çıkan sosyolojik bir olgudur (Bernardes vd, 2009: 31). Özellikle engelliliğin sosyo-kültürel etkilerinden olan eğitime ve yoksulluğa değinilecektir.

#### **2.2.2.1. Eğitim ve Engellilik**

Engellilerin sadece ilköğretim eğitimi alma oranı, genel nüfusun yaklaşık yarısı kadardır. Bununla beraber engelli bireyler çalışmamaktadırlar ya da düşük gelirli ve temel gerekliliklerin eksikliğini bir arada yaşamaktadırlar. 30 ülkede yapılan bir araştırma, engelli çocukların okula gitme olasılığının düşük olduğunu, daha düşük devam ve kayıt olma ihtimalinin olduğunu göstermiştir (Kuper vd., 2014: 1). Eğitim, bir topluma dahil olma sürecinin etkili faktörlerinden biridir. Maalesef engelliler düşük eğitim seviyesine neden olmasından dolayı toplumdan dışlanmaktadır (Vianna vd., 2012: 95). Engelli insanlar, aileleri de dahil olmak üzere bazı sosyal baskılar yaşamakta, toplumda serbestçe hareket edememekte ve toplum tarafından duyarsızca muamele görmektedirler. Sosyal dışlanma toplumda önemli bir sorundur. Sosyal dışlanma, bireyi toplumdan uzaklaştırmayı, ortak geleneksel kültüre hapsedmeyi ve yeniliklerden uzak tutmayı içermektedir (Genç ve Seyyar, 2010). Sonuç olarak engellilerin toplumdan dışlanması, eğitim olanaklarını sınırlamakta, düşük eğitim düzeyi de dışlanmayı artırmaktadır. Ayrıca diğer faktörlerin yanı sıra eğitim eksikliği, engellilerin sağlık

hizmetlerine sınırsız erişimiyle doğrudan bağlantılı olmaktadır (Gironi ve Santos, 2011: 378). Farklı girişimlerle engellilerin yardımına yönelik çabalara rağmen işgücü piyasasına girerken engellilerin yaşadığı güvensizliklerin ve zorlukların gerçeğini değiştirmek için eğitim sektöründe ve iş piyasasında köklü değişikliklere ihtiyaç duyulmaktadır (Pereira ve Passerino, 2012: 245).

#### **2.2.2.2. Yoksulluk ve Engellilik**

Yoksulluk, aynı zamanda engelliliği etkileyen faktörlerden biridir. Genel olarak engelliler yetenekleri üzerinde farklı şekillerde kısıtlamalar yaşamaktadırlar (Mitra, 2006: 236). Bu kısıtlamaların sonuçları olarak;

- Düşük eğitim seviyesi (Filmer, 2008; Groce ve Bakshi, 2009);
- Sağlık hizmetlerinde son derece yüksek maliyetler (Mitra vd., 2009; Urquieta-Salomon vd., 2008);
- Rehabilitasyon ve tıbbi hizmetlere sınırlı erişim (Mitra vd., 2009; WHO, 2011);
- Yüksek işsizlik oranları (Braithwaite ve Mont, 2008; Barron ve Ncube, 2010; Mitra, 2010; Mont, 2010; WHO, 2011);
- Temiz su ve alt yapı sistemlerini içeren temel temizlik hizmetlerine sınırlı erişim (Lamichhane, 2012; Wapling, 2012) ve
- Dezavantajlı bölgelerde yaşama (Mont ve Nguyen, 2013).

Birçok çalışma, sosyoekonomik eşitsizlikler ile engellilik prevalansının giderek artan bir şekilde ilişkili olduğunu göstermektedir (Welch, 2002; Yeo ve Moore, 2003; Filmer, 2008). Kuwana'ya (2014: 12) göre, yoksulluk, engelliliğin hem nedeni hem de sonucu olarak değerlendirilmektedir. Engellilerin büyük olasılıkla yoksul olmaları ve yoksul bireyin engelli olma olasılığını artırabilmektedir. Engellilik, yoksulluk riskini artırmaktadır ve engelliler, en yoksul kesimin büyük bir kısmını oluşturmaktadırlar (Yeo ve Moore, 2003; Yeo, 2003). Dünya Bankası'ndan elde edilen istatistikler, dünyada yoksul insanların %15 ile %20'sinin engelli insanlar olduğunu ve engelli

üyelere sahip hane halklarının daha fazla yoksulluk riski taşıdığını göstermiştir (Elwan, 1999).

Yoksulluk; dışlanma, marjinalleşme ve sosyal izolasyonu devam ettiren yapısal dengesizliklere dayanmaktadır (Kuwana, 2014: 12). Sonuç olarak bu durum, ekonomik, politik ve toplumsal düzeylerde ciddi sorunlara neden olmaktadır. Araştırmacılar, engelli bireylerin sosyo-ekonomik durumunun, özellikle düşük gelirli ülkelerde engelli olmayanlara kıyasla daha kötü olduğunu gösteren kanıtlar sağlamışlardır (Yeo, 2001; Yeo ve Moore 2003; Trani ve Loeb 2010; Mitra vd., 2012). Bazı düşük gelirli ülkelerde yapılan araştırmalarda [Lesoto (Kamaleri ve Eide 2011), Mozambik (Eide ve Kamaleri 2009), Zambiya (Loeb vd.,2008), Malawi (Eide ve Loeb 2004), Namibya (Eide vd., 2003a) ve Zimbabwe (Eide vd., 2003b)] engelli kişilerin tüketimlerinin, harcamalarının ve yaşam standartlarının zayıf olduğunu belirtmektedir. Bu bağlamda engelli bireylerin, temel sosyal hizmetlere erişiminin güç olduğunu söylemek mümkündür.

### **2.3. ENGELLİLİĞE YÖNELİK YASAL DÜZENLEMELER**

Sağlık hizmetlerine, iş fırsatlarına ve eğitim hizmetlerine erişirken engellilerin çoğunun eşitsizliğe maruz kaldığı açıktır (British Medical Association, 2007; Al-Jadid, 2015; Merrick ve Merrick, 2007). Ayrıca hayatta kalmak için ihtiyaç duydukları engellilikle ilgili hizmetlere erişemezler ve günlük yaşam aktivitelerinde toplumdan dışlanma yaşarlar. Bu nedenle zamanla engellilik, bir insan hakları meselesi olarak kabul edilmiş (WHO, 2011: 3) ve engellilerin haklarını korumak için birçok yasal düzenleme geliştirilmiştir. Siyasi iradeyi, finansal yardımı ve teknik desteği ve uygulamayı kullanan engelli insanların ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik uluslararası, bölgesel ve ulusal politikalar ve mevzuatlar vardır. Bu düzenlemeler arasında; Dünya Engellilere İlişkin Eylem Programı (1982), Çocuk Hakları Sözleşmesi (1989), Engelliler İçin Fırsatların Eşitleştirilmesine İlişkin Standart Kurallar (1993), Birleşmiş Milletler Engellilerin Fırsat Eşitliği Standart Kuralları (2003), Milenyum Gelişim Hedefleri ve Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi (CRPD) (2006) bulunmaktadır. 1990'lı

yıllarda 40'tan fazla ülkede engellilere yönelik ayrımcılığı yasaklayan yasalar uygulanmıştır (Quinn vd., 2002b).

Uluslararası birçok düzenleme ulusal sağlık politikalarını etkileyebilmektedir (Kickbusch, 2000). Birleşmiş Milletler Engellilerin Hakları Sözleşmesi (CRPD) (2006), engelli insanların haklarını yüksek oranda tanıyan en yeni araçtır. Engellilerin politik, sosyal, ekonomik, kültürel ve medeni haklarını ana hatlarıyla belirtir. Engellilerin, insan haklarına büyük önem verir bu nedenle genel insan haklarını engelli insanlara uygulanabilir kılar (Megret, 2008) ve engelliler için mevcut uluslararası hukuku açıklar. CRPD (2006) eylem noktaları olarak i) ulaşılabilirliği (sağlık hizmetlerine, hayat ve sağlık sigortalarına, yiyecek veya suya erişirken engellilere karşı var olan ayrımcılığı hedefler), ii) masrafları karşılayabilirliği (engelli kişilerin engelli olmayan insanlar gibi aynı fiyat aralığında ve kalitede, ücretsiz ve uygun fiyatlı sağlık hizmetleri standardına erişmelerini sağlar), iii) hazır bulunmayı (erken müdahale ve tedavi hizmetlerini bireylere daha yakın yerleştirir), iv) kaliteyi (engelli kişilerin, sağlık çalışanlarının engelsiz kişilere sunduğu kaliteli sağlık hizmetlerine erişmelerini sağlamaktadır) belirlemiştir. Bazı ülkeler CRPD'yi onaylamamışlardır ancak CRPD, devlet tarafından uygulanan diğer insan hakları sözleşmelerinin yorumlanmasına yardımcı olmaktadır. Botswana, CRPD'yi henüz imzalamayan veya onaylamayan ülkelere biridir (Hlalele vd., 2014: 153). Bununla birlikte, 28 Haziran 2018'de yapılan 38. İnsan Hakları Konseyi oturumu sırasında Botswana hükümeti, CRPD'yi onaylama kararı aldıklarını bildirmiştir (UNDP, 2018).

Engellilerin, sağlıklı yaşamlarının ve topluma katılımlarının önündeki engelleri önlemek için, sağlık sektörü dahil olmak üzere pek çok sektör “engellilere yönelik” politikalar ve düzenlemeler uygulamaktadır (Marks ve Heller, 2003). Eğitim, sosyal refah, barınma, ulaşım ve işgücü politikaları, düzenlemeleri ve mevzuatları, engellilerin sağlık durumlarında çok etkili olabilmektedir. Botswana'da, 1998 tarihli İşçi Tazminatı Yasası vardır ve bu, bir işçinin, iş kazası ve hastalıklardan kaynaklanan durumlar nedeniyle sürekli olarak engelli kaldığı durumlarda ödemelerinin kesilmeyeceğini

belirtmektedir (Hlalele vd., 2014: 156). Bununla birlikte Botswana'nın engelli insanlara yönelik belirli bir ulusal engellilik stratejisi veya yasası yoktur (UNDP, 2018). Botswana'daki engellilik, farklı düzenlemelerle farklı bakanlıklar tarafından koordine edilir ve bunlardan konuyla ilgili olanlara değinilecektir.

### **2.3.1. Botswana Sağlık Bakanlığı Düzenlemeleri**

Botswana Sağlık Bakanlığı “her vatandaşın Botswana'nın sağlıklı bir ulus aracılığıyla gelişmesine tamamen katkıda bulunabilmesi için fiziksel, zihinsel ve sosyal refahı iyileştirmeyi” amaçlamaktadır (<https://www.moh.gov.bw/>). Botswana Sağlık Bakanlığı da diğer bakanlıklara benzer şekilde, ülkeyi yönlendiren yasaları izlemektedir. Botswana yasalarına göre, herhangi bir sağlık hizmeti kullanıcılarına karşı ayrımcılık yapılması kesinlikle yasaktır. Her türlü ayrımcılık, Anayasa uyarınca kesinlikle yasaklanmıştır. Botswana Anayasası'nın 15. Bölümü; ırkları, kökenleri, renkleri, siyasi görüşleri, cinsiyetleri, kabileleri veya engellilik durumları nedeniyle insanlar arasında ayrımcılık yapılmasını yasaklamıştır (Republic of Botswana, 1966). Ayrıca Ulusal Sağlık Politikası çerçevesi, genel anlamda sağlık hizmeti sunumunda ayrımcı olmayan bir yaklaşımı desteklemekte ve adil bir sağlık hizmeti sunumuna bağlı kalmaktadır (Ministry of Health, 2011). Bununla birlikte politika çerçevesi müdahalelere yönelik değildir veya sağlık çalışanları ve sağlık sistemleri tarafından belirli kilit popülasyonlara karşı ayrımcılık yapılmasının yasaklandığını açıkça belirtmemektedir. Benzer şekilde sağlık hizmeti sunumu sırasında belirtilen ayrımcı davranışları bildirmeye veya izlemeye yönelik gerekli düzenlemeler henüz tamamlanmamıştır (Southern Africa Litigation Centre, 2016: 48).

Botswana Sağlık Bakanlığı'na 2011 Ulusal Sağlık Politikası rehberlik etmektedir. Politikanın, ayrımcılığa karşı koruma ve düzenlemeleri yüzeysel düzeyde içerdiği söylenebilir (Southern Africa Litigation Centre, 2016: 26). Politika vizyonu “Botswana'da yaşayan herkesin en üst düzeyde sağlık ve refah seviyesine ulaşma ve sürdürme fırsatına sahip olmasına imkan sağlayan bir ortam” geliştirmektir (Ministry of Health, 2011: 13). Bunun yanında Ulusal Sağlık Politikası; insan onuruna,

mahremiyetine ve insan haklarına saygı gösteren ilkeler tarafından yönlendirilmektedir. Politika ayrıca “siyasi, etnik veya dini ilişkilere ve ikamet yerlerine bakılmaksızın özellikle savunmasız, dezavantajlı ve hizmetlere erişimi zor olan bireylerin, kaliteli hizmetlere erişilebilirliğini sağlamak için kaynakların eşit şekilde dağıtılmasını” önermektedir (Ministry of Health, 2011: 13).

Bununla birlikte Southern Africa Litigation Centre (2016: 27), politikanın birçok kez eşitliği referans almasına rağmen “ayrımcılık” teriminden söz etmediğini belirtmektedir. Benzer şekilde normlar ve standartlar, uygulama planlarında eşitlik ya da ayrımcılık konularını izlemeye ve değerlendirmeye yönelik alınan önlemleri içermemektedir. Engelliler sosyal dışlanmaya maruz kalmaktadır ancak mevcut tek müdahale, sağlık tesislerinin, fiziksel engelli sağlık hizmeti kullanıcılarının özel ihtiyaçları için düzenleme yapmasıdır (Southern Africa Litigation Centre, 2016: 27). Botswana Sağlık Bakanlığı, engelliler dahil olmak üzere tüm sağlık kullanıcılarının, ayrımcılık yapılmaksızın sağlık hizmetlerine erişme hakkına sahip olduğu bir sistemi benimsemektedir. Ek olarak sağlık hizmeti sunumunda, sağlık hizmeti kullanıcılarının herhangi bir ayrımcılığa maruz kalmamaları için sağlık profesyonelleri, her sağlık hizmeti kullanıcılarına saygılı davranmaları gerektiği konusunda uyarılmakta, yasal ve etik açıdan bilinçlendirilmektedir (Southern Africa Litigation Centre, 2016: 29).

### **2.3.2. Başkanlık Ofisi**

Botswana'da engellilere yönelik sosyal politikaların koordinasyonundan ve uygulanmasından Başkanlık Ofisi bünyesindeki Engelliler Koordinatörlüğü sorumludur. “Engelli ancak bağımsız ve güçlendirilmiş insanlar için engelsiz bir ortama sahip olma” vizyonu benimseyen Başkanlık Ofisi, (Republic of Botswana, 2011) engellileri güçlendirecek stratejiler ve programlar geliştirmektedir (Southern Africa Litigation Centre, 2016: 56). Engelliler Koordinatörlüğü, farklı devlet birimleri ile bakanlıklar ve engelliler arasındaki programları koordine etme sorumluluğuna sahiptir. Bu ofise rehberlik eden düzenlemelerden biri, engellilerin şikayetlerini almaktır (Southern Africa Litigation Centre, 2016: 56). Engellilikle ilgili şikayeti olan herhangi bir kişi Setswana

veya İngilizce olarak yazılı biçimde şikayette bulunabilir ayrıca şikayeti için doğrudan Başkanlık Ofisi'ne gidebilir. Kırsal alanlarda yaşayanlar şikayetlerini, ilçe Engellilik Komitesi'ne yapabilir veya sosyal hizmet uzmanları şikayeti yazıp ilgili makamlara ileterek yardımcı olabilirler. Örneğin, sağlıkla ilgili şikayetler, daha fazla araştırma yapılması ve düzeltilmesi için Bölge Sağlık Ofisi'ne iletilmektedir (Southern Africa Litigation Centre, 2016: 56).

Başkanlık Ofisi, 1996 yılında hazırlanan ve 2010 yılında yeniden gözden geçirilen Ulusal Engellilere Bakım Politikası'na göre hareket etmektedir. Politika, “her bireyin insan haklarının tanınması ve korunması” ilkesini belirtmektedir (Republic of Botswana, 1996: 5). Politika, ayrımcılık teriminden veya eşit erişim haklarından açıkça söz etmemekle (Southern Africa Litigation Centre, 2016: 26) birlikte devlete, engellilerin sağlık hizmetlerine erişimlerini sağlamak için bazı yükümlülükler getirmiştir.

#### **2.4. ENGELLİ BİREYLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİMİ**

Obrist ve arkadaşları (2007: 1584), sağlık hizmetlerine erişimin önemli bir sağlık ve gelişme sorunu olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde sağlık hizmetlerine erişim, küresel olarak sağlık hizmetlerinin performansında önemli bir rol oynamaktadır (Levesque vd., 2013: 1). Ricketts ve Goldsmith'e (2005: 274) göre sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunulması çalışmalarında önemli bir kavramdır. Whitehead (1994: 433), sağlıkta eşitliğin “herkesin sağlık potansiyellerini daha iyi ve daha pragmatik olarak elde etmek için adil bir fırsata sahip olması gerektiğini, hiç kimsenin potansiyellerini elde etmekten dezavantajlı olmaması gerektiğini” açıklamaktadır. Ne yazık ki engelli nüfus gibi dezavantajlı grupların bir kısmı sağlık hizmetlerine erişirken birçok sorunla karşı karşıyadır.

Pharr'a (2014: 23) göre, karşılanmayan sağlık ihtiyaçları ve sağlık eşitsizlikleri çoğunlukla engelliler tarafından aşırı derecede yaşanmaktadır. Engellilerin, sağlık hizmetlerine erişime ihtiyacı vardır ve ihtiyaçları, gerektiğinde uzman tavsiyeleri de



dahil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından karşılanmalıdır. Hatta engelli kişilerin sağlık ve rehabilitasyon hizmetlerine engelli olmayanlara göre daha fazla erişebilmeleri gerektiği vurgulanmaktadır (WHO, 2011: 57-58). Bunun nedeni diğerleriyle benzer sağlık gereksinimlerine ek olarak aynı zamanda onların engellilikleri, sağlık koşulları veya yaşam tarzlarının sonuçlarıyla ilgili daha yüksek seviyelerde ihtiyaçları olabilmektedir. Engellilerin, sağlık hizmetlerine erişimindeki eşitsizlik, küresel bir endişe olarak kabul edilse de genellikle bu dezavantajlı grubun, sağlık hizmetlerine erişim yetersizliği devam etmektedir (Ali vd., 2013: 9). Bu yetersizlik, sağlık hizmetlerine erişebilirliğin, engelliler için çok önemli olmasına bakılmaksızın gerçekleşmektedir (Centers for Disease Control and Prevention, 2013). Bu nedenle engelli kişilerin yaşadığı sağlık hizmetlerine erişim eşitsizliği ele alınırken sağlık hizmetlerine erişim kavramını anlamak gerekmektedir.

#### **2.4.1. Sağlık Hizmetlerine Erişim Kavramı**

Sağlık hizmetlerine erişim, dünyadaki sağlık sistemleri performanslarının odağı olarak kabul edilmektedir. Bireylere sağlık hizmeti sunumunun önemi nedeniyle hizmet kullanımının ve erişimin ölçülmesi, sağlık politikasına ilişkin alanyazında çok önemli bir role sahiptir (Shengelia vd, 2003; Panchansky ve Thomas, 1981). Bununla birlikte sağlık hizmetlerine erişim kavramının, farklı yazarlar tarafından yapılan farklı yorum ve tanımlarla belirtilen karmaşık kavramlardan biri olduğunu savunulmaktadır (Haddad ve Mohindra, 2002; Daniels 1982). Sağlık hizmetlerine erişim, farklı metodolojik yaklaşımlar ve disiplinler kullanılarak araştırılan bir kavram olarak açıklanmaktadır. Bununla birlikte kavramın tanımları, geniş sosyal, ekonomik ve kültürel bileşenlerle ilgili olarak önemli ölçüde farklılık göstermektedir (Cabieses ve Bird, 2014: 846). Erişim kavramı yıllar içinde farklı şekillerde kavramsallaştırılmıştır.

Sağlık hizmetlerinde erişim çoğunlukla bir hizmete, bir sağlık hizmeti sağlayıcısına veya bir kuruma erişilebilirlik olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle bireylerin veya toplulukların ihtiyaçları doğrultusunda ilgili hizmetleri kullanma fırsatı veya kabiliyeti olarak tanımlanmaktadır (Daniels, 1982; Whitehead, 1992). Sağlık

hizmetine erişim “belirli bir düzeyde kişisel rahatsızlık nedeniyle bir maliyete katlanarak, belirli bir kalite düzeyinde belirli bir sağlık hizmetlerini alabilme kabiliyeti” anlamına gelmektedir (Goddard ve Smith, 2001: 1150). Frenk'e (1992) göre, erişim çoğunlukla hizmetlerin ilk temasını veya kullanımını etkileyen faktörleri veya özellikleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Bununla birlikte erişimin kapsamının, hizmet sağlayıcıların özelliklerinin tanımına mı yoksa bakım sürecine mi dayandırılması gerektiğine dair farklı görüşler vardır. Penchansky ve Thomas (1981: 127), sağlık hizmetlerine erişim kavramını tartışanlar arasındadır. Sağlık hizmetine erişimi, hizmete ihtiyaç duyanlar ile sistem arasında var olan uyum derecesi olarak tanımlamaktadırlar. Bu tanım beş boyuta dayanmaktadır: Hazır bulunma, ulaşılabilirlik, masrafları karşılayabilirlik, yerleştirme ve kabul edilebilirlik (Penchansky ve Thomas, 1981: 127). Bu boyutlar kısaca şöyle açıklanmıştır:

• **Hazır bulunma**, bazen fiziksel erişim olarak da adlandırılan kavram “var olan hizmetlerin hacmi ve türü ile gereksinimlerin hacmi ve türü arasındaki ilişki” olarak tanımlanmaktadır (Penchansky ve Thomas, 1981: 128). Hizmete ihtiyaç duyanlar, sağlık hizmeti ihtiyaçları ile ilgili olarak sağlayıcıların ve hizmetlerin arzı olarak kabul edilmektedir. Bu boyut çoğu zaman politika yapıcılar tarafından hizmetlere erişilirken göz önünde bulundurulması gereken ilk husustur. Sağlık hizmetlerinde, sunucuların kaynaklarını (sağlık tesisleri, insan kaynakları, tıbbi malzeme ve ilaçlara erişim) dikkate alarak hazır bulunmaları gerekmektedir. Thiede ve arkadaşları (2007), ulaşılabilirlik ve yerleştirme boyutlarını hazır bulunma boyutunda birleştirmiş, boyutlandırmayı sadece arz kaynaklı sorunlardan daha fazlasına dönüştürmüşlerdir. Dolayısıyla hazır bulunma, “... Sağlık hizmetlerinin doğru yerde, doğru zamanda ve doğru biçimde sunulması” olarak kabul edilmektedir (Thiede vd., 2007: 108). Hazır bulunmama, erişimde temel bir engel olduğu sürece, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylerin mevcut hizmetleri kullanmaya yetkili kılınmasını sağlamak yetersizdir (Oliver ve Mossialos, 2005; McIntyre vd., 2009).

• **Ulaşılabilirlik**, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hizmete ihtiyaç duyanları arasında var olan coğrafi ilişkiyi göz önünde bulundurur (Penchansky ve Thomas, 1981: 129). Hizmetlerden yararlanan hizmete ihtiyaç duyanların bulunduğu yere göre sağlık hizmeti sağlayıcıların konumudur (Shreffler-Grant, 2006). Ulaşılabilirlik, herhangi bir sağlık tesisine olan seyahat süresine, mesafeye, ulaşım kaynaklarına ve hizmete ihtiyaç duyanların yaşadığı maliyetlere dayanmaktadır. Bu nedenle sadece sağlık tesislerine olan mesafenin değil aynı zamanda ulaşım türü ve maliyetleri de dikkate alınmalıdır.

• **Masrafları karşılayabilirlik**, bazen finansal erişim olarak da adlandırılan, hizmete ihtiyaç duyanların gelirine oranla sağlık hizmeti sunumunun ve tıbbi yardımın maliyetine odaklanmaktadır (Penchansky ve Thomas, 1981: 128). Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyanların bu hizmetlere ulaşabilmeleri için katlanmak zorunda kaldıkları maliyetlerdir (Shreffler-Grant, 2006). Hizmetin fiyatı, toplam maliyet ve hizmet alanların katlandıkları maliyetin karşılığını almalarına yönelik algılarını kapsamaktadır. Masrafları karşılayabilirlik kavramı, sağlık hizmetlerinin adil dağıtımını konusunda tartışmalara neden olmuştur (Thiede vd., 2007). Sağlıklı olmayan bireylerin (özellikle de yoksullar ve engelliler gibi dezavantajlı gruplar) karşı karşıya kaldıkları maddi riskler ve sağlık sisteminin bu bireyleri ve haneleri riskten korumada oynadığı rol, masrafları karşılayabilirlik kapsamında büyük önem taşımaktadır.

• **Kabul edilebilirlik**, kültürel erişim olarak da adlandırılan, hizmete ihtiyaç duyanların sağlık hizmeti isteyip istemediğini ve hizmete ihtiyaç duyanların sağlık hizmeti aradığını açıklarken hazır bulunma ile karşılaştırıldığında çok temel bir boyut olarak kabul edilmektedir (Studnicki, 1975; Penchansky ve Thomas, 1981). Kabul edilebilirlik, hizmete ihtiyaç duyanların, sağlık hizmeti sağlayıcılarının mevcut sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla karşılaştırıldığında kişisel ve mesleki özellikleri konusundaki tutumlarını ifade etmektedir. Benzer şekilde ilişki aynı zamanda sağlık hizmeti sağlayıcısının kabul edilebilir talep edenler özellikleri olarak gördükleriyle ilgili tutumlarını anlamada da dikkate alınmaktadır (Penchansky ve Thomas, 1981: 129). Hizmete ihtiyaç duyanların sağlık hizmeti sağlayıcılarının özelliklerine verdiği yanıt,

meslek türü, tesis türü, yaş, ırk ve samimiyet ile ilgilidir. Benzer şekilde servis sağlayıcının verdiği yanıtlar, bazı kişisel veya finansal özelliklere sahip talep edenlerin tercihlerini veya muamelelerini de içermektedir. Dolayısıyla karşılıklı saygı, kabul edilebilirlik boyutunda önemli bir unsurdur (Thiede vd., 2007).

• **Yerleştirme**, hizmetlere erişen hizmete ihtiyaç duyanlar için sağlık hizmetlerinin organizasyonu olarak kabul edilmektedir. Yerleştirme, çoğunlukla talep edenlerinin sağlık kurumlarına kabul edilme şeklinin uygunluğunu ve uygunluğa yönelik algıyı dikkate almaktadır (Penchansky ve Thomas, 1981: 128). Bu faktörler sağlık tesisi hizmet saatlerini, randevu sistemlerini, internet üzerinden hizmetleri vb. içermektedir. Ne yazık ki erişim üzerine araştırma yaparken bu faktörler nadiren dikkate alınmaktadır (McIntyre vd, 2009: 184).

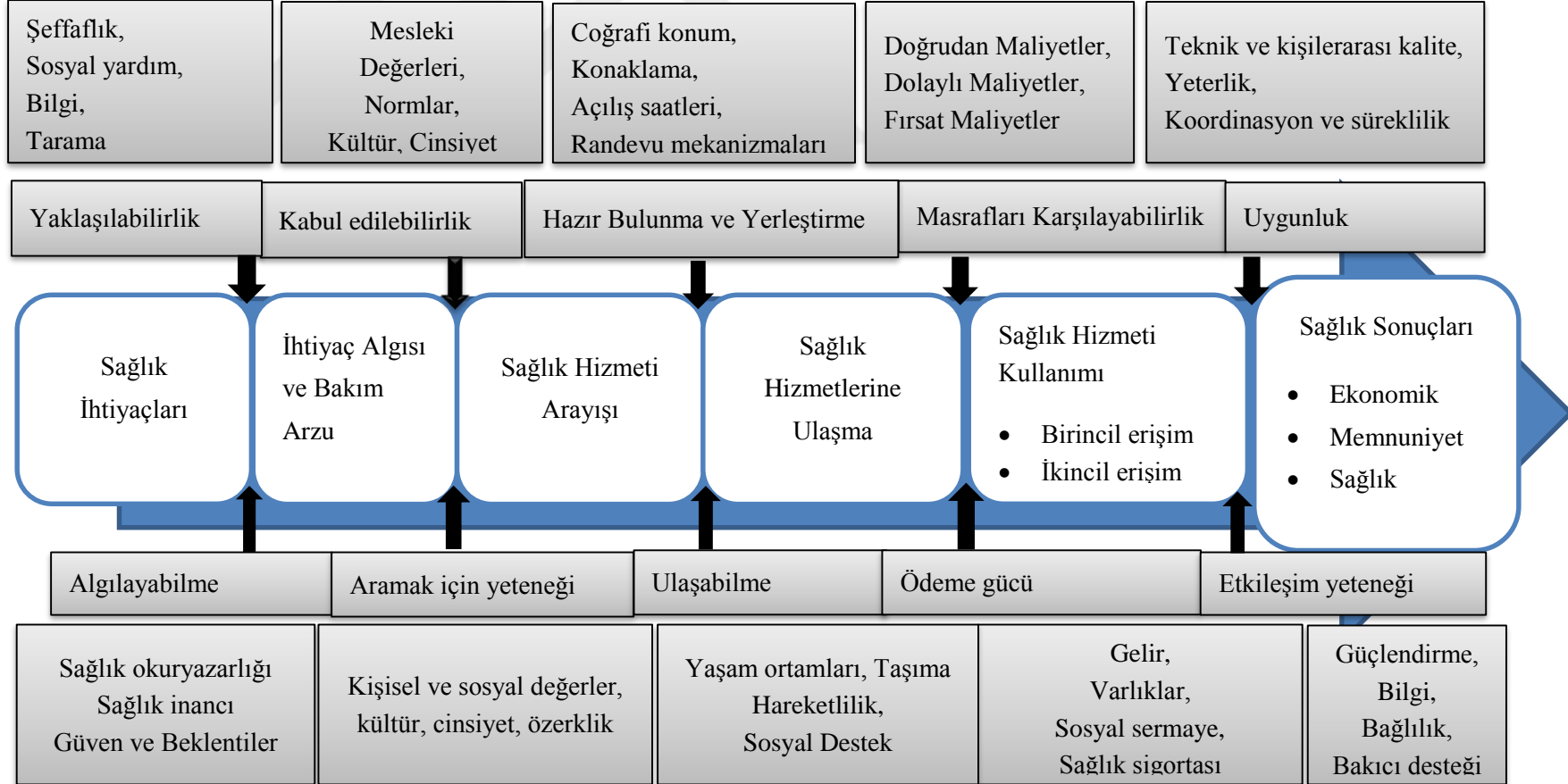
Açıklanan bu beş boyut birbiriyle yakından ilişkilidir ancak sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylere ve hizmet sunucularına göre ağırlıkları değişebilmektedir. Bazen ulaşılabilirlik, hazır bulunma ile yakından ilgili olabilir. Aynı düzeyde hazır bulunmaya sahip hizmet sunucuları farklı ulaşılabilirliğe sahip olabilir (Penchansky ve Thomas, 1981: 129). Aynı şekilde mevcut koşullara bağlı olarak sağlık hizmetlerinin kabul edilebilirliği, hizmetlerin ulaşılabilirliğine kıyasla daha önemli olabilir (Penchansky ve Thomas, 1981: 129).

Sağlık hizmetlerine erişimin kavramsallaştırılması ile ilgili başka bir çalışma da Levesque ve arkadaşları (2013: 5) tarafından yapılmıştır. Çalışmanın başlığı 'sağlık hizmetlerine hasta merkezli erişim: sağlık sistemleri ve toplumları arayüzünde erişimi kavramsallaştırma'dır. Çalışma, sağlık hizmetlerine erişim kavramının kavramsallaştırılmasını kapsamlı ve dinamik yapısını açıklar ve erişim üzerinde etkisi olan ilgili belirleyicileri tanımlamaktadır. Kavramsal çerçeveye göre, hizmetlere erişilebilirliğin beş boyutu vardır; yaklaşılabilirlik, kabul edilebilirlik, hazır bulunma ve yerleştirme, masrafları karşılayabilirlik ve uygunluk (Levesque vd., 2013: 5). Şekil 2.2'de gösterildiği gibi, bu beş boyut algılama, arama, ulaşma, ödeme ve katılım yetenekleriyle etkileşime girmektedir. Mevcut boyutlara eklenen iki yeni boyut,

yaklaşılabilirlik ve uygunluktur. Yaklaşılabilirlik, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan insanların mevcut hizmet biçimlerini tanımlayabildiklerini, onlara ulaşabildiklerini ve sağlıklarını etkilemek için kullanabildiklerini düşünmektedir. Sağlanan sağlık hizmetleri, farklı sosyal veya coğrafi nüfus gruplarında az ya da çok bilinir olabilmektedir. Bu nedenle şeffaflık, mevcut tedaviler ve hizmetler hakkında bilgi edinme ve sosyal yardım projeleri yürütme gibi farklı hususlar, hizmetleri daha fazla veya daha az ulaşılabilir hale getirme üzerinde etkili olabilmektedir. Ek olarak bireylerin bakım ihtiyacını algılama yeteneği çok önemlidir ve sağlık okuryazarlığı, sağlık hakkında bilgi ve sağlıkla ilgili inançlar gibi faktörler tarafından belirlenmektedir (Levesque vd., 2013: 5).

Uygunluk, hizmetler ile talep edenlerinin ihtiyacı, zamanındalığı, sağlık sorunlarının değerlendirilmesi için harcanan bakım miktarı ve doğru tedavinin belirlenmesi ile sağlanan hizmetlerin teknik ve kişilerarası niteliği arasında var olan uyumu ifade etmektedir. Uygunluk sağlık hizmetlerinin yeterliliği ve kalitesi ile ilgilidir ve doğal olarak entegre ve süreklidir (Frenk, 1992; Krishnan, 2000). Uygunluk, sağlık hizmetlerinin, mal ve hizmetlerin kaliteli hizmet sunmak için bilimsel ve tıbbi olarak uygun olması gerektiğini öne süren Peters ve diğerlerinin (2008) önerdiği kalite boyutuyla ilgilidir. Bu boyut, muhtemelen en az gelişmiş ve araştırılanlardan biridir ancak sağlık hizmetlerine erişimi kavramsallaştırmada da en önemli olanlardan biridir. Farklı yazarların tanımları ve yorumlarıyla belirtildiği gibi sağlık hizmetlerine erişim oldukça karmaşık bir olgudur (Haddad ve Mohindra, 2002; Daniels, 1982).

Şekil 2.2. Sağlık Hizmetlerine Erişimin Kavramsal Çerçevesi



**Kaynak:** Levesque vd., (2013: 5)

#### 2.4.2. Sağlık Hizmetlerine Erişime Yönelik Düzenlemeler

BM Genel Kurulu tarafından 1993 yılında kabul edilen “Fırsatların Eşitlenmesine İlişkin Standart Kurallar”, engelli insanların insan haklarını koruyan mevzuatın geliştirilmesine yönelik atılmış ilk büyük adımlardan biri olarak kabul edilmektedir. Bu standart kurallar yasal olarak bağlayıcı olmamakla birlikte önkoşulları vurgulayan, eşitlik, uygulama ve izleme prosedürlerini hedef alanlarını vurgulayan engelliler için yaşamın farklı yönlerini kapsayan 22 kuraldan oluşmaktadır. Kurallar, devletlerin, engelli insanlara fırsat eşitliği sağlamadaki ahlaki ve siyasi taahhütlerini temsil eden bir politika oluşturma aracı olarak hareket etmektedir (Freeman vd., 2005). Bazı ülkeler, fırsat eşitliği konusundaki Standart Kuralları, temel referans çerçevesi olarak benimsemiştir. Örneğin, 1993 yılında Finlandiya, kuralları kendi mevzuatına dahil eden ilk ülke olmuş (Pillinger, 2003) ve Yunan hükümeti kuralları 1998'de kendi ulusal yasalarına dahil etmiştir.

Sağlık hizmetlerine erişirken engelli haklarını ele almak için kullanılan birçok düzenleme vardır. Örneğin, Birleşmiş Milletler Engelli Bireylerin Fırsatlarını Eşitleme Konusunda Standart Kurallar, özellikle sağlık hizmetleri kavramından söz etmese de 5. kuralı hem fiziksel çevreye hem de bilgi ve iletişim hizmetlerine atıfta bulunan "erişilebilirliği" ele almaktadır (United Nations, 1993). 1997 yılında Genel Kurul; erişilebilirliği, engelliler için fırsatların eşitlenmesini teşvik etmede öncelikli politika konularından biri olarak nitelendirmiştir. Erişilebilirliğe odaklanmanın, dışlanma ile baş etmenin ve fırsatların eşitlenmesini olumlu ve sürdürülebilir bir şekilde teşvik etmenin etkili bir yolu olduğunu öne sürmektedir (UN General Assembly, 1997).

Ayrıca Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi'nin (1966) 12.1 maddesi, herkesin zamanında ve uygun sağlık hizmetlerine hakkına sahip olduğunu belirtmektedir. Ayrıca sağlık tesisleri, mallar ve hizmetler herhangi bir ayrımcılık yapılmaksızın her bireye eşit olarak erişilebilir olmalıdır. Bu, özellikle savunmasız ve dezavantajlı topluluklara sağlık tesisleri, mal ve hizmetlerin herkese açık olduğu fiziksel, ekonomik ve bilgi erişilebilirliği ve ayrımcılık

yapılmamasını içermektedir (UN General Assembly, 1966). Buna ek olarak Madde 12.2 (d) 'temel önleyici, iyileştirici, rehabilitasyon sağlık hizmetlerine ve sağlık eğitime eşit ve zamanında erişim sağlama' hakkına odaklanmaktadır. Benzer şekilde Madde 2.2 ve Madde 3, sağlık hizmetlerine erişirken fiziksel veya zihinsel engellilik ve sağlık durumuna bağlı ayrımcılığın yasaklanmasına odaklanmaktadır (UN General Assembly, 1966).

Erişilemeyen ortamların getirdiği kısıtlamaları hem ulusal hem de uluslararası düzeyde ele almak için çaba gösterilmiştir. Birleşmiş Milletler Engelliler İçin Fırsat Eşitliği Standart Kuralları (1993), hükümetlerin fiziksel ortamı herkes için daha erişilebilir kılmayı amaçlayan ve bilgi ve iletişime erişim sağlayacak önlemleri almayı amaçlayan programlarla gelmesi gerektiğini belirtmektedir (UN General Assembly, 1993). Botsvana'da, 1990 ve 2007'de Botsvana'nın Yapı Denetim Kanunu'na dayanarak geliştirilen bir 2009 Yapı Denetim Yönetmeliği bulunmaktadır. Yönetmelik, bir bina veya apartman inşa etmeden önce yerel bina otoritesinden bir Engelli Erişim Belgesi alınması gerektiğini belirtmektedir. Bu sertifika, bina için önerilen tasarımın engelli insanların erişilebilirlik gereksinimlerini karşılama sağlamaktadır (Hlalele vd., 2014: 156). Engelliler için uluslararası beyannamelerden biri, Avrupa ve İsrail'de bazı şehirler ve kasabalar tarafından kabul edilen Barselona Deklarasyonu'nu (1995) içermekte ve kendilerini kapsayıcı çevresel tasarımları sağlama amaçlı 17 anlaşma kapsamaktadır. Bu anlaşmalar 6 geniş açıdan özetlenebilmektedir (Barcelona Declaration, 1995: 5):

- Engellilik bilincinin teşvik edilmesi ve engellilerin farklı olma haklarının sağlanması,
- Politikaların ve eşitlik/ engellilik kanıtı karar verme sürecinin geliştirilmesi,
- Engellilik danışma süreçlerinin geliştirilmesi,
- Engellilerin hizmetlerin yanı sıra sosyal ve fiziksel ortamlara erişmelerinin sağlanması,
- Eşitlik/engellilik sorunları ile ilgili eğitim programlarının sağlanması,
- Eşitlik/engellilik sorunları ile ilgili eylemler, projeler ve politikalar için izleme, değerlendirme ve etki değerlendirme prosedürlerinin geliştirilmesi.



Çevresel erişimi kısıtlamaya odaklanan diğer uluslararası girişimler içinde “Engelli Bireyler için Engelsiz bir Avrupa'ya Doğru” (2000), “Resolution ResAP” (2001), CEN / CENELEC Rehber 6 (2002) ve ISO Standartları yer almaktadır.

### **2.4.3. Sağlık Hizmetlerine Erişim Engelleri**

Bazı çalışmalarda engelli bireylerin engelli olmayanlara göre çeşitli sağlık eşitsizlikleri yaşadıkları (Al-Jadid, 2013; Merrick ve Merrick, 2007) ve özellikle sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizlikler belirtilmiştir (British Medical Association, 2007). Engelli kişiler sağlık ve rehabilitasyon hizmetlerine erişimde sayısız sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Tedavi tesislerindeki merdivenler veya diğer fiziksel engeller, tekerlekli sandalye ve baston kullanıcılarının hareket etmesini güçleştirmektedir. İşaret dili tercümanlarının olmaması, işitme engelli kişilerin hizmet almasını engelleyebilmektedir. Halk sağlığı eğitim kampanyaları genellikle görseldir ve bu nedenle görme engelli kişiler için yararlı değildir ve radyo kampanyaları duyma engelli kişilere ulaşamamaktadır (Kirschner ve Curry, 2009: 1334).

Pek çok araştırmacı, sağlık hizmetlerine erişirken engelli kişilerin karşılaştıkları çok sayıda engeli belirten çalışmalar yürütmüştür. Örneğin, bazı yazarlar fiziksel engeller (Iezzoni vd., 2010; West vd., 2007), finansal engeller (Callahan ve Cooper, 2006; Krahn vd., 2006; Sommers, 2006), çevresel engeller (Centers for Disease Control and Prevention, 2006; Kroll vd., 2006), yapısal engeller (Hwang vd., 2009; McColl, 2005) ve süreç engelleri (Kroll vd., 2006) gibi engellerden bahsetmişlerdir. Bu engellerin bazılarının birbiriyle etkileşimli olduğu söylenebilir çünkü engellerin bazıları birbiriyle örtüşmektedir. Bazı yazarların bu engelleri birbirinin yerine kullandıkları da görülebilmektedir. Lagu ve arkadaşları (2014: 1847), sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin farklı fiziksel, politika, prosedürel ve tutumsal faktörlerin bir sonucu olarak ortaya çıktığını savunmaktadır. Ayrıca bu engellerin etkileşimini, sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesini ve başarılmasını sağlayacak alanların tanımlanmasına ihtiyaç vardır. Bu çalışma kapsamında da; yasal düzenleme eksiklikleri (sağlık hizmeti erişilebilirliğine taraf olan kurallar ve düzenlemeler üzerindeki engeller),

sosyal engeller (arz tarafındaki engeller yani sağlık hizmetleri hükümleri) ve bireysel engeller (talep tarafındaki engeller yani bireyin sağlık hizmetlerine erişen taraf) kapsamındaki eksikliklerden bahsedilecektir.

#### ***2.4.3.1. Yasal Düzenleme Eksiklikleri***

Engelliler, kişilerarası ya da kurumsal düzeyde ayrımcılığa uğramakta ve dezavantajlı duruma düşmektedir. Yasal düzenlemeler engelli kişilerin hizmetlere ve istihdama erişimini sağlayan yasaları ve politikaları içermektedir. Oyle ki engelli kişilerin kariyer veya eğitim çabalarında başarılı olma olasılıkları daha d şuktur. Orneğin, çoğu zaman engelli çocukların ebeveynleri, istismara uğrama korkusuyla onları okuldan uzak tutmaktadır (Banks ve Polack, 2014: 26). Okula gittikleri durumlarda olumsuz tutumlara katlanırlar ve okul arkadaşlarından zorbalık görebilmektedirler (UNESCO, 2017: 17). Dolayısıyla bu olumsuzluklar, yaşamlarının diğer alanlarında özellikle sağlık hizmetlerine erişimde var olan kısır bir hayatta kalma döngüsüne neden olmaktadır. Birleşmiş Milletler'e (2018: 52) göre sosyal koruma, bu kısır döngüyü kırmakta kritik bir rol oynamaktadır ve engellilerin dahil edilme çabalarını (orneğin, ekonomik güvenlik sağlanması, erişilebilirliğe hizmet etmek için araçları ve ortamı sağlama) azami düzeye çıkarmaktadır. Çoğu hükümet, engellilere yönelik bazı sosyal koruma programları uygulasa da, programlarla ilgili erişilebilirlik ve davranış engelleri sosyal korumanın kapsamını sınırlamaktadır.

Hizmetlere erişimde engel teşkil eden bir diğer faktör de düşük ve orta gelirli ülkelerde önemli olan engellilik değerlendirme sürecidir (Banks vd, 2016: 234). Süreç devletlere göre değişmektedir. Orneğin, ülkelerin çoğu, engelli kişilerin dezavantajı olabilecek sosyal yönlerini dikkate almadan tıbbi değerlendirme yaklaşımını kullanmaktadır (Birleşmiş Milletler, 2018: 52). Botsvana'nın engelli insanlara yönelik politikası "bakım" ve "tedavi" tıbbi model yaklaşımını kullandığı için eleştirilmiştir. Engelli kişilerin anormal olduğu, acımaya ve sadakaya ihtiyaç duydukları varsayımlarına dayanmaktadır. Daha elverişli olan ve toplumun eşit  yeleri olarak engellilere saygı duyan bir sosyal model engellilik yaklaşımının benimsenmesine

ihtiyaç vardır (Southern Africa Litigation Centre, 2016: 29). Güney Afrika, Fransa, Belçika ve Almanya gibi diğer ülkeler tıbbi değerlendirme yaklaşımını benimsemişlerdir ancak tıp uzmanlarına sosyal ve çevresel engellerin dahil edilmesi ve değerlendirilmesi konusunda takdir yetkisi verilmiştir (Birleşmiş Milletler, 2018: 52). Bazı Kuzey Avrupa ülkeleri, bir tıbbi değerlendirme yaklaşımı kullanır ancak sosyal ve çevresel faktörler dikkate alınır ve tıbbi olmayan profesyonellerin (örneğin, terapistler, sosyal çalışanlar ve istihdam danışmanları) değerlendirmeleri de sürece dahil edilmektedir (Birleşmiş Milletler, 2018: 52).

Diğer dezavantajlı nüfuslara benzer şekilde engellilerin kendilerine yardımcı olacak uygulama sistemlerini bilmemeleri ve durumlarına uygun mevcut programlardan habersiz olmaları olasıdır (Birleşmiş Milletler, 2018: 47). Örneğin, 2005 yılında Hindistan kırsal bölgelerinde yapılan bir araştırma, engelli bireylerin %94'ünün, 1995 Engelliler Yasası hakkında bilgi sahibi olmadığını göstermiştir. Benzer şekilde bu kişilerin %60'ı Hindistan'daki engellilik maaşı uygulamasını bilmemektedir (Dünya Bankası, 2007). Bu sonuçlar, çoğu zaman özellikle engelli insanlar arasında mevcut hizmetler ve faydalar konusunda farkındalık yaratmak için çok az şey yapıldığını göstermektedir.

#### ***2.4.3.2. Toplumsal Engeller***

İnsanlar, kendilerini sosyal süreçlere göre etkileşimli ve organize eden sosyal varlıklardır ve toplumda var olan farklı kurumlardan, normlardan ve davranış özelliklerinden etkilenirler (Ostrom, 2005; Baker vd., 2006; Bisaro, 2007). Bu nedenle sosyal çevre, bireysel tepkileri ve karşılaştıkları şoklara, strese ve engellere verilen tepkileri etkilemede çok büyük bir rol oynamaktadır (Adger vd., 2009: 350). Engelliler, sağlık hizmetlerine erişmelerini ve insan haklarını kullanmalarını engelleyen fiziksel engeller yanında sosyal engellerle karşılaşmaktadır.

Birçok araştırmacı erişilemeyen sağlık tesislerinin ve ekipmanlarının sağlık hizmetlerine erişimin önündeki en büyük engellerden biri olduğunu belirtmiştir

(Ahumuza vd., 2014; Eide vd., 2015; Gaihre vd., 2016; Ledger, 2016; Burke vd., 2017). Bu sorunla çoğunlukla fiziksel ve görsel engelli insanlar karşı karşıya kalmaktadır. Ayrıca sağlık tesisi binalarındaki rampaların, kaldırımların ve asansörlerin eksikliği, engelli dostu tuvaletler ve engelli insanlar için park alanı eksikliği yer almaktadır (Mulumba vd., 2014; Ledger, 2016). Fiziksel engelli tekerlekli sandalye kullananlar, bu tür binalara erişimde zorluk çekmektedir. Örneğin, Ganle ve arkadaşları (2016: 8), Gana'da yaptıkları çalışmada katılımcılardan birinin, hastane ziyaretlerinden birinde kimse yardım etmediği için merdivenlerden düştüğünü bildirmiştir. Benzer şekilde, fiziksel engeli olan bir kadın, Uganda'daki sevk hastanelerinden birinin altıncı katında bulunan doğumhaneye gidemediğini bildirmiştir (Ahumuza vd., 2014: 4). Tüm bu deneyimler, sağlık hizmetlerine erişirken engelli kişilerin karşılaştıkları zorlukları göstermektedir.

İletişim, sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin çok önemli bir yönüdür. Bununla birlikte sağlık çalışanları ile engelliler arasında özellikle de duyuşal yetersizliği olanlar arasında iletişim engelleri vardır (Mprah, 2013; Mulumba vd., 2014; Ganle vd., 2016; Ledger, 2016; Burke vd., 2017). Benzer şekilde zihinsel engelli kişilerin de aynı deneyime sahip olmaları olasıdır (Baart ve Taaka, 2017: 34). Bazı çalışmalar, farklı sağlık tesislerindeki sağlık hizmeti sağlayıcılarının çoğunun işaret dilini anlamadığını veya bilmediğini ve bu türde engeli olanlara yardım etmek için tahsis edilmiş işaret dili tercümanlarının olmadığını göstermektedir (Gaihre vd., 2016; Ganle vd., 2016). Bazı engelli kadınlar, doktorların, tıbbi geçmişlerini anlamadıkları için kendilerine yardım edemediğini ifade etmişlerdir. Bu nedenle doktorların bazen yanlış uygulamalar bazen de yanlış reçetelere neden olduğu konusunda tahminlerde bulunmaktadırlar (Mulumba vd., 2014: 6). Benzer şekilde işitme engelli insanlara bazı araştırmacılar tarafından tıbbi sorunlarını sağlık uzmanları ile paylaşmaya çalışırken ne yazık ki yanlış reçetelere yol açan problemlerin ortaya çıktığı belirtilmiştir (Mprah, 2013; Ganle vd., 2016; Ledger, 2016). Ek olarak bakıcıların veya bir aile üyesi tarafından yardım edilenler, mahremiyetlerinin ve gizliliklerinin ihlal edildiğini ve uygun bilgileri sağlık

çalışanlarına iletmeleri konusunda güvenmediklerini düşünmektedir (UPHLS, 2015; Ledger, 2016; Tun vd., 2016). Ayrıca, UPHLS (2015); Ledger (2016), sözlü olmayan veya resimler yoluyla sunulan bilgileri yorumlayamadıkları için görme engelli kişiler için sorun teşkil ettiğini bildirmiştir. Benzer şekilde işitme bozukluğu olanlar, radyolar yoluyla iletilen sağlık bilgilerini yorumlayamamaktadır (UPHLS, 2015). WHO (2016), küresel olarak ılımlı veya derin işitme kaybı olan dünya çapında yaklaşık 360 milyon insanı bildirmiştir ancak işitme cihazı ihtiyacının yalnızca %10'u işitme cihazı üretim sektörü tarafından karşılanmaktadır. Bu teknoloji çağında, engelli kişilerin bilgi ve iletişim teknolojilerini kullanarak farklı tıbbi bilgilere erişebilmeleri gerekir ancak kanıtlar BİT kullanım seviyesinin engelli olmayanlara göre daha düşük olduğunu göstermektedir (WHO ve World Bank, 2011: 10). Çoğu durumda engelliler telefon, TV ve internet gibi temel teknoloji ürün ve hizmetlerine bile erişememektedir.

Pek çok çalışmada, personelin ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının, engelliler için sağlık hizmetlerine erişimin önündeki bir engel olarak olumsuz tutumları olduğu bildirilmiştir (Mprah, 2013; Mulumba vd., 2014; Eide vd., 2015; UPHLS, 2015; Ganle vd., 2016; Ledger, 2016; Burke vd., 2017). Engelli bireyler, sağlık personeli ve hizmet sağlayıcılarının, amaçlarına ya da bilgi eksikliğine bağlı olarak ihtiyaçlarına karşı duyarsız olduklarını savunmaktadır (Kritzinger vd., 2014; Gaihre vd., 2016). Bu olumsuz tutum sözel, fiziksel veya zihinsel istismar şeklinde kendini göstermektedir. Örneğin, cüzzamlı insanlarla el ele vermeyi reddetme eğilimi gösteren bazı sağlık çalışanlarının olduğu bildirilmektedir (Dadun vd., 2016: 14). Benzer şekilde bazı sağlık çalışanları HIV testi talep ederken görme engelli insanlarla dalga geçtikleri sonucu ortaya çıkmıştır (Mulumba vd., 2014: 5). Bazı sağlık çalışanlarının, psikososyal engelli kişilere hitap etmek için "çılgın" gibi kelimeler kullandığı bildirilmektedir (Ledger, 2016: 30). Kritzinger ve arkadaşları (2014) ile Tun ve arkadaşları (2016), bazen sağlık personelinin, iletişim sorunlarıyla karşılaşmamak için engelli insanları görmezden gelme ve engelli olmayan insanlara odaklanma eğiliminde olduğunu bildirmişlerdir.

Sonuç olarak sağlık hizmetlerine erişme g¼c¼l¼đ¼ çeken insanların istekleri gerçekten zayıflamıştır (Ganle vd., 2016: 10).

#### **2.4.3.3. Bireysel Engeller**

Bireysel engeller sağlık hizmetlerine erişirken var olan engellerin çoğunu etkilediği açıktır. Damgalama, ailedeki olumsuzluklar ve engelli insanlarla etkileşime girdiğinde toplumun tutumu ile ilgili olabilmektedir. Sonuç olarak bunlar engellilik duygusunu reddeden, utanan ve güven eksikliği olan bireylere yol açmaktadır (Mulumba vd., 2014; UPHLS, 2015; Dadun vd., 2016; Ledger, 2016). Bu nedenle sağlıkta olumsuz sonuçlara yol ačan yüksek düzeyde stres ve endişe artışı gör¼lmektedir (Mulumba vd., 2014: 8). Bazı durumlarda engelli insanlar değersiz olarak kabul edilir, bu nedenle aileleri veya bakıcıları, engelli kişilerin hastaneye gitmesi gerektiğinde onları hastaneye götürme olasılıkları daha d¼ř¼kt¼r. Marjinalleřme, ailelerin veya engelli kişilerin bakıcılarının utandıkları ve engelli kişileri evlerinde saklamaya karar verdikleri durumlarda belirgindir (Baart ve Taaka, 2017: 33).

Olumsuz gör¼ř¼ olan aileler, engelli ailelerine destek sunma eğiliminde değildir. Cinsel ve üreme sağlığı ile ilgili olarak, engellilerin asept¼el olduğu algısı nedeniyle bu durum oldukça belirgindir (Ledger, 2016: 30). Sonuç olarak bildirilen d¼ř¼k benlik saygısı, utanç ve utangaçlık, sağlık hizmetlerine erişimden kendilerini dışlamalarına neden olabilmektedir. Engelli insanların kendileri hakkında sahip oldukları olumsuz duyguların bir sonucu olarak, birçoğunun evlerini terk etmekten ve sağlık hizmetlerini ziyaret etmekten utanma eğilimi vardır (Ledger, 2016: 30). Kritzinger ve arkadaşları (2014: 381) ile Ledger, (2016: 30), engellilerin herhangi bir sağlık tesisine gitmemeyi ya da cahil sayılacakları korkusu ile soru sormayı tercih etmediklerini bildirmiştir. Benzer şekilde Kritzinger ve arkadaşları (2014: 382) çalışmalarında bazı sağır kadınların ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmetlerini kullanmadıklarını ifade ettiklerini, ç¼nk¼ sağlıkları ile ilgili basit sorular soramayacaklarından utanç duyduğunu belirtmiştir.

Engelliler için sağlık hizmetlerine erişimin önündeki bir diğer engel ulaşım ve diğer mobilite sorunlarıdır (Ahumuza vd., 2014; Eide vd., 2015; Ganle vd., 2016; Burke vd., 2017). Hareketlilikle ilgili ve bireysel engeller olarak kabul edilen engeller, sağlık tesislerini ve hizmetlerini ziyaret ederken aileden destek yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Bu, sağlık hizmetlerine erişirken, onlara eşlik etmeden zorluk çekerken çoğu kez görme veya fiziksel engelli olanları etkilemektedir (Ganle vd., 2016: 7). Uganda'da yapılan bir araştırmada, toplu taşıma araçlarını kullanmaya çalışırken engelli kişilerin taksi şoförleri veya yolcular tarafından reddedildiklerini veya araçlarında taşımaktan dolayı utanç duyduklarını bildirmiştir (Ahumuza vd., 2014: 6). Zambiya, Uganda ve Gana'da yapılan bir araştırma, çoğu zaman engelli insanların, dolaşmaları için kendilerine yardımcı olacak bir asistana sahip olmaları gerektiğini bildirmiştir (Tun vd., 2016: 3). Bununla birlikte bu bir zorluk olarak kabul edilir çünkü hiç kimse, engelli bir kişiye yardım etmek için zamanlarını sunmaya tam olarak bağlı değildir ve aynı zamanda toplumda engellilerle birlikte görölmekten utanırlar (Ganle vd., 2016; Tun vd., 2016). Sağlık kurumları çoğunlukla engelli insanlardan uzakta bulunmaktadır ve toplu taşıma araçlarına erişim de çoğunlukla zordur bu nedenle alternatif ulaşım bulma ihtiyacı ortaya çıkmaktadır (Ganle vd., 2016). Ek olarak, Ledger (2016: 26); Tun ve arkadaşları (2016: 3), bazen yerlerin kötü yollara ve kaldırımlara sahip olduğunu, engelli rampalarının olmadığını ve dağlık ya da sular altında bir araziye sahip olduğunu bu nedenle engelli insanların hareket etmekte zorluk yaşadığını bildirmiştir.

Son olarak sağlık hizmetlerine erişirken engellilerin karşılaştığı bir başka engel, sağlık tesislerine gidip sağlık hizmetlerine erişirken ortaya çıkan maliyettir. Birçok araştırma, bu maliyetlerin engelli kişilerin sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerden biri olarak ifade edildiğini göstermiştir (Mulumba vd., 2014; Eide vd., 2015; Ledger, 2016). Pek çok çalışmada, engellileri olan ailelerin, istihdam için sınırlı fırsatlar nedeniyle çoğunlukla yoksulluğa duyarlı olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle sağlık sigortasına ve sağlık hizmetlerinden kaynaklanan maliyetleri azaltmaya yardımcı

olabilecek diğer ekonomik fırsatlara erişme olasılıkları azalmaktadır (CBM, 2016: 44). Genel olarak, engelliler diğer insanlara kıyasla engelliliklerinden dolayı yüksek sağlık riskleri yaşarlar, bu nedenle diğerlerinden daha yüksek sağlık maliyetleri ile karşılaşmaktadırlar. Ek olarak sağlık tesislerine ulaşmak için yüksek transfer masrafları yaşamaktadırlar. Bunun nedeni bazen kendilerine eşlik edenlere transfer ücreti ödemeleri, kendilerine eşlik edenlere ödeme yapmaları ve muhtemelen ihtiyaçlarını karşılayan taşımacılık için ekstra para ödemeleri gerektiğidir (örneğin tekerlekli sandalye kullananlar) (Mavuso ve Maharaj, 2015: 15). Bu maliyetlerin çoğu engelli olmayan kişilerce yaşanmaz bu nedenle engelli kişilerin karşılaştıkları maliyetlerin sağlık hizmetlerine erişiminde bir engel teşkil ettiğini ortaya koymaktadır.



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### ARAŞTIRMA

#### 3.1. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın amacına bağlı olarak oluşturulan anket ile ortaya çıkan veri setinden elde edilen bilgiler üzerinde durulacaktır. Bu kapsamda Botsvana'da yapılan araştırmanın yöntemi ve yaklaşımları ele alınarak değerlendirmeler yapılmıştır. Bu bölüm; araştırma amacını ve önemini, modelini ve hipotezlerini, evrenini ve örneklemini, sınırlarını, verilerin analizini ve bulgularını içermektedir.

##### 3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bağımsızlıktan bu yana Botsvana Hükümeti her vatandaşı için sağlık hizmetlerine eşit erişim sağlama çabasında bulunmuştur. Bununla birlikte Botsvana hükümeti, vatandaşlarına sağlık hizmetleri sunma konusunda büyük bir taahhütte bulunmanın yanı sıra, engellilere sağlık hizmeti sunumu, ABD ve diğer Avrupa ülkeleri gibi ülkelere kıyasla sınırlıdır. Engelliler için sağlık hizmetlerine erişim, her toplumda çok önemli bir husustur. Araştırmalar, engelli bireylerin engelli olmayanlara göre farklı ihtiyaçları olduklarını, bu nedenle sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere belirli hizmetlere erişirken birçok engelle karşılaştıklarını belirtmiştir. Bu nedenle sağlık hizmetlerine erişirken engellilerin karşılaştıkları deneyimler, engeller ve diğer faktörler hakkındaki bilgiler, farklı paydaşların bu konuları ele alacak politika, strateji ve müdahaleler geliştirmeleri açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışma ile Botsvana'daki uygulamalar ve politikalar ile engellilerin sağlık hizmetlerine erişimine ilişkin alanyazına büyük katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmanın bulguları sağlık sektörüne büyük katkı sağlayacağına yönelik kanıtlar sunmaktadır. Sağlık çalışanları, toplum ve sosyal hizmet çalışanlar, terapistler ve engelli kişilerle çalışan diğer profesyoneller, çalışmanın sonuçlarından bilgi edinebileceklerdir. Çalışmanın önerileri ve bulguları, uygulayıcıların çabalarını ve sağlık hizmetlerine

erişimde engelli insanlara yardım etmek için tasarlanmış müdahaleleri savunmak için önemli olduğu düşünülmektedir.

Engelliler, yaşamda bazen mevcut politikalardan kaynaklanan farklı engeller yaşamaktadır. Halen Botsvana'nın sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili özel bir engellilik odaklı mevzuat, düzenleme veya politikası bulunmamaktadır. Bu nedenle engelliler için sağlık hizmetlerine erişimde politika, mevzuat ve düzenlemenin önemini ortaya çıkarabilir ve sağlık alanında engellilerle ilgili yeni politikanın gerekliliğini haklı gösterebilir. Sonuçların, sağlık konusunda daha kapsamlı bir politika için ihtiyaç duyulan aciliyeti ölçmek için kullanılması öngörülmektedir. Ayrıca alanında Botsvana'da daha önce yapılmış çalışmalara dair kanıt bulunmadığından bu çalışma engelli bireylerin deneyimleri hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır. Sonuçları gelecekteki çalışmalar için zemin hazırlayacak ve aynı zamanda dünyanın diğer bölgelerinde var olan bilgi birikimine katkıda bulunacaktır. Çalışma, birçok araştırmacının, kapsamı daha geniş olacak çalışmaları yürütmesi, daha fazla coğrafi bölgeleri kapsaması ve sağlık hizmetlerine erişirken yaşadıkları deneyimler ve engellerle ilgili olarak engelli insanlara yardım etmek için kullanılabilecek diğer müdahaleleri ve çözümleri keşfetmesini sağlayacaktır. Muhtemelen ilgi alanıyla ilgili daha fazla soru soracak ve farklı araştırma yöntemleri ve yaklaşımları kullanarak daha fazla araştırma gerektirebilecek boşlukları ortaya çıkaracaktır. Bu çalışmanın temel amacı, Gaborone, Botsvana'da sağlık hizmetlerine erişirken, farklı engellilerin yaşadığı farklı deneyimleri ve engelleri araştırmaktır. Çalışma, bu amacı gerçekleştirmek için aşağıdaki araştırma hedeflerine dayandırılarak yapılmıştır:

- i. Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimlerini keşfetmek,
- ii. Engelli bireylerin mevcut sağlık hizmetleri konusunda bilgi ve farkındalıklarını değerlendirmek,
- iii. Engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişmelerini engelleyen engelleri ve faktörleri belirlemek.

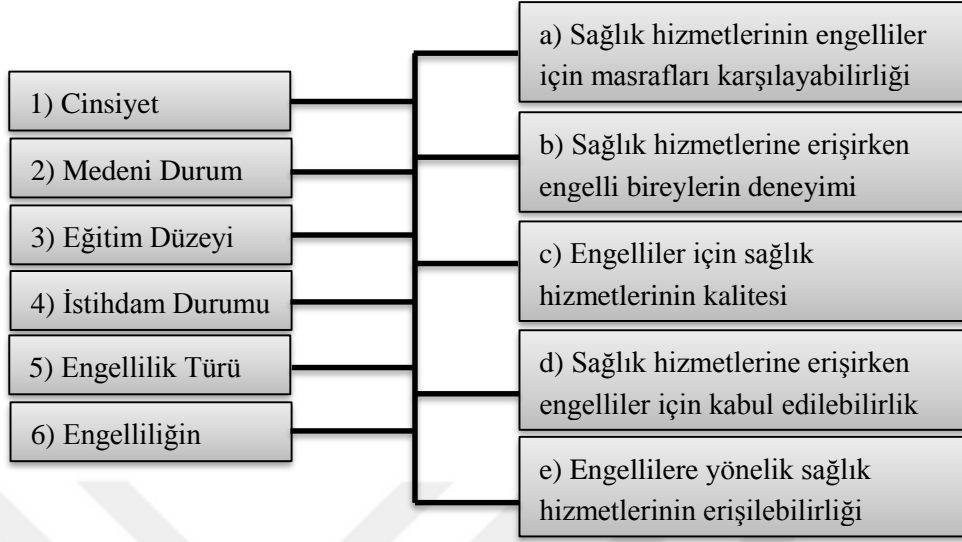
Bu hedefler göz önüne alındığında, çalışma şu araştırma sorularını ele almayı amaçlamaktadır:

- a. Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimleri nelerdir?
- b. Engelliler için sağlık hizmetlerine ne kadar kolay erişilebilir?
- c. Sağlık hizmetlerine erişirken engellilerin karşılaştıkları engeller nelerdir?
- d. Engelliler sağlık hizmetlerine erişirken karşılaştıkları farklı engellerle nasıl başa çıkmaktadır?

### **3.1.2. Araştırma Modeli ve Hipotezler**

Çalışmada sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin yaşadığı deneyimleri ve engelleri keşfetmek için tanımlayıcı bir araştırma modeli kullanılmıştır. Araştırmada nicel bir yaklaşım kullanılmıştır. Araştırma modelleri, bir olayla ilgili bilgileri keşfetmenin yollarını tasarlamak için kullanılan genel bir bilimsel araştırma planını içerir (Babbie ve Rubin, 2001). Leedy ve Ormrod'a (2001) göre, nicel araştırma üç geniş tasarıma ayrılmıştır; tanımlayıcı, deneysel ve nedensel karşılaştırmalı. Tanımlayıcı araştırma tasarımı, bir durumun mevcut durumunu incelemek için kullanılan bir araştırma yöntemidir. Gözlemsel bir strateji kullanarak belirli bir fenomenin bazı niteliklerinin tanımlanmasından veya iki veya daha fazla fenomen arasında var olan mevcut korelasyonun araştırılmasından ibarettir. Bu çalışma, 'ne' ve 'nasıl' sorularına cevaplar vermeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle tanımlayıcı bir araştırma tasarımının görevine uygun olarak yapılmıştır. Çalışma engellerin deneyimlerini araştırmakta, engelli kişilerin yaşadığı engelleri anlatmakta ve sorunun seviyesini belirlemektedir. Çalışmanın amacına ulaşmak için sağlık hizmetlerine erişimin boyutları demografik özelliklere göre değerlendirilmektedir. Araştırmanın amacına göre araştırma kapsamında Şekil 3.1'deki model önerilmiştir.

**Şekil 3.1. Araştırma Modeli**



Araştırmanın amacı doğrultusunda belirlenen hipotezler şöyledir:

**Hipotezler**

*H1a: Sağlık hizmetlerinin engelliler için masrafları karşılayabilirliği cinsiyete göre farklılık göstermektedir.*

*H1b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.*

*H1c: Engelliler için sağlık hizmetlerinin kalitesi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.*

*H1d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.*

*H1e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.*

*H2a: Sağlık hizmetlerinin engelliler için masrafları karşılayabilirliği medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.*

*H2b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.*

*H2c: Engelliler için sağlık hizmetlerinin kalitesi medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.*

*H2d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.*

*H2e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.*

*H3a: Sağlık hizmetlerin engelliler için masrafları karşılayabilirliği eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.*

*H3b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.*

*H3c: Engelliler için sağlık hizmetlerinin kalitesi eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.*

*H3d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.*

*H3e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.*

*H4a: Sağlık hizmetlerin engelliler için masrafları karşılayabilirliği istihdam duruma göre farklılık göstermektedir.*

*H4b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi istihdam duruma göre farklılık göstermektedir.*

*H4c: Engellilerin için sağlık hizmetlerinin kalitesi istihdam duruma göre farklılık göstermektedir.*

*H4d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi istihdam duruma göre farklılık göstermektedir.*

*H4e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği istihdam duruma göre farklılık göstermektedir.*

*H5a: Sağlık hizmetlerinin engelliler için masrafları karşılayabilirliği engellilik türüne göre farklılık göstermektedir.*

*H5b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi engellilik türüne göre farklılık göstermektedir.*

*H5c: Engelliler için sağlık hizmetlerinin kalitesi engellilik türüne göre farklılık göstermektedir.*

*H5d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi engellilik türüne göre farklılık göstermektedir.*

*H5e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği engellilik türüne göre farklılık göstermektedir.*

*H6a: Sağlık hizmetlerin engelliler için masrafları karşılayabilirliği engelliliğin nedenine göre farklılık göstermektedir.*

*H6b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi engelliliğin nedenine göre farklılık göstermektedir.*

*H6c: Engelliler için sağlık hizmetlerinin kalitesi engelliliğin nedenine göre farklılık göstermektedir.*

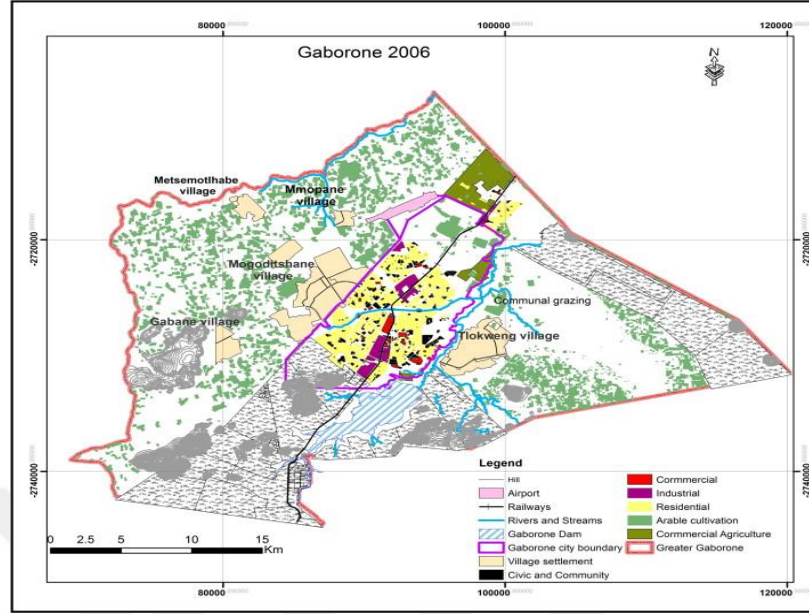
*H6d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi engelliliğin nedenine göre farklılık göstermektedir.*

*H6e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği engelliliğin nedenine göre farklılık göstermektedir.*

### **3.1.3. Evren ve Örneklem**

Çalışma Gaborone, Botsvana'da yapılmıştır. Araştırmanın Gaborone seçilmesinde Botsvana'nın başkenti olması ve Botsvana'daki engelli bireylere yönelik rehabilitasyon merkezlerinin ve organizasyonlarının çoğunun burada olmasından kaynaklanmaktadır. Şekil 3.2'deki harita Gaborone'nin Botsvana'daki yerini göstermektedir. Statistics Botswana (2018) tarafından hazırlanan 2017 Yılı Botswana Demografik Araştırma Raporu'na göre, Gaborone 234.775 toplam nüfusa sahiptir ve engellilerin 1.982'i erkek, 3.409'u kadın olan toplam 5.391 birey olduğu tahmin edilmektedir.

**Şekil 3.2. Gaborone Haritası**



**Kaynak:** <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212609013000307>

Bu araştırmanın örneklemini, Gaborone, Botsvana ve çevresinde farklı türdeki engeli bulunan 194 kadın ve 207 erkekten oluşturmaktadır. Bazı durumlarda engelli bireylerin bakıcıları da çalışmaya dâhil edilmiştir. Çünkü engelli bireylerle ilgilenen kişiler engelli bireylerin deneyimlerinin çoğu hakkında daha fazla bilgiye sahiplerdir. Veri toplama, araştırmanın çok önemli bir yönüdür çünkü toplanan bilgiler, teorik bir çerçevenin anlaşılmasına büyük ölçüde katkıda bulunmayı amaçlamaktadır (Bernard, 2002). Bu nedenle veri toplama yolunun ve veri toplamak için kullanılan örneklerin doğru bir şekilde toplanmış verilerden yapılan hataları kapsayamayacağı için doğru kararlarla seçilmesi gerektiği çok önemlidir (Tongco, t.y). Bu çalışmada, yargısal örnekleme olarak da bilinen amaçlı örnekleme tekniği kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme tekniği sahip oldukları nitelikleri nedeniyle kasıtlı bir katılımcı seçiminden oluşmaktadır. Bu rastlantısal olmayan teknik, altta yatan teori dizisine veya belirli sayıda katılımcıya bağlı değildir. Araştırmacı, neyin bilinmesi gerektiğine karar verir, bilgi ve deneyimlerine bağlı olarak bilgi vermeye istekli olan ve bilgi verebilen katılımcıları bulmaktadır (Bernard, 2002). Çalışmanın amacı, sağlık hizmetlerine erişim konusunda engelli bireylerden veri toplamaktır. Bu nedenle sadece engelli bireyler ve

bazı durumlarda engelli bireylerin bakıcıları mevcut olay hakkında araştırmacıyı bilgilendirmişler. Çalışmaya katılmak isteyen ve katılabilen katılımcılar rehabilitasyon merkezinin veya ev sahibi kuruluşların yönetimi aracılığıyla seçilmiştir.

Katılımcıların bilgi ve deneyimleri önemli olduğu kadar (Bernard, 2002) onların varlığı ve katılım istekliliği ile deneyimlerini ve fikirlerini açık, anlamlı ve yansıtıcı bir şekilde iletebilmeleri de aynı derecede önemlidir (Spradley, 1979). Araştırma kapsamında 401 kişiye ulaşılmış ve örneklem büyüklüğü 401 olacak şekilde araştırmaya devam edilmiştir. Tablo 3.1'de belirtildiği gibi, veriler üç rehabilitasyon merkezinden ve iki üniversitenin engellilik destek birimlerinden toplanmıştır. Katılımcıların ve kuruluşların kimliğini korumak amacıyla bu kuruluşları tanımlamak için gerçek isimlerinden farklı isimler kullanılmıştır.

**Tablo 3.1. Örneklem Büyüklüğünün Rehabilitasyon Merkezlerine Göre Dağılımı**

Örgüt	Örneklem Büyüklüğü
Rehabilitasyon Merkezi A	83
Rehabilitasyon Merkezi B	79
Rehabilitasyon Merkezi C	97
Üniversite A Engellilik Destek Birimi	68
Üniversite B Engellilik Destek Birimi	74
<b>Toplam</b>	<b>401</b>

#### 3.1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Beklendiği gibi çalışma sırasında karşılaşılan bazı sınırlılıklar vardır. Birincisi, çalışma sadece Gaborone'ye dayanmaktadır. Bu nedenle çalışmanın sonuçlarının Botsvana'da engelliler için sağlık hizmetlerine gerçek erişim durumunu yansıtmadığı söylenebilmektedir. İkinci olarak çalışmada, sınırlı sayıda rehabilitasyon merkezi ve veri toplama süreci için ayrılan süre nedeniyle sınırlı bir örneklem büyüklüğüne ulaşılmıştır. Ayrıca ankete katılanların çoğu dil ve engellilik kısıtlamaları nedeniyle anketleri kendi başlarına tamamlayamamış bu nedenle araştırmacının, zaman kısıtlamaları ile sonuçlanan anketi kendi kendine yönetmesi gerekmiştir. Son olarak bu çalışma kesitsel bir çalışmadır, bu nedenle sağlık hizmetlerine erişirken engelli kişilerin karşılaştıkları sorunların engelli olmaları ya da sağlık hizmetlerine erişim algılarının bir



sonucu olup olmadığını belirlemek için yeterli zaman sağlamamaktadır. Tüm bu sınırlamalara rağmen çalışma, sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimleri hakkında bir içgörü sağlamak ve toplumda müdahale gerektiren bir sorunu vurgulamaktadır.

### **3.1.5. Veri Toplanma Aracı ve Verilerin Toplanması**

Bu araştırmada yüz yüze anket tekniği kullanılmıştır. Scheuren'e (2004) göre, anket basit bir örneklemeden veri toplamak için kullanılan bir araştırma yöntemini ifade etmektedir. Bir anket yönteminin süreci; hedeflerin tanımlanması, anket çerçevesinin seçilmesi ve örnek tasarım üzerinde karar verilmesi ile başlamaktadır. Mevcut çalışmaya benzer bir anket, alanyazın taraması sırasında geliştirilen bazı hipotezleri bir dizi oluşturulmuş araştırma sorusu ile test etmektedir. McIntyre (1999), anketlerin tanımlanmış örneğin ayrıntılarının çıkarılmasını sağlayan demografik bilgilerin toplanmasında yararlı olduğunu bildirmektedir.

Bir anket, büyük bir örneklem büyüklüğünden nicel bilgilerin sistematik olarak toplanmasında çok etkilidir. Bu çalışmada Gaborone'de engelli insanlara 401 anket dağıtmıştır. Çalışmada, nispeten büyük bir nüfus büyüklüğünden veri toplamak amacıyla anketler kullanılmıştır. Çoğunlukla anketler yoluyla daha geniş bir popülasyondan seçilen bir örnekten toplanan veriler, daha geniş popülasyonu “temsil etmek” için kullanılmaktadır (Rowley, 2014). Anketteki maddeler Shakespeare ve arkadaşlarının (2018) sağlık hizmetlerine erişim boyutlarına dayanarak araştırmacı tarafından formüle edilmiş ve araştırmanın amacına uyarlanmıştır. Bu boyutlar; masrafları karşılayabilirlik, coğrafi erişilebilirlik, kabul edilebilirlik, kullanılabilirlik ve kalite içermektedir. Anket formu sırasıyla Ek 1, 2 ve 3'te belirtildiği gibi Türkçe, İngilizce ve Tswana'ya çevrilmiştir. Anket aracı, araştırmanın araştırma popülasyonu dikkate alınarak bu üç dile çevrilmiştir. Ankette demografik özellikleri tespit etmeye yönelik cinsiyet, yaş, medeni durum, din, eğitim durumu, istihdam durumu, aylık gelir ve engellilik ile ilgili sorular sorulmuştur. Katılımcılara sağlık hizmetlerine erişirken yaşadıkları deneyimler hakkında sorular sorulmuştur. Anketin bu kısmı 5 puan

üzerinden Likert tipi ölçek ile ölçülen 34 ifadeden oluşmaktadır. Ankete katılan engellilerin ifadelere katılma düzeyi hiç katılmıyorsa “1”, tamamen katılıyorsa “5” puan aralığında değerlendirilmiştir.

### **3.1.6. Verilerin Analizi**

Ankete katılanlardan toplanan nicel verilerin analizinde Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi (SPSS) kullanılmıştır. Öncelikle, anketler toplanmış ve araştırmacılar katılımcıların gerekli tüm bilgileri doldurup doldurmadığını kontrol etmiştir. Veri eksik olmadığından emin olmak için araştırmacı toplanan verileri Word Excel Programına kaydetmiştir. Veriler daha sonra kodlanmıştır ve SPSS paket programına aktarılmış, ardından veriler analiz edilmiştir. Sonuçları açıklamak için frekanslar, ortalamalar, yüzdeler ve standart sapmalar kullanılmış ve veriler tablo, grafik ve şekillerle gösterilmiştir.

Ankette yer alan ifadeleri, engelli bireyler için sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili boyutlandırmak için açılımlı faktör analizi yapılmıştır. Ayrıca verilerin normalliğini belirlemek için bir normallik testi yapılmış ve her boyutun basıklık ve çarpıklık değerleri kaydedilmiştir. SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılarak örneklemin demografik özellikleri araştırmanın amacına bağlı verilen hipotezi test etmek için sağlık hizmetlerine erişimin boyutları ile karşılaştırılmıştır. İki gruba sahip değişkenler için bağımsız örneklem t-testi, iki gruptan daha fazlasına sahip değişkenler için ANOVA analizi kullanılmıştır. ANOVA analizinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlarda bulunan farkın kaynağını belirlemek için Tukey analizi kullanılmıştır. Engellilerin sağlık hizmetlerine erişim boyutlarının cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için bağımsız örneklem t-testi kullanılmıştır.

## **3.2. BULGULAR**

Bu bölüm, Botsvana'da engelliler için sağlık hizmetlerine erişim konusunda veri toplama sırasında elde edilen bulgulardan oluşmaktadır. SPSS 22.0 ile analiz sonuçları tablo ve grafiklerde sunulacaktır.

### 3.2.1. Demografik Bulgular

Bu kısım katılımcıların demografik bilgilerini içermektedir. Demografik bilgiler; yaş, cinsiyet, medeni durum, din, eğitim durumu, iş durumu ve aylık gelirlerinden oluşmaktadır. Ek olarak bu kısım engellilik durumlarına ilişkin sorular da içermektedir.

**Tablo 3.2. Cinsiyet ve Yaş Dağılımı**

		Cinsiyet				Genel Toplam	
		Erkek		Kadın		N	%
		N	%	N	%		
Yaş	17-24	128	31,9	102	25,4	230	57,3
	25-35	77	19,2	82	20,5	159	39,7
	36-45	2	0,5	6	1,5	8	2,0
	46-55	0	0,0	2	0,5	2	0,5
	56+	0	0,0	2	0,5	2	0,5
	Genel Toplam	207	51,6	194	48,4	401	100

Tablo 3.2’de belirtildiği gibi katılımcıların cinsiyet ve yaş dağılımı oldukça benzerdir. Araştırmada elde edilen bulgular, katılımcıların yarısından fazlasının (n=207, %51.6) erkek katılımcı ve (n=194, %48.4) kadın katılımcı olduğunu göstermektedir. Erkekler ve kadınlar arasındaki kaydedilen frekans farkı göreceli olarak düşüktür. Bu durum hem Gaborone'deki kadınlara hem de erkeklere, farklı rehabilitasyon merkezlerinde ve kurumlarda engelliler için sunulan hizmetlerden yararlanmak için eşit fırsat verildiğinin bir göstergesi olabilmektedir. Çalışma için kaydedilen en genç yaş 17, en yaşlı yaş 79, ortalama yaş 24 (SS = 6,9), medyan yaş 22 dir. Veriler, 17-24 yaşları arasındaki katılımcıların en yüksek frekansı (n=230, %57.3) kaydettiğini ve ardından 25-35 yaş grubunu (n=159, %39.7) kaydettiğini belirtmiştir. 36 yaş ve üstü katılımcılar, örneklemin sadece %3'ünü temsil etmiştir. Bu çalışma için kaydedilen çarpık cinsiyet dengesi, verilerin en çok rehabilitasyon merkezlerinden toplanmış olmasından ve rehabilitasyon merkezlerinin yönetimine göre çoğunlukla 30 yaşın altında olan engelli kişileri kayıt altına almasından kaynaklanmaktadır.

**Tablo 3.3. Engellilerin Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı**

<b>Medeni Durumu</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Bekar	355	88.5
Evli	42	10.5
Dul	2	0.5
Boşanmış	2	0.5
<b>Din</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Hristiyanlık	323	80.5
İslam	2	0.5
Afrika Geleneksel	68	17.0
Diğerleri	8	2.0
<b>Eğitim Durumu</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Eğitim yok	18	4.5
İlköğretim	100	24.9
Ortaokul Mezunu	133	33.2
Lisans Eğitimi	56	14.0
Lisansüstü Eğitimi	86	21.4
<b>Aylık Gelir</b>		
<b>Botsvana Pula (BWP)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
0-1000	273	68.1
1001-2000	76	19.0
2001-3000	20	5.0
3001-4000	10	2.5
4001-5000	14	3.5
5001-6000	4	1.0
6001+	4	1.0
<b>İstihdam Durumu</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Çalışan	28	7.0
İşsiz	313	78.1
Kendi işinde çalışan	58	14.5
Emekli	2	0.5

Katılımcıların diğer demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 3.3'de verilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre katılımcıların çoğu (n=355, %88.5) bekâr, %10.5'i evli, geri kalanı (n=4, %1) dul ya da boşanmıştır. Katılımcıların çoğu (n=323, %80.5), Hristiyan dinine, ardından Afrika geleneksel dinine (n=68, %17), %0.5'i İslam dinine bağlı olduğunu bildirmişlerdir. Katılımcıların bazıları (n=8, %2) inançsız olduklarını belirtmişlerdir. Botsvana, çoğunlukla Hristiyan dininin egemen olduğu bir ülke olmasından dolayı çoğu katılımcının Hristiyan olması beklenmektedir.

Araştırmaya katılanlardan 133 katılımcı (%33.2) ortaokul mezunu iken, 100 katılımcının (%24.9) ilköğretim mezunu ve 86 katılımcının (%21.4) lisans eğitimi aldıkları görülmektedir. Toplamda 56 kişi de (%14) lise sertifikası aldıklarını, yalnızca 18 katılımcının (%4.5) herhangi bir eğitim almadığını ve 8 katılımcının (%2) lisansüstü eğitim aldığı anlaşılmaktadır. Katılımcıların çoğunluğu 313 kişi ile (%78.1) işsiz olduklarını belirtmişlerdir. Bu durum da katılımcıların arasında yüksek bir işsizlik oranı olduğunu göstermektedir. Katılımcılardan 58 kişi (%14.5) kendi işinde çalışan, 28 kişi (%7) herhangi bir işte çalışan ve 2 kişinin de (%0.5) emekli olduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların yüksek işsizlik oranının gösterdiği gibi aylık gelir oranı düşüktür. Katılımcıların bazıları gelirlerinin olmadığını belirtmişler ve kaydedilen en yüksek gelir (6500 BWP = 3618 TL) olmuştur. Toplam (n = 369, % 92.1) aylık gelirlerinin altında (3000 BWP = 1670 TL) olduğunu belirtmişlerdir. Kaydedilen ortalama aylık gelir 879,78 BWP dir.

### 3.2.2. Engellilik Özellikleri

Bu kısım, katılımcıların farklı engellilik özellikleri ile ilgili sonuçları sunmaktadır. Bu kısım engellilik türleri, engellilik nedenleri ve engelliler için politika yararlarıyla ilgili bilgi içermektedir.

**Tablo 3.4. Engellilik Türü ve Cinsiyete Göre Dağılımı**

		Cinsiyet				Toplam	
		Erkek		Kadın		N	%
		N	%	N	%		
Engellilik türü	Duyusal	59	14.7	50	12.5	109	27.2
	Fiziksel	64	15.9	56	14.0	120	29.9
	Zihinsel	10	2.5	16	4.0	26	6.5
	Sosyal	74	18.5	72	17.9	146	36.4
Toplam		207	51.6	194	48.4	401	100

Engellilik türü ve cinsiyete göre dağılımı, Tablo 3.4'te belirtildiği gibi nispeten benzerdir. Katılımcıların çoğunluğu (n=146, %36.4) sosyal engelli, (n=120, %29.9) ve (n=109, %27.2) sırasıyla fiziksel engelli ve duyuşal engelli olduklarını ifade etmişlerdir. Zihinsel engellilik (n=26, %6.5) kişi ile en az kaydedilen engellilik türüdür. Gaborone'deki rehabilitasyon merkezleri çoğunlukla sosyal, fiziksel ve duyuşal

engellileri hedef aldığından bu tür engelli katılımcılara kolayca erişilmiştir. Botsvana'da zihinsel engelli bireyler için rehabilitasyon merkezi, Gaborone'ye 74 km uzaklıkta olan Lobatse'de bulunmaktadır. Bu nedenle çalışmaya zihinsel engelli sadece birkaç katılımcı katılmıştır.

**Tablo 3.5. Engellilik Türü ve Engelliliğin Nedenine Göre Dağılımı**

		Engelliliğinizin nedeni nedir?						Toplam	
		Doğuştan engelim var		Hastalık gerektiren engelim var		Engelim sonradan (kaza vb.) oldu			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Engellilik türü	Duyusal	63	15.7	33	8.2	13	3.2	109	27.2
	Fiziksel	54	13.5	26	6.5	40	10.0	120	29.9
	Zihinsel	4	1.0	18	4.5	4	1.0	26	6.5
	Sosyal	140	34.9	4	1.0	2	0.5	146	36.4
Toplam		261	65.1	81	20.2	59	14.7	401	100

Tablo 3.5'de belirttiği gibi, engelliliğinin nedeni sorulduğunda, çoğu katılımcı (n=261, %65.1) doğuştan engelli olduklarını, katılımcıların (n=81, %20.2) engelliliklerinin hastalıklarının bir sonucu olduğunu, (n=57, %14.7) engelliliklerinin kaza nedeniyle ortaya çıktığını ifade etmişlerdir. Engellilik tür ve nedenlerine göre katılımcıların çoğu doğuştan engellilik türlerini edinmiştir ancak zihinsel engeli olan çoğu katılımcı, engelliliklerinin bir hastalık sonucu olduğunu belirtmişlerdir.

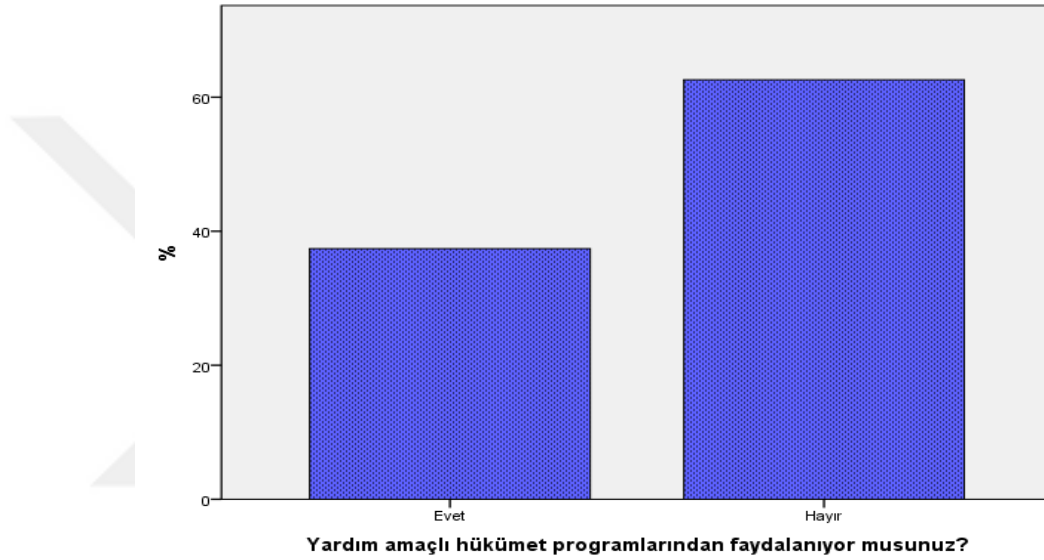
**Tablo 3.6. Cinsiyet ve Engelliliğin Nedenine Göre Dağılımı**

		Engelliliğinizin nedeni nedir?						Toplam	
		Doğuştan engelim var		Hastalık gerektiren engelim var		Engelim sonradan (kaza vb.) oldu			
		N	%	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet	Erkek	132	32.9	38	9.5	37	9.2	207	51.6
	Kadın	129	32.2	43	10.7	22	5.5	194	48.4
Toplam		261	65.1	81	20.2	59	14.7	401	100

Tablo 3.6'da sunulan engellilik nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı ile ilgili olarak doğumdaki engellilik dağılımı, hem erkekler (n=132, %32.7) hem de kadınlar (n=129, %32.2) için oldukça benzerdir. Bununla birlikte kadınlar (n=43, %10.7) çoğunlukla engelliliğinin erkeklerle (n=38, %9.5) karşılaştırıldığında hastalıklara bağlı

olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde erkekler (n=37, %9.2) çoğunlukla engelliliğinin, kadınlar için kaydedilen birkaç örneğe (n=22, %5.5) kıyasla kazalardan kaynaklandığını bildirmişlerdir. Son olarak sonuçlara göre, engelli oldukları süre boyunca kaydedilen minimum süre 3 yıl, maksimum süre 36 yıldır. Medyan 18, ortalama 18, standart sapma 7.07 olarak gerçekleşmiştir.

### Şekil 3.3. Yardım Amaçlı Hükümet Programlarından Faydalanma



Şekil 3.3'te belirtildiği gibi, katılımcıların çoğunluğu (n=251, %62.6) engelli insanlara yardım etmeyi amaçlayan hükümet programlarından yararlanmamaktadır. Sadece katılımcılardan 150 kişi (%37.4) bu programlardan yararlandığını bildirmiştir. Tablo 3.7 incelendiğinde, sosyal engelli katılımcıların çoğunlukla (n=122, %30.4) hükümet programlarından faydalanmadıklarını, duyuusal engelli katılımcılarının (n=60, %15) devlet programlarından faydalandığı bildirilmiştir.

**Tablo 3.7. Engellilik Türü ve Yardım Amaçlı Hükümet Programlarından Faydalanma Durumuna Göre Dağılımı**

		Yardım amaçlı hükümet programlarından faydalaniyor musunuz?				Toplam	
		Evet		Hayır		N	%
		N	%	N	%		
<b>Engellilik türü</b>	Duyusal	60	15.0	49	12.2	109	27.2
	Fiziksel	58	14.4	62	15.5	120	29.9
	Zihinsel	8	2.0	18	4.5	26	6.5
	Sosyal	24	6.0	122	30.4	146	36.4
<b>Toplam</b>		150	37.4	251	62.6	401	100

Hükümet programlarının engellilik nedenlerine göre dağılımının nispeten eşit olduğu gösterilmesine rağmen, engelli olarak doğan katılımcıların çoğunluğunun (n=179, %44.6), engelli insanlara yardım etmeyi amaçlayan hükümet programlarından yararlanamadıklarını bildirdikleri görülmektedir (bkz. Tablo 3.8). Bu durum engelli insanlara yardım etmeyi amaçlayan mevcut programların uygulanmasında sorunlar olduğu anlamına gelebilmektedir.

**Tablo 3.8. Yardım Amaçlı Hükümet Programlarından Faydalanma ve Engelliliğin Nedenine Göre Dağılımı**

	Engelliliğinizin nedeni nedir?						Toplam		
	Doğuştan engel var	engelim		Hastalık gerektiren engelim var	Engelim sonradan (kaza vb.) oldu		N	%	
		N	%		N	%			
Yardım amaçlı hükümet programlarından faydalaniyor musunuz?	<b>Evet</b>	82	20.4	36	9.0	32	8.0	150	37.4
	<b>Hayır</b>	179	44.6	45	11.2	27	6.7	251	62.6
<b>Toplam</b>		261	65.0	81	20.2	59	14.7	401	100

### 3.2.3. Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Erişim Algılarına Yönelik İfadeleri

Tablo 3.9’da sağlık hizmetlerine erişirken katılımcıların deneyimleri ile ilgili ifadelere verdikleri cevapların aritmetik ortalama ve standart sapmaları verilmiştir.



**Tablo 3.9. Sağlık Hizmetlerine Erişim İle İlgili İfadelerde Engelli Kişilerin Puanlarının Dağılımı**

İFADELER	Ort.	SS
1. Hastanelere/kliniklere ulaşımında zorluk çekiyorum.	2.71	1.241
2. Hastane/klinik, ulaşım açısından doğru yere kurulmuştur.	3.44	1.016
3. Evim, hastaneden/klinikten çok uzaktadır.	2.89	1.252
4. Hastaneye/kliniğe giderken bana eşlik edecek hiç kimsem yok.	2.32	1.260
5. Tıbbi faturalarımı karşılayacak finansal yeteneğim yok.	3.21	1.166
6. Hastane/klinikten aldığım sağlık hizmetlerini karşılayamıyorum.	3.31	1.170
7. Hastane/klinikten aldığım tedaviyi karşılayamıyorum.	3.34	1.146
8. Sağlık tesislerinde konaklama yetersizdir.	3.20	1.170
9. Tıbbi tedavilerimi kapsayacak sigortam yok.	3.28	1.217
10. Hastaneye/kliniğe gitmeye gerek duymuyorum.	1.94	.995
11. Ailem hastaneye/kliniğe gitmeme gerek duymuyor.	1.53	.854
12. Hastane/kliniğe gitmemi engelleyen başka nedenlerim var.	2.33	1.215
13. Hastanelerde/kliniklerde sunulan hizmetler hakkında bilgim yok.	2.55	1.168
14. Tedavi için nereye gidileceğini bilmiyorum.	2.21	1.013
15. Sağlık hizmeti aramaktan korkuyorum.	2.20	1.169
16. Hastaneye/kliniğe gitmeye inanmıyorum.	1.94	.925
17. Bana yardımcı olmak için yapılabilecek hiçbir şey olduğunu sanmıyorum.	2.44	1.348
18. Sağlık personelinin sorunumu gizli tutacağına güvenmiyorum.	2.49	1.213
19. Durumumdan utanıyorum.	2.15	1.165
20. Sağlık tesislerine erişimde fiziksel engeller (örn. Tekerlekli sandalye rampası ve asansör eksikliği) yaşadım.	2.36	1.360
21. İhtiyacım olan sağlık hizmetleri hastane/klinikte mevcut değil.	2.86	1.166
22. Klinikte/hastanede bekleme süresi çok uzundur.	3.76	1.172
23. Reçeteli ilaçlar çoğunlukla mevcut değildir.	3.64	1.162
24. Hastanelerdeki ve kliniklerdeki tedavilerim için ekipman yetersizliği var.	3.09	1.204
25. Sağlık hizmetlerine erişmeye çalıştım ancak reddedildi.	1.74	.874
26. Hastanede/klinikte olduğumda bana yardımcı olacak bir doktor bulmak zor.	3.01	1.290
27. Sağlık hizmetlerine erişirken ayrımcılık ya da kötü muamele yaşadım.	1.82	.849
28. Sağlık hizmeti sunanlar, engellilik durumum hakkında farkındalıktan yoksun.	2.30	1.255
29. Daha önce sağlık hizmetlerine erişirken kötü bir deneyim yaşadım.	2.10	1.088
30. Sağlık hizmeti sağlayıcısı ile kötü bir ilişki yaşadım.	1.86	.807
31. Sağlık hizmeti sağlayıcısı, bana bakım vermeyi reddetti.	1.81	.637
32. Sağlık hizmeti sağlayıcıların becerileri yetersizdir	2.28	.952
33. Sağlık hizmetlerine erişirken iletişim engellerini (örneğin, servis sağlayıcı tarafından braille iletişim becerilerinin eksikliği) yaşadım.	2.28	1.334
34. Tesislerin standardı yeterlidir.	2.37	1.067

Tanımlayıcı istatistiklerde belirtildiği gibi Tablo 3.9'da sonuçlanan 34 ifadeden kaydedilen aritmetik ortalama puanlar, katılımcıların sağlık hizmetlerine erişirken yaşadıklarını önemli ölçüde etkileyen faktörlerin olduğunu ortaya koymuştur. İfadelerin 27'si 2.00'dan daha büyük bir ortalamaya sahipken, yalnızca 7 ifadesi 2.00'dan düşük bir ortalama puana sahiptir. İfadeler 2, 5, 6, 7, 8, 9, 22 ve 23, 3.20'den büyük ortalama

puanlar almıştır. Bu durum katılımcıların hastane/klinik, ulaşım açısından doğru yere kurulduğunu (3.44); tıbbi faturalarını karşılayacak finansal yeteneğin olmadığını (3.21); hastane/klinikten aldığı sağlık hizmetlerini karşılayamadığını(3.31); hastane/klinikten aldığı tedaviyi karşılayamadığını (3.34); sağlık tesislerinde konaklamanın yetersiz olduğunu (3.20); tıbbi tedavilerini kapsayacak sigortası olmadığını (3.28); hastane/Klinikte bekleme süresi çok uzun olduğunu (3.76) ve reçeteli ilaçlar çoğunlukla mevcut olmadığını (3.64) kabul ettiklerini ifade etmektedir. Sonuçlar en yüksek ortalamaya sahip ifadenin 22. ifade olduğunu; “*Klinikte/ hastanede bekleme süresi çok uzun*” (ortalama=3.76, SS=1.17) ve en düşük ortalama 11. “*Ailem hastaneye/kliniğe gitme ihtiyacımı algılamıyor*” (ortalama=1.53, SS=0.85) ifadesidir. Kaydedilen Standart Sapmalar çoğunlukla 1.10'dan büyüktür ve bu da katılımcıların yanıtlarında önemli bir değişiklik olduğunu göstermektedir.

#### **3.2.4. Faktör Analizi Sonuçları**

Verilerle daha anlaşır yorumlar yapabilmek için engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili 34 ifade için açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Analizde, varimax döndürme ile temel bileşen analizi (Principal Component Analysis) kullanılmıştır. Varimax ile gerçekleştirilen faktör analizinde toplam 11 ifade (10, 4, 2, 20, 31, 11, 33, 18, 26, 34, 21), 0.30'un sınırının altında faktör yükü oluşmuştur ve bazı ifadeler çapraz yüklemeye yer almıştır. Bu nedenle bu ifadeler faktör analizinden çıkarılmıştır. Sonuç olarak, faktör analizi için 23 madde seçilmiş ve 5 faktörlü bir ölçek ortaya çıkmıştır. Bu boyutlar; masrafları karşılayabilirlik (4 ifade sayısı), deneyim (7 ifade sayısı), kalite (4 ifade sayısı), kabul edilebilirlik (4 ifade sayısı) ve erişilebilirlik (4 ifade sayısı) olarak araştırmacı tarafından isimlendirilmiştir. Bu analiz sunucunda oluşan faktörler Tablo 3.10'da gösterilmektedir.

**Tablo 3.10. Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi ile İlgili İfadelerin Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları**

Alt Boyutlar ve İfadeler	Faktör Yükleri	Varyans Açıklama Oranı (%)	Güvenirlilik Katsayısı (Cronbach Alpha)
<b>Faktör 1: Masrafları Karşılabilirlik</b>			
6. Hastane/klinikten aldığım sağlık hizmetlerini karşılayamıyorum.	.933	14.694	0.83
7. Hastane/klinikten aldığım tedaviyi karşılayamıyorum.	.908		
5. Tıbbi faturalarımı karşılayacak finansal yeteneğim yok.	.840		
9. Tıbbi tedavilerimi kapsayacak sigortam yok.	.524		
<b>Faktör 2: Deneyim</b>			
30.Sağlık hizmeti sağlayıcısı ile kötü bir ilişki yaşadım.	.721	15.682	0.61
29. Daha önce sağlık hizmetlerine erişirken kötü bir deneyim yaşadım.	.637		
27.Sağlık hizmetlerine erişirken ayrımcılık ya da kötü muamele yaşadım.	.567		
25.Sağlık hizmetlerine erişmeye çalıştım ancak reddedildi.	.542		
24. Hastanelerdeki ve kliniklerdeki tedavilerim için ekipman yetersizliği var.	.431		
19. Durumumdan utanıyorum.	.424		
8. Sağlık tesislerinde konaklama yetersizdir.	.394		
<b>Faktör 3: Kalite</b>			
28. Sağlık hizmeti sunanlar, engellilik durumum hakkında farkındalıktan yoksun.	.678	8.518	0.50
32.Sağlık hizmeti sağlayıcıların becerileri yetersizdir	.656		
12.Hastane/kliniğe gitmemi engelleyen başka nedenlerim var.	.476		
13.Hastanelerde/kliniklerde sunulan hizmetler hakkında bilgim yok.	.388		
<b>Faktör 4: Kabul edilebilirlik</b>			
15. Sağlık hizmeti aramaktan korkuyorum.	.759	9.006	0.58
14. Tedavi için nereye gidileceğini bilmiyorum.	.663		
16. Hastaneye/kliniğe gitmeye inanmıyorum.	.588		
17. Bana yardımcı olmak için yapılabilecek hiçbir şey olduğunu sanmıyorum.	.499		
<b>Faktör 5: Erişilebilirlik</b>			
3. Evim, hastaneden/klinikten çok uzakta.	.739	9.392	0.51
1.Hastanelere/kliniklere ulaşımında zorluk çekiyorum.	.638		
22. Klinikte/ hastanede bekleme süresi çok uzundur.	.478		
23. Reçeteli ilaçlar çoğunlukla mevcut değildir.	.418		

**KMO:0.805 Barlett Testi: 2453,351, p<0.000**

Çalışmada kullanılan anketin yapısal geçerliliğini test etmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testi kullanılmıştır. Tablo 3.10'da belirtildiği gibi, çalışmada kullanılan ölçek için KMO değeri 0.805'tir ( $p = 0.000 < 0.05$ ). KMO, 0.600'den büyük ve Barlett testinin değeri anlamlıdır. Bu durum da ölçeğin yapı geçerliliğini karşıladığının bir göstergesidir (Büyüköztürk, 2010). Yapılan faktör analizi sonucuna göre 5 faktör varyansın %57.29'unu açıklamaktadır. Bu 5 faktör incelenirken; %15'i masrafları karşılayabilirlik boyutunun varyans yüzdesini açıklamış; %16'sı deneyim boyutunun varyans yüzdesini açıklamış; %9 kalite boyutunun varyans yüzdesini açıklamış; %9'u kabul edilebilirlik boyutunun varyans yüzdesini açıklamış ve %9'u erişilebilirliğin varyans yüzdesini açıklamıştır. Bu nedenle bu 5 boyut kullanılarak elde edilen sağlık hizmetlerine erişime engelli bireylerin algı düzeyinin, engelli kişilerin sağlık hizmetlerine erişebilirliğini yansıtmak için kullanılabilmesi söylenebilmektedir. Elde edilen faktörler şu şekilde isimlendirilmiştir:

**Faktör 1 (Masrafları karşılayabilirlik):** 4 ifadeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.933 ile 0.524 arasında değişmektedir. Bu faktör için Cronbach alfa değeri 0.83'tür ve bunun da güçlü bir güvenilirliğe işaret ettiğini ortaya koymuştur.

**Faktör 2 (Deneyim):** 7 ifadeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.721 ile 0.394 arasında değişmektedir. Bu faktörün Cronbach alfa değeri 0.61'dir.

**Faktör 3 (Kalite):** 4 ifadeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.678 ile 0.388 arasında değişmektedir. Cronbach alfa değeri 0.50'dir.

**Faktör 4 (Kabul edilebilirlik):** 4 ifadeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.759 ile 0.499 arasında değişmektedir. Cronbach alfa değeri 0.58'dir.

**Faktör 5 (Erişilebilirlik):** 4 ifadeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0.739 ile 0.418 arasında değişmektedir. Cronbach alfa değeri 0.51 ile orta derecede güvenilirlik puanları elde etmiştir. Hinton ve diğerlerine (2004) göre, Alfa puanı 0.75'in üzerinde olan bir ölçek genellikle yüksek güvenilirliği gösterir ve 0.5 ila 0.75 Alfa puanları da kabul edilebilir, çünkü orta derecede güvenilir bir ölçek gösterirler. Ayrıca, Özdamar

(2017: 113-114) Cronbach alfa değeri 0.50 ila 0.60 bir ölçeğin düşük bir güvenilirliğe sahip olduğunu, ancak ölçek olarak kullanılabileceğini ve geliştirilmesi gerektiğini savunmaktadır. 0.5'in altındaki puanlar çoğunlukla düşük güvenilirlik ölçeğini gösterdikleri için kabul edilemez. Çalışmanın düşük eğitim seviyesi bildiren ve okuduğunu anlama becerileri bildiren engelli insanlara dayandığı belirtilmelidir. Shepperd ve arkadaşları (2016), bir çalışmanın örneklemini aşan eğitim ve okuma anlama becerileri gerektiren bir araç kullanması durumunda düşük güvenilirliğin ortaya çıkabileceğini ifade etmişlerdir. Bu nedenle, örneklerin nitelikleri göz önüne alındığında, bu çalışma için 0.50'nin üzerinde bir alfa puanının orta derecede güvenilir olduğu kabul edilebilmektedir.

**Tablo 3.11. Engelliler İçin Sağlık Hizmetlerine Erişimle İlgili Boyutların Psikometrik Özellikleri**

Boyutlar	İfade Sayısı	Farklılık	Ort.	SS	Normalik Testi	
					Skewness (Çarpıklık)	Kurtosis (Basıklık)
Masrafları Karşılayabilirlik	4	1.00 – 5.00	3.284	0.958	-0.413	-0.968
Deneyim	7	1.14 – 4.00	2.278	0.566	0.863	0.724
Kalite	4	1.00 – 4.25	2.363	0.730	0.466	-0.352
Kabul Edilebilirlik	4	1.00 – 4.75	2.198	0.750	0.727	0.433
Erişilebilirlik	4	1.75 – 5.00	3.251	0.766	-0.010	-0.629

Araştırmanın amacını göz önünde bulundurarak araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik testleri yapılmıştır. Tabachnick'e (2013) göre basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri -1.5 ile +1.5 arasındaysa, veri setinin normal dağılmış olduğu söylenebilir. Buna göre, Tablo 3.11'deki çarpıklık ve basıklık ait istatistiki değerlerden görülebileceği gibi veri setinin normal dağılım gösterdiği sonucuna varılmıştır.

**Masrafları Karşılayabilirlik Boyutu:** Bu boyut, katılımcıların sağlık hizmetlerini finansal olarak karşılayabilmelerine odaklanan ifadeler içermektedir. Bu ifadeler arasında finansal kabiliyet unsurları ve sağlık sigortasının mevcudiyeti bulunmaktadır. Tablo 3.11 incelendiğinde bu boyutun aritmetik ortalaması 3.284 ve standart sapması 0.288 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar, engelli bireylerin çoğunun

finansal yeteneklerinin olmadığı, sağlık sigortasına sahip olmadığı ve tıbbi tedavilerini ve diğer sağlık hizmetlerini karşılayamayacakları anlamına gelebilmektedir.

Bu aynı zamanda katılımcıların sağlık hizmetlerine erişirken yaşadıkları bazı deneyimleri yazmalarını gerektiren açık uçlu bir soruya verilen cevapları tarafından da desteklenmektedir. Bu cevaplar, katılımcı 1 ile 401 arasında (K1-K401) değişen katılımcılara atanan numaraya göre etiketlenmiştir. K96 tarafından yapılan bir açıklamada, engelli bireylerin çoğunun finansal problemlerinin olduğu açıktır. Bununla birlikte, Botsvana Hükümeti'nin herhangi bir kamu sağlık tesisinde sağlık hizmetlerinin herhangi bir ödeme yapmadan her vatandaşa sağlanmasına olanak tanıyan Temel Sağlık Hizmetleri Modeli'ni kullandığı belirtilmelidir. Bu nedenle bu çalışmada elde edilen sonuçlar, engellilerin kendi tıbbi faturalarını ödemeleri gerektiğinde, karşılayamayacaklarını algıladıkları anlamına gelebilmektedir.

**Deneyim Boyutu:** Bu boyut, sağlık hizmetlerine erişirken engellilerin deneyimlerini değerlendiren ifadelerden oluşmaktadır. Katılımcıların engelli olmaları nedeniyle herhangi bir ayrımcılık ve eşitsizlikle karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir. Sonuçlara göre, bu boyutun aritmetik ortalaması 2.278 ve standart sapması 0.566 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar katılımcıların düşük düzeyde ayrımcılık ve eşitsizlik yaşadıklarını göstermektedir. Bununla birlikte bazı katılımcılar sağlık hizmetlerine erişirken kötü deneyimler yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Örneğin, katılımcılar hizmetlere erişimlerinin reddedildiğini bildirmişlerdir.

*“Bir kaza geçirdiğimde **Doktorlar beni ameliyat etmeyi reddetti** çünkü onlar genç olduğumu söylediler. Belki o zaman beni ameliyat etselerdi engelli olmazdım” (K17).*

*“**Doktorlar durumumda bana yardım etmeyi reddetti çünkü yardım etmek için çok yaşlı olduğumu söylüyorlar ve kemiklerim de yardım için hiçbir şey yapılamayacak bir aşamadalar**” (K49).*

*“Hastaneye gittim ve daha önce tıbbi kayıtlarımı istediklerini söyledikleri için bana yardım etmeyi reddettiler” (K57).*

*“Geçen yıl tıbbi kayıt kartım olmadan hastaneye gittim ve **hemşire bana yardım etmeyi reddetti** ve kartı getirmemde ısrar etti” (K85).*

Bu yapılan açıklamalar, farklı nedenlerden dolayı hizmetleri reddedilen bazı insanlar olduğunu göstermektedir. Bu nedenler arasında doktorların hizmet sunmama konusundaki takdirleri ve hastaların tıbbi geçmişlerini gösteren tıbbi kartlar verememeleri sayılabilmektedir. Ne yazık ki, bazı durumlarda hizmetlerin reddedilmesi bazı katılımcıların engelli olmasına neden olmuştur. Sonuçlar göz önüne alındığında, engellilerin ayrımcılığa uğramadan sağlık hizmetlerine erişebildiklerini ve sağlık personelinin engelli insanlara karşı olumlu tutumları olduğunu gösterdiği tartışılabilmektedir. Ancak, bazı katılımcıların ayrımcılık ve engelli insanlara yönelik olumsuz tutumların olduğunu düşündüğü birkaç ifade vardır. Aşağıda bu ifadelere yer verilmektedir:

*“Ben körüm, bu yüzden hastanede dolaşmak benim için çok zor. Hastanede yatmam gereken bir zaman vardı ve tuvaleti kullanmam gerekiyor, ne yazık ki gidemedim çünkü nereye gittiğimi göremedim. Ayrıca **hemşirelerin bana yardım etmeleri çok zaman aldı çünkü tembel olduğumu düşünüyorlardı**” (K40).*

*“Bir gün kliniğe gittim çünkü kendimi iyi hissetmiyordum. Kendimi hemşireye ifade etmeye çalışırken, başka bir hemşireye gelip beni işaret dili kullanarak görmeye çağırdı. **Aşağılanmış hissettim**. Ayrıca işaret dilini çevirmeme yardım edecek birini getirmediğimde bana nasıl yardım edeceğimi bilmediğini de söyledi. Sonra bana sorunumun ne olduğunu yazmam için bir kâğıt verdi (K71).*

Bu ifadeler, engelli kişilerle çalışma konusunda kişisel becerileri olmayan bazı sağlık personelinin bulunmadığını ima etmektedir. Benzer şekilde, engellileri küçük düşüren durumlar da vardır. Ne yazık ki, bu tür deneyimler engellilerin kendi

durumlarından utandıkları durumlarda ortaya çıkmaktadır. Katılımcılardan birinin düşüncesine aşağıda yer verilmektedir:

*“Bazen engelli bireyler, doktorlar/hemşirelere sorunlarını söylemekten utanırlar” (K29).*

Buna ek olarak, bazı katılımcılar hastanelerde/kliniklerde tedavileri için gerekli ekipmanların mevcut olmadığını bildirmiştir. Bu, bazı katılımcıların yaptığı açıklamalardan desteklenmektedir:

*“Bazen ekipman eksikliğinden dolayı muayene için diğer hastanelere başvuruyoruz” (K25).*

*“Bazı hastanelerde daha fazla tıbbi ekipmana ihtiyaç duyulur, örneğin Marina Hastanesi’nde bazı hastalar yatak yetersizliği nedeniyle yerde uyumak zorunda kalmaktayız” (K30).*

*“Ekipman ve ilaç eksikliğinden dolayı hizmet yetersizdir” (K122).*

*“Bir keresinde hastaneye yatırıldım ve yerde uyumak zorunda kaldım çünkü yatak eksikliği vardı” (K10).*

Bu ifadeler, sağlık tesislerinde kalacak yerin ve ekipmanların bir dereceye kadar yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum da herkesi barındırabilmek için tesislere yatırım yapma ve daha fazla ekipmanlar alma gereğini ortaya koymaktadır.

**Kalite Boyutu:** Bu boyut, engellilere sağlanan sağlık hizmetlerinin kalitesini ölçmektedir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının profesyonel kalitesini ve sağlık tesislerinde sunulan hizmetler konusundaki engellilerin bilgilerini değerlendiren ifadelerden oluşmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre, kalite boyutunun aritmetik ortalaması 2.363 ve standart sapması 0.730 olarak bulunmuştur. Sonuçlar kaydedilen kalite seviyesinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak, kötü kaliteyi yaşadığını bildiren bazı katılımcılar var. Örneğin, engellilerin çoğunluğu sağlık hizmeti sağlayıcılarının kendi durumlarının farkında olduğuna inanmasına rağmen, bazı katılımcıların engellilerin



durumları hakkında hemşirelerin ve hekimlerin farkında olmadıklarına inanan ifadelere yer verdikleri görülmektedir.

*“Bazen engelli olarak yaşamak çok zordur. Sadece hastaneye bile gidemiyorum ve **hemşireler de durumum hakkında gerçekten bilgili değiller**” (K116).*

*“Doktorlar bana **nasıl yardımcı olacağı konusunda bilgi sahibi değil**” (K123).*

*“Sağlık çalışanları normalde karşılaştığımız engellilik sorunları hakkında **bilgi sahibi değil gibi** görünüyor” (K182).*

Bu açıklamalar, sağlık personelinin bazen engelli bireylerle ilgili bilgi ile donatılmadığını göstermektedir. Bazı katılımcılar, engellilerle ilgili konularda bilgi eksikliğine ek olarak, bazı sağlık hizmeti sağlayıcılarının becerilerinin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. Bu durum aşağıdaki ifadelerde tasvir edilmiştir.

*“Bir hafta hastaneye kaldırıldım ama **sorunumu teşhis edemediler**. Doktorlar, hastaneye gittiğimde randevularımı ertelemeye devam ediyor” (K14).*

*“Lobatse'deki bir hastaneye gittim ama doktorlar **hastalığımı teşhis edemediler**, bu yüzden yardım almak için bir hastaneden diğerine gitmek zorunda kaldım” (K35).*

*“Eskiden sorunsuz bir şekilde görebiliyordum, daha sonra hastalanmaya başladım, ne yazık ki **doktorlar tamamen kör olana kadar bana yardım etmeyi ertelediler**. Teşhis yapmadan 3 ay sonra bana randevu vermeye devam ettiler. Sadece ciddi şekilde hastalandığımda not almaya başladılar” (K72).*

*“Doktorlar, en kötü durum senaryosunu üstlenerek **durumlarına göre tıbbi olarak muayene yapmıyorlar**” (K127).*

*“Hastalanmaya başladığımda hastaneye gitmeye devam ettim ama **beni tanı koymadan farklı doktorlara yönlendirmeye devam ettiler ve bu süreçte doktorun gerçekten kontrol edilemeyen muayene tarihleri verilecekti**. Hastalık*

*yavaşça yayılırken bir doktora görünmek için bireylerin 4 ay beklemesine nasıl izin verirler?” (R119).*

*“Kırık bir bacakla hastaneye gittim ve doktorlar bana arteritim olduğunu söylediler, bu yüzden bacağım üzerinde ağrı hissediyorum. Bunca zamandır hiç kırık bacak tedavisi almadım, bunun yerine arterit ilaçları almaya devam ettim. Daha sonra, hissettiğim tüm acının kırık bir kemikten olduğunu ve zamanla artık kırık bacağımdan iyileşemeyeceğimi fark ettiler. **Bir röntgen kırılmış bir kemiği nasıl tanıyamaz? Bu sağlık çalışanlarının yetersiz kaldığını gösteriyor ve şimdi ömür boyu engelliyim**” (K139).*

Bu ifadelerin bazıları, en kötü beceriksizlik durumlarını ortaya koymuştur. Örneğin, K139, sadece uygun bir teşhis konması halinde önlenebilecek bir durum yaşamıştır. Bu talihsiz olaylardan bazıları nedeniyle bazı katılımcılar engelli bireyler haline gelmişlerdir. Ek olarak sağlık personelinin beceri eksikliğinden dolayı bazı hastalar farklı hekimlere yönlendirildiği ve bazen muayene tarihinin ileri tarihlere verilmesi nedeniyle hizmet sunumunda gecikme yaşamışlardır. Bazı durumlarda sağlık personeli hastaları yardım etmeden bekletmeye devam etmekte ve bu da hastalarla çalışmak için kişisel becerilerin yetersiz olduğunu göstermektedir.

**Kabul Edilebilirlik Boyutu:** Hastaların ve çevrelerinin sağlık hizmeti sağlayıcılarının kişisel ve mesleki özelliklerine yönelik tutumu, hizmete ihtiyaç duyanların sağlık hizmeti arayıp aramayacağını değerlendirirken çok önemlidir. Bu boyut, sağlık hizmetlerine erişirken engelli kişilerin sahip olduğu sosyal destek, bilgi ve inanç seviyelerini bulmaya odaklanmıştır. Bu boyutun aritmetik ortalaması 2.198 ve standart sapması 0.750 olarak bulunmuştur. Kaydedilen bu düşük ortalama, katılımcıların bu çalışmada kabul edilebilirlik seviyelerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Bu, aynı zamanda hiçbir katılımcının kabul edilebilirlikle ilgili bir açıklama yapmadığını belirten açık uçlu sorudan elde edilen sonuçlarla da desteklenmektedir.

**Erişilebilirlik Boyutu:** Bu boyut, sağlık tesisleri tarafından sağlanan sağlık hizmetlerine engelli bireylerin erişilebilirlik seviyesinin değerlendirilmesine odaklanmıştır. Boyut, sağlık tesislerine coğrafi erişilebilirliği, tıbbi yardım almak için bekleme süresini ve sağlık tesislerinde ilacın erişilebilirliğini ölçen ifadelerden oluşmaktadır. Bu boyutta 0.766 standart sapma ile 3.251 aritmetik ortalaması kaydedilmiştir. Bu sonuçlar çoğu katılımcının sağlık hizmetlerine erişimle ilgili problemleri olduğunu göstermektedir. Sonuçlar, katılımcıların sağlık hizmetlerine erişirken karşılaştıkları diğer sorunları da belirtmelerini gerektiren açık uçlu soruya verilen cevaplarla da desteklenmektedir. Örneğin, katılımcıların sağlık tesislerine erişimde zorluk yaşadıklarını ve bazen ulaşımın yetersiz olduğunu belirten ifadeler yer almaktadır. Aşağıda bu ifadelere yer verilmektedir.

*“Hastaneye ulaşımında zorluk çekiyorum” (K25).*

*“Hastaneye gittim ve başka bir hastaneye yönlendirildim ancak **beni sevk ettiğim hastaneye götürecek bir taşıma yoktu**” (K27).*

Ayrıca, aşağıda belirtildiği gibi bazı katılımcılar, sağlık tesislerinin katılımcılardan uzak yerde bulunması nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir:

*“Hastaneden çok uzak yaşıyorum, bu yüzden sağlık hizmetlerine erişmek için **uzun bir mesafeyi yürümek zorundayım**” (K44).*

*“Akıl sağlığı durumumun tıbbi tedavisi sadece yaşadığım **Gaborone'dan 44 km uzaklıkta bulunan Lobatse'deki Sabrana Psikiyatri Hastanesinden alınmakta. Her ay ilaç almak zorundayım ve bu benim için bir sorun**” (K128).*

*“Tıbbi durumumun gerekli temel belirsizliği mevcut değil, bu yüzden **70km uzaklıktaki bir uzmana gitmek zorundayım, bu nedenle sağlık kontrollerime ve ilaçlarıma erişmek için bu mesafeye gitmem gerekiyor**” (K130).*

Açıklanan ifadeler, bazı hastanelerin/kliniklerin herkesin kolayca erişemeyeceği, coğrafi olarak doğru yerlerde bulunmayan, hastalardan uzakta bulunduğunu

göstermektedir. Lobatse'deki Sabrana Psikiyatri Hastanesi, özel tıbbi bakım sunan hastanelerin birkaç örneğinden biridir, ancak herkes tarafından kolayca erişilemezdir. Ayrıca bazı katılımcılar sağlık hizmetlerine erişmek için bekleme süresinin beklenenden daha uzun olduğunu kanıtlamıştır. Bazı ifadeler katılımcılar tarafından hizmetlere erişmek için bekleme süreleri ile ilgili olarak yapılmıştır.

*“Bazen bekleme sırası çok uzundur, bu yüzden tıbbi yardım almak için saatlerce beklemek zorundayız” (K11).*

*“Bazen uzun sıralar nedeniyle hizmet almak için uzun süre beklemem gerekiyor” (K30).*

*“Her Çarşamba günü sağlık muayenesi yapmak zorundayım, bu yüzden sıralarda uzun süre beklememek için sabahın erken saatlerinde uyanmak zorundayım” (K32).*

Bu ifadeler sağlık hizmeti almak için engelli bireylerin uzun süre beklemek zorunda kaldıkları sorunun büyüklüğünü göstermektedir. Dahası, katılımcılar reçete edilen ilaçların çoğunun mevcut olmadığını belirtmiştir. Bazı katılımcılar şunları söylemiştir:

*“Muayene için hastaneye gittim ve Doktor hastanede bulamadığım bazı ilaçlar verdi” (K9).*

*“Bir keresinde hastalandım ve doktor tarafından verilen ilaçları bulamadım” (K27).*

*“Bir kliniğe gittim ve bir hemşire benim için bir reçete yazdı. Eczaneye gittim ama ilacı bulamadım. Hemşireye ne yapmam gerektiğini sorduğumda ilaçları özel bir eczaneden almamı ve ilaçların klinikte olup olmadığını kontrol etmeye devam etmemi istedi. Özel eczaneden ilaç alamadım, çünkü param yoktu, bu yüzden ilacın klinikte bulunup bulunmadığını kontrol etmek zorunda kaldım” (K107).*

Bu ifadeler hastanelerde ve kliniklerde ilaç yetersizliğinin bir göstergesidir. Hastanelerde ve kliniklerde ilacın dağıtımını değerlendirmenin gerekli olduğunu göstermektedir. Bu gerekliliğin sağlanması durumunda hastaları reçete edilen ilaçlara erişmeyi ümit ederken acı çeken durumlardan kaçınmaya yardımcı olacaktır.

### **3.2.5. Sağlık Hizmetlerine Erişimin Diğer Faktörleri**

Faktör analizi sonuçlarında belirtildiği gibi, boyutların güvenilirliğini arttırmak için faktör analizinden 10, 2, 4, 20, 31, 11, 33, 18, 26, 34, 21 numaralı maddeler çıkarılmıştır. Bununla birlikte bu maddeler, engelliler için sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili faktörleri anlamada önemlidir. Bu nedenle katılımcıların bu farklı faktörlerden etkilendiği büyüklüğü belirlemek için vermiş oldukları cevaplar Tablo 3.12’de gösterilmiştir. Bu aynı zamanda bazı katılımcılar tarafından deneyimlerinin bir kısmını yazmalarını gerektiren açık uçlu soruya cevap verirken yapılan açıklamalardan bazıları tarafından da desteklenmiştir.

**Tablo 3.12. Sağlık Hizmetlerine Erişimin Diğer Faktörlerin Dağılımı**

İFADELER	Hiç Katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne Katılmıyorum ne de katılıyorum		Katılıyorum		Tamamen Katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2. Hastane/klinik, ulaşım açısından doğru yere kurulmuştur.	14	3.5	95	23.7	14	3.4	258	64.3	20	5.0
4. Hastaneye/kliniğe giderken bana eşlik edecek hiç kimsem yok.	126	31.4	147	36.7	24	6.0	82	20.4	22	5.5
10. Hastaneye/kliniğe gitmeye gerek duymuyorum.	152	37.9	179	44.6	18	4.5	48	12.0	4	1.0
11. Ailem hastaneye/kliniğe gitmeme gerek duymuyor.	258	64.3	101	25.2	18	4.5	22	5.5	2	0.5
18. Sağlık personelinin sorunumu gizli tutacağına güvenmiyorum.	80	20.0	183	45.6	24	6.0	89	22.2	25	6.2
20. Sağlık tesislerine erişimde fiziksel engeller yaşadım.	142	35.4	125	31.2	12	3.0	92	22.9	30	7.5
21. İhtiyacım olan sağlık hizmetleri hastane/klinikte mevcut değil.	38	9.5	170	42.4	26	6.5	146	36.4	21	5.2
26. Hastanede/klinikte olduğumda bana yardımcı olacak bir doktor bulmak zor.	60	15.0	115	28.7	26	6.5	163	40.6	37	9.2
31. Sağlık hizmeti sağlayıcısı, bana bakım vermeyi reddetti.	119	29.7	248	61.8	26	6.5	8	2.0	0	0
33. Sağlık hizmetlerine erişirken iletişim engellerini (örneğin, servis sağlayıcı tarafından braille iletişim becerilerinin eksikliği) yaşadım.	150	37.4	124	30.9	18	4.5	81	20.2	28	7.0
34. Tesislerin standardı yeterlidir.	85	21.2	178	44.4	46	11.5	90	22.4	2	0.5

Tablo 3.12’de katılımcıların sağlık hizmetlerine erişirken yaşadıkları deneyimlerle ilgili ifadelerin bazılarına verdiği yanıtları göstermektedir. Cevaplar hiç katılmıyorum ile katılıyorum arasındadır. Madde 2 ve 34 dışındaki tüm ifadeler, katılıyorum ve tamamen katılıyorum ifadesinin olumsuz algılandığını göstermektedir. Hiç katılmıyorum ve katılmıyorum ifadenin olumlu algılandığını göstermektedir. Buna göre, hastane/klinik, ulaşım açısından doğru yere kurulduğu (%-69.3 katılıyorum ve tamamen katılıyorum toplamı); hastaneye/kliniğe giderken bana eşlik edecek hiç kimsem yok (% 68.1- hiç katılmıyorum ve katılmıyorum toplamı); hastaneye/kliniğe gitmeye gerek duymuyorum (%82.5- hiç katılmıyorum ve katılmıyorum toplamı); ailem hastaneye/kliniğe gitmeme gerek duymuyor (%89.5- hiç katılmıyorum ve katılmıyorum toplamı); sağlık personelinin sorunumu gizli tutacağına güvenmiyorum (%65.6- hiç katılmıyorum ve katılmıyorum toplamı); sağlık tesislerine erişimde fiziksel engeller (örn. Tekerlekli sandalye rampası ve asansör eksikliği) yaşadım (%66.6- hiç katılmıyorum ve katılmıyorum toplamı); ihtiyacım olan sağlık hizmetleri hastane/klinikte mevcut değil (%51.9- hiç katılmıyorum ve katılmıyorum toplamı); sağlık hizmeti sağlayıcısı, bana bakım vermeyi reddetti (%91.5- hiç katılmıyorum ve katılmıyorum toplamı) ile sağlık hizmetlerine erişirken iletişim engelleri (örneğin, servis sağlayıcı tarafından Braille iletişim becerilerinin eksikliği) yaşadım (%68.3- hiç katılmıyorum ve katılmıyorum toplamı) pozitif olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca, hastanede/klinikte olduğumda bana yardımcı olacak bir doktor bulmak zor (%49.8- katılıyorum ve tamamen katılıyorum toplamı) ile tesislerin standardı yeterlidir (%65.6- hiç katılmıyorum ve katılmıyorum toplamı) negatif olarak değerlendirilmiştir.

Ancak olumlu olarak değerlendirilen bu maddelerden bazılarının makul sayıda katılımcının ifadelerine ilişkin olumsuz algılarının olduğu da belirtilmelidir. Benzer şekilde, bu açık uçlu sorudan gelen bazı cevaplar tarafından da desteklenmektedir. Örneğin, katılımcılar sağlık tesislerini ziyaret ederken kendilerine eşlik edecek kişilerin bulunduğunu bildirmelerine rağmen bazı katılımcılar kendilerine eşlik edecek kişilerin olmadığını ifade etmişlerdir. Bu ifadeler yer verilecek olursa:

*“Körüm, bu nedenle bazen, her zaman olmasa da, gittiğim her yerde bana yardım edecek birine ihtiyacım var. **Maalesef bazen bana eşlik edecek kimse olmadığına, klinikler/hastaneler arasında dolaşmayı zor buluyorum çünkü benim gibi insanlara yardım etmek için işe alınan hiç kimse yok**” (K22).*

*“Bana eşlik edecek kimse olmadığına hastaneye gidemem çünkü hastanelerde bizim gibi insanlara yardım etmek için görevlendirilmiş hiç kimse yok” (K83).*

*“Annem bir keresinde, doktorumun önerdiği şekilde ilaçlarımı almam gerektiğinde hastaneye gitmemi reddetti” (K51).*

Bu ifadeler, engelli bireylerin (örneğin, kör insanlar) sağlık hizmetlerine erişirken onlara eşlik edecek birine ihtiyaç duymaları anlamına gelmektedir. Ne yazık ki bazen hastanede veya kliniklerde bile onlara yardımcı olacak kimseleri yoktur. Bununla birlikte, bazı katılımcılar ailelerinin ve toplumun sosyal destek noktasında eksikliği olduğunu belirtmiştir. Ek olarak katılımcılar toplumun sağlık hizmetlerine erişirken engellilere öncelik vermediğini de belirtmişlerdir. Bu ifadelere aşağıda yer verilmektedir:

*“Bazen halk engelli insanların önce girmesine izin vermez” (K30).*

*“Toplum, ilk önce engelli bireyleri muaf tutmada öncelik kabul etmiyor” (K127).*

*“Hastanelerdeki halk bize öncelik vermiyor. Her zaman sırada bekleriz, çünkü personel eksikliği de vardır” (R164).*

Bu ifadeler, engelli bireyler toplumun kendilerine öncelik vermediğini algıladıklarını vurgulamaktadır. Bu durum da engelli bireylerin hastanede bekleme süresinin uzun olduğunu algılaması, toplumun geri kalanında olduğu gibi aynı sırayı takip etmeleri gerekebileceği anlamına gelebilmektedir. Bu, bazen toplumda engelliler için destek eksikliği olduğunun bir göstergesidir. Ek olarak sosyal destek eksikliğinin yanı sıra bazı katılımcılar, sağlık hizmetlerine erişmelerini engelleyen bazı fiziksel engeller olduğunu da bildirmişlerdir:

*“Bazen arabamı kliniğe/hastaneye sürüyorum ve park yeri bulamıyorum çünkü engelli tabelası olanlar da dâhil tüm mekânlar dolu” (K1).*

*“Hastaneye gittim ama doktorumun ofisine ulaşamadım çünkü tekerlekli sandalyem için rampa yok. Neyse ki, beni merdivenlerden yukarı kaldırmaya yardım eden insanlar geçti” (K15).*



*“Her zaman sağlık tesislerine girmeye çalıştığında ve merdivenler varken, koltuk değneklerimi kullanmak zor oluyor çünkü dört ayaklı koltuk değneği kullanıyorum” (K53).*

*“Tekerlekli sandalye kullanıyorum, bu nedenle bazen özellikle asansörlerin çalışmadığı zamanlarda st kattaki ofislere erişemiyorum” (K99).*

*“İki elim de yok, bu yüzden kendime kapı açmak zor. Bir gün arkamdaki kişinin gelip bana yardım etmesi için birkaç dakika beklemem gerekti. Hemşire “lütfen bir sonraki kişi” diyerek devam ettiğinde, sadece ayağa kalkıp dışarıdaki kişinin yardıma ihtiyacı olup olmadığını kontrol edemedi” (K20).*

Bu ifadelerde sağlık hizmetlerine erişirken fiziksel engelli kişilerin karşı karşıya kaldığı birkaç fiziksel engel ortaya koyulmuştur. Bu engeller, rampaların, asansörlerin ve park alanlarının eksikliğini ve kendileri için kapı aamama durumlarını içermektedir. Bazı durumlarda bu engeller bazı katılımcıların st katlardaki sağlık ofislerine erişememelerine neden olmuştur. Benzer şekilde bazı katılımcılar sağlık hizmetlerine erişirken iletişim engeliyle de karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Bu ifadeler aşağıda katılımcıların yaptığı bazı açıklamalarla desteklemektedir:

*“Her zaman hastaneye gittiğimde kendimi ifade etmekte zorlanıyorum çünkü sağırım. Çoğunlukla, hemşireler işaret dilini bilmiyor, bu yüzden yorum yapmama yardımcı olacak biri olmazsa hastaneye gidemem” (K65).*

*“Hemşireler ve doktorlar işaret dili konusunda eğitim almıyorlar, bu yüzden hastaneye veya kliniğe her gittiğimde kendimi ifade etmek çok zorlaşıyor” (K154).*

*“Gizliliğimin ortadan kalktığını hissediyorum, çünkü hastaneye/kliniğe gittiğimde her zaman konuşabilecek ve bana yardımcı olmak için işaret dilini anlayabilecek birine ihtiyacım var çünkü hemşireler/doktorlar çoğunlukla işaret dilini bilmiyor” (K66).*

*“Setsvana konuşamıyorum, bu yüzden hasta olduğunda kendimi doktor/hemşireye ifade etmekte zorlanıyorum” (K31).*

Bu ifadeler, hekimlerin ve hemşirelerin çoğunlukla işaret dili ve Braille'de eğitim almadığını, bu durumun da engelli bireylerin iletişim engeli nedeniyle kendilerini

ifade edemedikleri durumlarda ortaya çıktığını ortaya koymuştur. Botsvana, farklı etnik gruplardan insanları oluşturan bir ülkedir. Bu, katılımcı 31'in Setsvana konuşmadığını bildiren ifadesinde açıkça görülmektedir. Bu, dil engelinin aynı zamanda sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin karşılaştıkları sorunlardan biri olduğunu göstermektedir. Son olarak, hastanelerde ve kliniklerde hekim eksikliği belirten nicel sonuçlara destek olarak katılımcılardan bazıları şunları bildirmiştir:

*“Bir gün astım krizi geçirdim, spreyi kullanmaya çalıştım ama daha iyisi olmadı ben de sabah saat 4 civarında hastaneye gittim. **Hastaneye geldiğimde sabah saat 8.30'a kadar beklemem gerekti, çünkü o sırada nöbetçi doktor yoktu**” (K41).*

*“Bana 3 ay sonra planlanan Doktor randevusu verildi ve **randevu zamanı geldiğinde Doktorun Hindistan'a gittiğini söylediler, bu yüzden bir sonraki randevum için daha fazla beklemem gerekiyor**” (K13).*

*“Hastalanmaya başladığımda hastaneye gitmeye devam ettim ama beni tanı koymadan farklı Doktorlara yönlendirmeye devam ettiler ve bu süreçte Doktor'un gerçekten kontrol edilemeyen muayene tarihleri verilecekti. **Hastalık yavaşça yayılırken bir doktora görünmek için birilerinin 4 ay beklemesini nasıl beklerler?**” (K119).*

Bu ifadeler, hastanelerde hekim eksikliği bulunduğunu ve bazı durumlarda katılımcıların bir hekimden yardım almak için aylarca beklemek zorunda kaldıklarını açıklamaktadır. Bu, sağlık tesislerinde daha fazla hekimin çalıştırılması gerektiğinin bir göstergesidir. Daha fazla hekimin çalıştırılması, sistemdeki kilitlenmenin önlenmesine ve hastanın yardım alınmadan acı çekmesi gereken durumlardan kaçınmaya yardımcı olacaktır. Sonuçlar ayrıca, hekimlerin yetersizliğinin sağlık tesislerinde karşılaşılan tek sorun olmadığını, hemşire eksikliğinin de sorun olarak bulunduğunu göstermiştir.

*“**Hemşireler öğle yemeği veya mola vermeye giderken ofis dışında bekleyen hasta eğilimindedirler. Gerçekten hasta olduğunuzda yardım almak için o kadar beklemeniz gerekiyor mu? En azından hastalara yardım eden biri olmalı.**” (K111).*

### 3.3.6. Engelli Bireyler için Sağlık Hizmetlerine Erişimin Boyutlarının Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Araştırmanın amacına bağlı olarak, engelli bireyler için sağlık hizmetlerine erişimin boyutlarının demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesi için bağımsız örneklem t-test ve ANOVA'dan faydalanmıştır. Tablo 3.13'de gösterilen bağımsız t-testi analiz sonuçlarına göre, sağlık hizmetlerinin masrafları karşılayabilirliğinin, sağlık hizmetlerine erişimde kabul edilebilirliğinin ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin, cinsiyetlerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bu nedenle önerilen “H1a: Sağlık hizmetlerinin engelliler için masrafları karşılayabilirliği cinsiyete göre farklılık göstermektedir ( $p=0.945 > 0.05$ ); H1c: Engelliler için sağlık hizmetlerinin kalitesi cinsiyete göre farklılık göstermektedir ( $p=0.481 > 0.05$ ); H1d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir ( $p=0.267 > 0.05$ )” araştırma hipotezleri desteklenmemiştir.

**Tablo 3.13. Engellilere Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi**

Boyutlar	Cinsiyet	Frekans	Ort.	SS	T	P
Masrafları Karşılayabilirlik	Erkek	207	3.3104	.95403	0.563	0.945
	Kadın	194	3.2564	.96454		
Deneyim	Erkek	207	2.2291	.52267	-1.789	<b>0.045</b>
	Kadın	194	2.3299	.60534		
Kalite	Erkek	207	2.3901	.71627	0.772	0.481
	Kadın	194	2.3338	.74441		
Kabul Edilebilirlik	Erkek	207	2.1534	.74860	-1.221	0.267
	Kadın	194	2.2448	.75106		
Erişilebilirlik	Erkek	207	3.2693	.71707	0.504	<b>0.014</b>
	Kadın	194	3.2307	.81673		

Sadece sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi ve sağlık hizmetlerinin katılımcılar tarafından erişilebilirliği cinsiyete göre farklılık göstermektedir.

Bu çalışmanın amacı için önerilen, “H1b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi cinsiyete göre farklılık göstermektedir ( $p=0.045 < 0.05$ ); H1e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir ( $p=0.014 < 0.05$ )” hipotezleri istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu için desteklenmiştir. Bu farklılıkların kaynağını belirlemek için aritmetik ortalama ve standart sapmalar incelenmiştir. Analiz, erkeklerin (ortalama= 2.229, Standart Sapma=

0.523), sağlık hizmetlerine erişirken kadınlara (ortalama = 2.330, Standart Sapma= 0.605) kıyasla daha iyi bir deneyim yaşadıklarını ortaya koymuştur. Ek olarak erkekler (ortalama= 3.269, Standart Sapma= 0.717), sağlık hizmetlerine erişilebilirliğine ilişkin kadınlara (ortalama= 3.231, Standart Sapma = 0.817) kıyasla daha yüksek düzeyde memnuniyetsizlik olduğunu bildirmişlerdir.

**Tablo 3.14. Engellilere Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutlarının Medeni Duruma Göre Değerlendirilmesi**

		Ort.	SS	F	P	Farklılık
Masrafları Karşılatabilirlik	Bekar	3.2972	.96041	4.175	<b>0.006</b>	<b>1.00-5.00</b>
	Evli	3.3333	.84944			<b>1.75-4.25</b>
	Dul	1.7500	.00000			
	Boşanmış	1.5000	.00000			<b>1.50-1.50</b>
	Toplam	3.2843	.95831			
Deneyim	Bekar	2.2841	.55526	0.389	0.761	
	Evli	2.2177	.67172			
	Dul	2.5714	.00000			
	Boşanmış	2.1429	.00000			
	Toplam	2.2779	.56572			
Kalite	Bekar	2.3620	.73451	0.516	0.672	
	Evli	2.3929	.71811			
	Dul	2.5000	.00000			
	Boşanmış	1.7500	.00000			
	Toplam	2.3628	.72965			
Kabul Edilebilirlik	Bekar	2.1725	.76051	1.208	0.307	
	Evli	2.4048	.66935			
	Dul	2.2500	.00000			
	Boşanmış	2.2500	.00000			
	Toplam	2.1976	.75025			
Erişilebilirlik	Bekar	3.2521	.78327	0.314	0.816	
	Evli	3.2143	.64527			
	Dul	3.2500	.0000			
	Boşanmış	3.7500	.0000			
	Toplam	3.2506	.76618			

ANOVA analizi, engelli bireyler için sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili boyutların katılımcıların medeni durumuna göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için kullanılmıştır. Tablo 3.14'te sunulan analiz sonuçları, katılımcıların sağlık hizmetlerine erişme deneyimlerinin, sağlık hizmetlerinin kalitesinin, engelli bireylerin kabul edilebilirlik seviyelerinin ve sağlık hizmetlerine erişilebilirlik seviyelerinin medeni durumuna göre farklılık göstermediğini ortaya koymuştur.

Bu sonuçlara dayanarak araştırmada önerilen “H2b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir ( $p=0.761>0.05$ ); H2c: Engelliler için sağlık hizmetlerinin kalitesi medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir ( $p=0.672>0.05$ ); H2d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir ( $p=0.307>0.05$ ); H2e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir ( $p=0.816>0.05$ )” hipotezleri desteklenmemiştir.

Ancak sağlık hizmetlerinin katılımcılar tarafından masrafları karşılayabilirliği medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir. Bu nedenle, “H2a: Sağlık hizmetlerinin engelliler için masrafları karşılayabilirliği medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir ( $p=0.006<0.05$ )” hipotezi desteklenmiştir çünkü istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar vermektedir. Bu sonuçlardan farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için Tukey PostHoc analizi kullanılmıştır. Sonuçlar, farkın bekâr ve evli katılımcılardan ile boşanmiş katılımcılardan kaynaklandığını göstermiştir.

**Tablo 3.15. Engellilere Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutlarının Eğitim Düzeyine Göre Değerlendirilmesi**

		Ort.	SS	F	P	Farklılık
Masrafları Karşılabilirlik	Eğitim yok	3.1667	1.06412	1.635	0.150	
	İlköğretim	3.3300	.94740			
	Ortaokul	3.3346	.91540			
	Lise	3.2589	.93416			
	Lisans	3.2791	.98550			
	Lisansüstü	2.3750	1.23201			
	Toplam	3.2843	.95831			
Deneyim	Eğitim yok	2.3651	.37388	2.790	0.017	
	İlköğretim	2.2629	.48423			
	Ortaokul	2.1600	.47153			
	Lise	2.2934	.70851			
	Lisans	2.4286	.65959			
	Lisansüstü	2.5000	.76741			
	Toplam	2.2779	.56572			
Kalite	Eğitim yok	2.2778	.86130	3.303	0.006	
	İlköğretim	2.2300	.61922			
	Ortaokul	2.4549	.70967			
	Lise	2.1339	.68584			
	Lisans	2.5349	.83240			
	Lisansüstü	2.4375	.60872			
	Toplam	2.3628	.72965			
Kabul Edilebilirlik	Eğitim yok	1.6944	.49672	3.963	0.002	1.25-2.50
	İlköğretim	2.3250	.69313			
	Ortaokul	2.1410	.69041			
	Lise	2.1518	.88122			
	Lisans	2.3256	.80720			
	Lisansüstü	1.6250	.48181			
	Toplam	2.1976	.75025			
Erişilebilirlik	Eğitim yok	3.6667	.50000	1.614	0.155	
	İlköğretim	3.1600	.76171			
	Ortaokul	3.2199	.76750			
	Lise	3.2991	.86789			
	Lisans	3.2616	.75528			
	Lisansüstü	3.5000	.32733			
	Toplam	3.2506	.76618			

Tablo 3.15'te sunulan sonuçlar, engelli bireyler için sağlık hizmetlerine erişimde kullanılan boyutların katılımcıların eğitim düzeyine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için kullanılan ANOVA analiz sonuçlarını göstermektedir. Yapılan analiz sonucunda sağlık hizmetlerinin engelli bireyler tarafından masrafları karşılayabilirliğinin ve erişilebilirliğinin eğitim seviyelerine göre farklılık göstermediği görülmüştür. Bu bulgulara göre araştırma amacına göre önerilen, “*H3a: Sağlık hizmetlerin engelliler için masrafları karşılayabilirliği eğitim düzeyine göre farklılık*”

*göstermektedir (p=0.150>0.05); H3e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir (p=0.155>0.05)”* hipotezleri desteklenmemiştir.

Ancak sonuçlar sağlık hizmetlerine erişirken katılımcıların deneyimlerinin ve kabul edilebilirliğinin ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin katılımcıların eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar verdiğini ortaya koymuştur. Bu sonuçlara göre önerilen “*H3b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir (p=0.017<0.05); H3c: Engelliler için sağlık hizmetlerinin kalitesi eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir (p=0.006<0.05); H3d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir (p=0.002<0.05)”* hipotezlerin desteklendiği sonucuna varılmıştır. Bu farklılıkların kaynağını belirlemek için, Tukey PostHoc testinden elde edilen sonuçlar analiz edilmiştir.

Analiz, deneyim boyutu için farkın, ortaokul mezunu katılımcıların lisans eğitilmiş katılımcılarla arasındaki farkından kaynaklandığını; kalite boyutu için fark, ilköğretim ile lisans eğitilmiş katılımcılar ve lise mezunu katılımcıları arasındaki farktan kaynaklanmakta ve son olarak kabul edilebilirlik boyutu için fark, ilköğretim ve lisans eğitilmiş katılımcılarıyla eğitim seviyesi olmayan katılımcılarından kaynaklanmaktadır.

**Tablo 3.16. Engellilere Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutlarının İstihdam Duruma Göre Değerlendirilmesi**

		Ort.	SS	F	P	Farklılık
Masrafları Karşılabilirlik	Çalışan	2.6250	.87003	6.892	0.000	1.50-4.00
	İşsiz	3.3371	.93638			
	Kendi işi	3.3707	.98368			
	Emekli	1.7500	.00000			
	Toplam	3.2843	.95831			
Deneyim	Çalışan	2.2653	.55494	0.188	0.904	
	İşsiz	2.2757	.54208			
	Kendi işi	2.2857	.69883			
	Emekli	2.5714	.00000			
	Toplam	2.2779	.56572			
Kalite	Çalışan	2.6964	.80610	2.234	0.084	
	İşsiz	2.3450	.72193			
	Kendi işi	2.2931	.71656			
	Emekli	2.5000	.00000			
	Toplam	2.3628	.72965			
Kabul Edilebilirlik	Çalışan	2.0536	.76484	1.452	0.227	
	İşsiz	2.1781	.73053			
	Kendi işi	2.3707	.84194			
	Emekli	2.2500	.00000			
	Toplam	2.1976	.75025			
Erişilebilirlik	Çalışan	3.1429	.62148	0.223	0.880	
	İşsiz	3.2540	.78407			
	Kendi işi	3.2845	.75139			
	Emekli	3.2500	.00000			
	Toplam	3.2506	.76618			

Benzer şekilde, engelliler için sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili boyutların istihdam durumlarına göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için ANOVA analizden faydalanılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.16’te sunulmuştur. Bu sonuçlara göre sağlık hizmetlerine erişimin deneyimi, kalitesi, kabul edilebilirliği ve erişilebilirlik boyutları katılımcıların medeni durumuna göre farklılık göstermemiştir. Bu nedenle araştırmaya göre önerilen, “*H4b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi istihdam duruma göre farklılık göstermektedir (p=0.904>0.05); H4c: Engellilerin için sağlık hizmetlerinin kalitesi istihdam duruma göre farklılık göstermektedir (p=0.084>0.05); H4d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi istihdam duruma göre farklılık göstermektedir (p=0.227>0.05); H4e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği istihdam duruma göre farklılık göstermektedir (p=0.880>0.05)*” hipotezleri desteklenmemiştir.

Ayrıca araştırmada önerilen, “*H4a: Sağlık hizmetlerin engelliler için masrafları karşılayabilirliği istihdam duruma göre farklılık göstermektedir*” hipotezi istatistiksel



olarak anlamlı sonuçlar verdiği için desteklenmiştir ( $p=0.000<0.05$ ). Tukey PostHoc'tan elde edilen sonuçlar, farkın nereden kaynaklandığını belirlemek için analiz edilmiştir. Masrafları Karşılabilirlik boyutuna ilişkin sonuçlar, çalışan katılımcılardan işsiz ve kendi işinde çalışan katılımcılara kıyasla farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu nedenle, çalışanlar için kaydedilen düşük ortalama dikkate alındığında, çalışan katılımcılar için masrafları karşılayabilirliğin seviyesinin işsiz ve kendi işinde çalışanlardan daha yüksek olduğu söylenebilmektedir.

**Tablo 3.17. Engellilere Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutlarının Engellilik Türüne Göre Değerlendirilmesi**

		Ort.	SS	F	P	Fraklılık
Masrafları Karşılabilirlik	Duyusal	3.0780	1.00444	5.492	<b>0.001</b>	<b>1.25-4.75</b>
	Fiziksel	3.5542	.91795			<b>1.00-5.00</b>
	Zihinsel	3.0769	.99692			
	Sosyal	3.2534	.90448			<b>1.25-4.75</b>
	Toplam	3.2843	.95831			
Deneyim	Duyusal	2.2385	.50021	2.956	<b>0.032</b>	
	Fiziksel	2.4048	.64111			<b>1.29-4.00</b>
	Zihinsel	2.2088	.71740			
	Sosyal	2.2153	.50116			<b>1.29-3.71</b>
	Toplam	2.2779	.56572			
Kalite	Duyusal	2.3853	.76037	3.145	<b>0.025</b>	
	Fiziksel	2.4917	.74044			<b>1.00-4.25</b>
	Zihinsel	2.4423	.76259			
	Sosyal	2.2260	.67360			<b>1.00-4.25</b>
	Toplam	2.3628	.72965			
Kabul Edilebilirlik	Duyusal	2.4610	.69153	10.279	<b>0.000</b>	<b>1.00-4.50</b>
	Fiziksel	2.0958	.74486			<b>1.00-4.25</b>
	Zihinsel	2.5385	.90469			<b>1.25-4.75</b>
	Sosyal	2.0240	.69872			<b>1.00-4.25</b>
	Toplam	2.1976	.75025			
Erişilebilirlik	Duyusal	3.1743	.77318	1,030	0.379	
	Fiziksel	3.2250	.73864			
	Zihinsel	3.4231	.79614			
	Sosyal	3.2979	.77755			
	Toplam	3.2506	.76618			

Ayrıca ANOVA testi, engelli bireyler için sağlık hizmetlerine erişimin boyutlarının katılımcıların engelli türüne göre istatistiksel olarak değişip değişmediğini belirlemek için de kullanılmıştır. Tablo 3.17 da belirtildiği gibi erişilebilirlik boyutunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p = 0.379>0.05$ ). Bu, engelliler için sağlık hizmetlerine erişimin erişilebilirlik boyutunun, katılımcıların engellilik türüne göre farklılık göstermediği anlamına gelmektedir. Ayrıca araştırma bağlı amacına göre

önerilen “*H5e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği engellilik türüne göre farklılık göstermektedir*” hipotezi desteklenmemiştir.

Bununla birlikte analizin sonuçları, engelliler için sağlık hizmetlerine erişimin masrafları karşılayabilirliği, deneyimi, kalitesi ve kabul edilebilirlik boyutlarının katılımcıların engellilik türüne göre farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan bu sonuçlara göre, araştırmanın amacına dayanarak önerilen, “*H5a: Sağlık hizmetlerinin engelliler için masrafları karşılayabilirliği engellilik türüne göre farklılık göstermektedir (p=0.001<0.05); H5b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi engellilik türüne göre farklılık göstermektedir (p=0.032<0.05); H5c: Engelliler için sağlık hizmetlerinin kalitesi engellilik türüne göre farklılık göstermektedir (p=0.025<0.05); H5d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi engellilik türüne göre farklılık göstermektedir (p=0.000<0.05)* hipotezleri desteklenmiştir.

Tukey PostHoc'un sonuçlarına göre masrafları karşılayabilirlik boyut farkı, duyuşal engelli ve sosyal engelli katılımcılarla fiziksel engelli katılımcılardan kaynaklanmaktadır. Deneyim boyutu için fark, fiziksel engelli katılımcılar ile sosyal engelli katılımcılar arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Kalite boyutu, fiziksel engelli katılımcılarla sosyal engelli katılımcılar arasında fark yaratmıştır. Son olarak, kabul edilebilirlik boyutundaki fark, duyuşal engelli katılımcılarla fiziksel engelli ve sosyal engelli katılımcıları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Bir diğerk fark ise zihinsel engelli katılımcıları ile fiziksel engelli ve sosyal engelli katılımcıları arasındaki farktan kaynaklanmaktadır.

**Tablo 3.18. Engellilere Sağlık Hizmetlerine Erişim Boyutlarının Engelliliğin Nedenine Göre Değerlendirilmesi**

		X <sup>-</sup>	SS	F	P	Farklılık
Masrafları Karşılabilirlik	Doğuştan engelim var	3.3649	.94013	2.670	0.070	
	Hastalık gerektiren engelim var	3.1358	1.00082			
	Engelim sonradan (kaza vb.)	3.1314	.95181			
	Toplam	3.2843	.95831			
Deneyim	Doğuştan engelim var	2.2655	.56143	0.703	0.496	
	Hastalık gerektiren engelim var	2.2593	.61450			
	Engelim sonradan (kaza vb.)	2.3584	.51533			
	Toplam	2.2779	.56572			
Kalite	Doğuştan engelim var	2.3075	.74327	2.377	0.094	
	Hastalık gerektiren engelim var	2.4321	.65194			
	Engelim sonradan (kaza vb.)	2.5127	.75204			
	Toplam	2.3628	.72965			
Kabul Edilebilirlik	Doğuştan engelim var	2.0967	.71285	7.654	<b>0.001</b>	<b>1.00-4.50</b>
	Hastalık gerektiren engelim var	2.3241	.78007			<b>1.00-4.75</b>
	Engelim sonradan (kaza vb.)	2.4703	.78795			<b>1.00-4.25</b>
	Toplam	2.1976	.75025			
Erişilebilirlik	Doğuştan engelim var	3.2567	.75397	1.202	0.302	
	Hastalık gerektiren engelim var	3.3241	.84728			
	Engelim sonradan (kaza vb.)	3.1229	.69693			
	Toplam	3.2506	.76618			

Sağlık hizmetlerine erişimin boyutlarının engellilik nedenine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için bir ANOVA analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.18'de sunulmuştur. Elde edilen sonuçlara göre masrafları karşılayabilirlik, deneyim, kalite ve erişilebilirlik boyutları engellilik nedenine göre farklılık göstermemiştir. Buna göre, analizden elde edilen istatistiksel olarak anlamlı olmayan sonuçlar nedeniyle, çalışma için önerilen “*H6a: Sağlık hizmetlerin engelliler için masrafları karşılayabilirliği engelliliğin nedenine göre farklılık göstermektedir (p=0.070>0.05); H6b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi engelliliğin nedenine göre farklılık göstermektedir (p=0.496>0.05); H6c: Engelliler için sağlık hizmetlerinin kalitesi engelliliğin nedenine göre farklılık göstermektedir (p=0.094>0.05); H6e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği engelliliğin nedenine göre farklılık göstermektedir (p=0.302>0.05)*” hipotezlerin desteklenmediğini sonucuna varılmıştır.

Kabul edilebilirlik boyutu, engellilik nedenine göre farklılık gösteren sağlık hizmetlerine erişimin tek boyutudur. “*H6d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi engelliliğin nedenine göre farklılık göstermektedir*” hipotezi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001<0.05$ ). Bu nedenle araştırma için önerilen hipotez desteklenmiştir. Tukey PostHoc test sonuçlarının bir analizi, kabul edilebilirlik boyutundan farkın, engellilikle doğan katılımcılar ile hastalık veya kaza nedeniyle engellenmiş olanlar arasındaki farktan kaynaklandığını ortaya koymuştur. Düşük ortalamanın yüksek kabul edilebilirlik seviyesini ve yüksek ortalamanın düşük kabul edilebilirlik seviyelerini temsil ettiğini gösteren çalışma için kullanılan ölçek göz önüne alındığında, doğuştan engelli bireyler için kabul edilebilirlik seviyesinin kaza ya da hastalıktan kaynaklanan engelli bireylere göre daha yüksek olduğu sonucuna varılabilmektedir (doğuştan engelim var ortalaması < hastalık gerektiren engelim var ortalaması < engelim sonradan (kaza vb.) oldu ortalaması).

### **3.3. TARTIŞMA**

Bu çalışma, Botswana'da engelliler için sağlık hizmetlerine erişim konusunu incelemiştir. Veriler, Gaborone yaşayan engellilerden toplanmıştır. Bu nicel çalışma, 401 engelli (207 erkek ve 194 kadın) kişiden oluşmuştur. Bu bölüm, veri toplama sırasında elde edilen sunulan bulguları ayrıntılı olarak ele almaktadır. Bulguların

tartışılması, sonuç ve çalışmadan çıkarılan önerilere odaklanacaktır. Tartışma, çalışmanın bu amaçlarla ilişkilendirilecektir:

- i. Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimlerini keşfetmek.
- ii. Mevcut sağlık hizmetleri konusunda bilgi ve farkındalıklarını değerlendirmek.
- iii. Engellilerin sağlık hizmetlerine erişmelerini engelleyen problemleri ve faktörleri belirlemek.

Sağlık hizmeti, engellilerin refahı için çok önemli bir gerekliliktir. Sağlık hizmetlerine erişme yetenekleri refahlarını artırabilmektedir. Bu nedenle, Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme (UNCRPD) gibi uluslararası kuruluşların, engelliler dahil olmak üzere dezavantajlı insanları korumak için küresel insan hakları araçlarının uygulanmasında görevi çok önemlidir. Tomlinson ve arkadaşlarına (2009) göre gelişmekte olan ülkelerin, engelli insanlara engel teşkil etmeyen sağlık hizmetleri sunumunda zorluklarla karşılaştıkları bildirilmektedir. Benzer şekilde, bu çalışma aynı zamanda gelişmekte olan bir ülke olan Botswana'da engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişirken sorunla karşılaştıkları sonucuna varmıştır.

Araştırma sonucunda, engelli bireylerin yaygınlığı ölçülmemiştir. Bunun yerine katılımcıların fonksiyonel kısıtlamaları üzerinde durulmuştur. Çalışma şiddetli veya orta düzeyde fonksiyonel kısıtlılığı olan engelli katılımcılardan oluşmaktadır. Buna, çalışma için kabul edilen önerilen engellilik tanımının önerdiği şekilde duyuşal, entelektüel, fiziksel, duyuşal ve zihinsel engelli insanlar da dahildir (UNCRPD, 2006). 2011'de Botswana'da yapılan son nüfus sayımı sonuçlarına göre, engelli insanlar toplam nüfusun %2.29'unu kapsayan toplam 59103'ü oluşturmaktadır (Mmatli vd., 2013). Bu çalışma, Botswana'nın başkenti Gaborone'de yaşayan 401 engelli kişiden oluşmaktadır. Çalışmanın sonuçları, sağlık hizmetlerine erişirken engellilerin deneyimleriyle ilişkili farklı demografik değişkenlerin olduğunu kaydetmiştir. Bu çalışma, diğer eğitim nitelikleri ile karşılaştırıldığında, eğitimsiz (%4.5) daha az sayıda katılımcı kaydetmiştir. Bu, eğitim düzeyi düşük katılımcıları bildiren diğer çalışmaların aksinedir (Kuper vd., 2014; Groce ve Bakshi, 2009; Filmer, 2008). Bu sonuçlar Botswana'da kullanılan ücretsiz eğitim sistemine, her vatandaşın ödemesiz eğitim hizmetlerine gönüllü olarak erişmelerini sağlayan bir kaynak olarak verilebilmektedir.

Bununla birlikte katılımcılar daha yüksek düzeyde eğitim bildirirse de, bu çalışmanın sonuçları yüksek düzeyde (%78.1) işsizlik bildirmiştir. Bu bulgular, engelliler arasında yüksek oranda işsizlik olduğunu bildiren diğer çalışmaları desteklemektedir (Barron ve Ncube, 2010; Mitra, 2010; Mont, 2010; WHO, 2011). İşsizlik ve yoksulluğun, engellileri etkileyen sosyo-kültürel etkilerden biri olarak belirtildiği göz önüne alındığında (Yeo ve Moore, 2003; Filmer, 2008), bu çalışmadaki katılımcıların çoğunluğunun düşük aylık gelir rapor etmesi beklenmektedir. Katılımcıların %92.1'i aylık ortalama geliri 3000 BWP'den (1670 TL) düşük ve ortalama 879,78 BWP olduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlar, hükümetin engelli ve engelli olmayan kişiler arasındaki eşitsizliği en aza indirmeye çabasına rağmen, engelli insanları işe almayan birçok kuruluşun mevcut olmasına bağlanabilmektedir.

Ek olarak çalışanlara genellikle düşük ücret ödenir ve daha az önemli işlerde çalışırlar (Maia vd., 2011). Sınırlı finansmanın, engelli kişilerin sağlık hizmetlerine erişme kabiliyeti üzerinde etkileri olması muhtemeldir; bu nedenle farklı sosyo-demografik özelliklerin sağlık hizmetlerine erişilebilirlik üzerindeki etkilerini anlamak önemlidir. Bu çalışmanın sonuçları Mitra (2006) tarafından yapılan bir çalışmayı desteklemekte ve buna göre engelli kişilerin sağlık hizmetlerine erişmelerini engelleyen yüksek işsizlik oranı ve düşük aylık gelir içeren farklı sosyal kısıtlamalarla karşı karşıya olduğunu göstermektedir.

Penchansky ve Thomas'a (1981) benzer şekilde, bu çalışmada sağlık hizmetlerine erişim kavramının 5 boyutu tanımlanmıştır. Bununla birlikte, bu yazarlar tarafından benimsenen konaklama ve kullanılabilirliğin aksine, bu çalışma açılımcı faktör analizden ifadelerin uygunluğuna dayanarak, deneyim ve kalite olmak üzere diğer iki erişim boyutlarını keşfetmiştir. Uygun fiyatlı sağlık hizmetlerinin sağlanması, engelliler için çok önemlidir. Elde edilen sonuçlara göre “masrafları karşılayabilirlik” boyutu 3.284 olan en yüksek aritmetik ortalamayı kaydetmiştir. Diğer çalışmalara benzer şekilde, bu sonuç engelli kişilerin çoğunun sağlık hizmetlerini finansal olarak kısıtlı olduğu için karşılayamadıklarını ortaya koymuştur (Yeo ve Moore, 2003; Filmer, 2008). Hipotez testi sırasında Tablo 3.19'da belirtilen sonuçlar, masrafları karşılayabilirliğin cinsiyet, eğitim düzeyi ve engellilik nedenine göre farklılık göstermediğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte, medeni durumu, iş durumu ve engellilik türüne göre farklılık göstermiştir.

Sonuçlar ayrıca hastaların sağlık kurumlarına yakınlığının, engelliliği olan kişilerin karşılaştığı sorunlardan biri olarak vurgulandığını da göstermiştir. “Erişilebilirlik” boyutu, olumsuz algılanan ikinci aritmetik ortalaması 3.251 olarak kaydetmiştir. Bu, bazı sağlık tesislerine ulaşmak için uzun mesafelere seyahat etmek zorunda olduklarını bildiren bazı katılımcılar tarafından da ortaya çıkarılmıştır (Shreffler-Grant, 2006). Tablo 3.19'daki sonuçlar erişilebilirliğin sadece cinsiyete göre farklılık gösterdiğini göstermektedir. Sonuçlar, erkeklerin kadınlara kıyasla daha iyi bir erişilebilirlik deneyimine sahip olduğunu göstermektedir. Kadınlar toplumdaki dezavantajlı grubun bir parçası olarak anılmakta bu nedenle engelliliğin erkeklerle karşılaştırıldığında daha da duyarlı olmalarını sağlamaktadır.

Engellilerin, kalite 2.363, deneyim 2.278 ve kabul edilebilirlik 2.198 için orta dereceye yakın ortalama puan aldığı görülmüştür. Bu sonuçlara göre, katılımcıların bakım kalitesi konusundaki algılarının ılımlı olmasına rağmen sağlık çalışanlarının engellilere sunulan hizmetler hakkında sınırlı bilgiye sahip olduğu görülmekte ve aynı zamanda engellilikle ilgili sağlık tanı ve tedavisi hakkında bilgi eksikliği olduğu durumlar da bulunmaktadır. Bu, engellilerin, sağlık personeli ve hizmet sağlayıcılarının, yetersizliği olan insanlarla çalışma konusundaki bilgi ve deneyim eksikliğinden dolayı, engellilerin durumlarına karşı duyarsız olduklarını ileri sürdüğü fikrini desteklemektedir (Kritzinger vd., 2014; Gaihre vd., 2016). Algılanan bakım kalitesi yalnızca katılımcıların engellilik türüne göre farklılık göstermektedir.

Diğer çalışmaların aksine (Mprah, 2013; Mulumba vd., 2014; Ganle vd., 2016; Burke vd., 2017), bu çalışmanın sonuçlarına göre, engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişirken genellikle sağlık hizmeti sağlayıcıları ile pozitif bir ilişki içinde oldukları ortaya çıkmıştır. Sağlık sağlayıcılarının kibar ve yardımcı oldukları bildirilmekte ve engelli insanlara karşı ayrımcılık yapmamaktadır. Bununla birlikte bu çalışmada katılımcıların sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından engellilere yönelik olumsuz tutumları bildirdikleri durumlar olmuştur. Son olarak bu çalışmada engelli bireylerin kabul edilebilirlik düzeyi de genel olarak yüksektir. Katılımcıların sağlık hizmeti sağlayıcılarının kendilerini tedavi etme şeklinden memnun olduklarını belirttiklerini göz önünde bulundurarak, engellilerin durumlarını daha fazla kabul etmeleri ve tıbbi bakım aramaları beklenir (Ganle vd, 2016).

**Tablo 3.19. Araştırma Hipotez Sonuçları**

<b>HİPOTEZLER</b>	<b>SONUÇLAR</b>
H1a: Sağlık hizmetlerinin engelliler için masrafları karşılayabilirliği cinsiyete göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H1b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi</b>
H1c:Engelliler için sağlık hizmetlerinin kalitesi cinsiyete göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H1d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H1e:Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği cinsiyetlerine göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi</b>
H2a: Sağlık hizmetlerinin engelliler için masrafları karşılayabilirliği medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi</b>
H2b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H2c: Engelliler için sağlık hizmetlerinin kalitesi medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H2d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H2e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği medeni durumlarına göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H3a: Sağlık hizmetlerin engelliler için masrafları karşılayabilirliği eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H3b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi</b>
H3c: Engelliler için sağlık hizmetlerinin kalitesi eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi</b>
H3d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi</b>
H3e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H4a: Sağlık hizmetlerin engelliler için masrafları karşılayabilirliği istihdam duruma göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi</b>
H4b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi istihdam duruma göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H4c: Engellilerin için sağlık hizmetlerinin kalitesi istihdam duruma göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H4d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi istihdam duruma göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H4e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği istihdam duruma göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H5a: Sağlık hizmetlerinin engelliler için masrafları karşılayabilirliği engellilik türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi</b>
H5b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi engellilik türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi</b>
H5c: Engelliler için sağlık hizmetlerinin kalitesi engellilik türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi</b>
H5d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi engellilik türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi</b>



H5e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği engellilik türüne göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H6a: Sağlık hizmetlerin engelliler için masrafları karşılayabilirliği engelliliğin nedenine göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H6b: Sağlık hizmetlerine erişirken engelli bireylerin deneyimi engelliliğin nedenine göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H6c: Engelliler için sağlık hizmetlerinin kalitesi engelliliğin nedenine göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>
H6d: Sağlık hizmetlerine erişirken engelliler için kabul edilebilirlik düzeyi engelliliğin nedenine göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklendi</b>
H6e: Engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği engelliliğin nedenine göre farklılık göstermektedir.	<b>Desteklenmedi</b>

Genel olarak bu çalışma, engellilerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin bir kısmından memnun olduklarını ortaya koymuştur. Bununla birlikte, engelli kişilerin sağlık hizmetlerine erişiminin önündeki engeller olarak kaydettiği bazı hususlar vardır. Bu çalışma, bazen engelli kişilerin sağlık hizmetlerine erişmelerini engelleyen yasal düzenleme eksiklikleri olduğunu ortaya koymuştur. Elde edilen sonuçlara göre, katılımcıların çoğunluğu (%62.6) engelli insanlara yardım etmeyi amaçlayan hükümet programlarından yararlanmamaktadır. Bazı katılımcılar ayrıca, engellilere sunulan farklı programlardan yararlanma imkânı sağlayabilecek bir engelli kartının olmadığını da bildirmişlerdir. Bu sonuçlar, engellilere sağlanan farklı faydalar hakkında bilgi eksikliği ile ilişkilendirilebilmektedir (Birleşmiş Milletler, 2018). Bu sonuçlar, 2005 yılında Hindistan’da kırsal alanda yapılan ve engellilerin %95’inin Engellilik Yasası’ndan haberdar olmadıklarını ve bu kişilerin %60’ının Hindistan Engellilik ayığının farkında olmadıklarını gösteren bir çalışmayı desteklemektedir (World Bank, 2007).

Bu çalışma, engelli kişilerin, özellikle fiziksel ve duyuşsal engelli kişiler olmak üzere sağlık hizmetlerine erişirken fiziksel engellerle karşılaştıklarını ortaya koymuştur. Bu engeller arasında rampa eksikliği, asansör eksikliği ve engelli insanlar için park yeri eksikliği yer almaktadır. Bu çalışmanın sonuçları, sağlık hizmetlerine erişirken engelli kişilerin karşılaştıkları fiziksel engellerin bir kısmı olarak bu engelleri tanımlayan birçok araştırmayı desteklemektedir (Ahumuza vd., 2014; Mulumba vd., 2014; Eide vd., 2015; Gaihre vd., 2016; Ledger, 2016; Burke vd., 2017). Ayrıca, çalışmanın sonuçları sağlık çalışanlarıyla engelliler arasındaki bazı iletişim engellerini de genişletmiştir. Bu problem çoğunlukla duyuşsal (Mprah, 2013; Mulumba vd., 2014; Ganle vd., 2016; Ledger, 2016; Burke vd., 2017) ve zihinsel engelli katılımcılar (Baart ve Taaka, 2017) arasında ortaya çıkmaktadır. Ek olarak, Gaihre ve arkadaşları, (2016);

Ganle ve arkadaşları, (2016) tarafından yapılan çalışmalara benzer şekilde, bu çalışmanın sonuçları, sağlık hizmeti sağlayıcılarının çoğunun, işaret dilini anlamadığını ve bu tür hizmetler ihtiyacı olanlara yardım etmek için atanmış hiçbir insan olmadığını ortaya koymuştur. Sonuç olarak, iletişimdeki bu problem, hastanın sağlığı için tehlike oluşturan yanlış reçetelere yol açabilmektedir (Mprah, 2013; Ganle vd., 2016; Ledger, 2016).

Baart ve Taaka (2017) tarafından yapılan bir araştırma bulgularının aksine, çalışmanın sonuçları, engelli bireylerin ailelerinin ve bakıcılarının çoğunlukla onlardan utanmadığını veya kendilerini utandırmadığını ortaya koymuştur. Ankete katılanlar ailelerinin kendilerine destek sunduğunu ve bazı durumlarda bile hastaneye / kliniğe gitmelerini önermişlerdir. Bu, yanıt verenlerin sağlık hizmetlerine erişme ve genel olarak engelli olmalarına yönelik tutumlarında belirgindir. Sosyal destek ve çevrelerinden aldıkları olumlu etki nedeniyle, özgüvenleri yüksek olma eğilimindedir, bu nedenle tıbbi yardıma ihtiyaç duyduklarında hastaneye / kliniğe gitme olasılıkları yüksektir. Bu, engellilerin kendileri ve aldıkları destek hakkındaki duygularının sağlık hizmetlerini ziyaret etme isteklerini etkileyebileceği fikrini desteklemektedir (Ledger, 2016; Kritzinger vd, 2014). Bu çalışma, olumlu sosyal desteğin engelli kişilerin sağlık hizmetlerine erişmesini sağladığı sonucuna varmıştır.

Ahumuza ve arkadaşları, (2014); Eide arkadaşları, (2015); Ganle arkadaşları, (2016); Burke arkadaşları, (2017) çalışmalara benzer şekilde; ulaşım, konum ve uzaklık, bu çalışmada engelliler için sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller olarak kaydedilmiştir. Hareketlilikle ilgili ve bireysel engeller olarak kabul edilen engeller, sağlık tesislerini ve hizmetlerini ziyaret ederken aileden destek yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Bu, sağlık hizmetlerine erişirken onlara eşlik edecek hiç kimsenin olmadığı zorluklarla karşılaştıklarında çoğunlukla görme veya fiziksel engelli olanları etkilemektedir (Ganle vd, 2016). Uganda'da yapılan bir çalışmada, toplu taşıma araçlarını kullanmaya çalışırken, engelli kişilerin taksi şoförleri veya yolcular tarafından reddedildiklerini veya utanç duyduklarını bildirmiştir (Ahumuza vd, 2014). Benzer şekilde, Zambiya, Uganda ve Gana'da yapılan araştırmalar, çoğu zaman engelli insanların, dolaşmaları için kendilerine yardımcı olacak bir asistana sahip olmaları gerektiğini bildirmiştir (Tun vd, 2016).

## SONUÇ

Engelli bireyler için kaliteli sağlık hizmetlerine eşit erişim, onların refahı için çok önemlidir. Bu çalışmada, engellilerin yaşadıkları deneyimler, mevcut hizmetleri hakkında bilgi ve sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştıkları engeller değerlendirilmiştir. Bu araştırma kapsamında Gaborone’de yaşayan 401 engelli bireyleri ile anket yapılmıştır. Bu çalışma, katılımcıların daha yüksek bir eğitim seviyesine sahip olmalarına rağmen çoğunlukla işsiz olduklarını ve düşük aylık gelir elde ettiklerini ortaya koymuştur. Çalışma, Gaborone’de yaşayan engellilerin yasal düzenleme eksiklikleri, sosyal engeller ve bireysel engeller dahil olmak üzere sağlık hizmetlerinde engellerle karşılaştıkları sonucuna varmıştır.

Sonuçlar, engellilerin sağlık hizmetlerine erişebilmek için karşılaştıkları en büyük sorunlardan birinin uzun süre bekledikleri yönünde belirtmiştir. Engelli olmayan kişilerin, hükümet tarafından engellilere öncelik verildiği belirtilmiş olsa da, öncelikle sağlık hizmetlerine erişime izin vermediklerini bildirmişlerdir. Benzer şekilde eczanelerde reçeteli ilaçların bulunmaması, sağlık hizmetlerine erişimdeki ilgili konulardan biri olarak kaydedilmiştir. Bazı katılımcılar, reçete edilen ilaca erişebilmeleri için bazen bir süre beklemeleri gerektiğini bildirmiştir. Son olarak, sağlık hizmetlerine erişim, masrafları karşılayabilirlik, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik, kalite ve deneyim olmak üzere 5 boyutla tanımlanmış görünmektedir.

Bu çalışma, sağlık hizmetlerine erişirken farklı türden engellilerin yaşadığı farklı deneyimleri ve engelleri incelemeyi amaçlamaktadır. Çalışma Gaborone’de yapılmıştır ve engelliler için sağlık hizmetlerine erişimde önemli yönler ortaya çıkarmıştır. Çalışma, engelli kişilerin sağlık hizmetlerine erişirken birçok engelle karşılaştıklarını keşfetmiştir. Bu nedenle, çalışma Botsvana’da engelli kişilerin hizmet sunumunu geliştirmek için politika, araştırma ve uygulamaya dayalı olarak aşağıdaki önerileri öne çıkarmıştır.

1. Çalışmanın sonuçları, uzun kuyrukların ve bekleme süresinin engelli insanların karşılaştığı asıl sorun olduğunu ortaya koymuştur. Bazı durumlarda engelli olmayan kişiler muayene ve tedavi için engelli insanların ilk önce girmesine izin vermeyi reddetmektedir. Ek olarak, sağlık çalışanlarının aralarında hastalarına yardım etmeleri için kimseyi

görevlendirmeden ara vermeye gittiği durumlar vardır. Bunlar, sağlık profesyonelleri için davranış kurallarının uygulanması ve sağlık hizmetlerine erişimde engellilere öncelik verilmesini sağlayan kural ve düzenlemelerin uygulanması ile ele alınabilmektedir. Ek olarak, personel yetersizliği, engellilere hizmet sunumunu etkileyen faktörlerden biri olarak kaydedilmiştir. Uzman bir doktorla tanışmak için insanların aylarca beklemek zorunda kaldığı durumlar vardı. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığı'nın sağlık tesislerinde sağlık hizmeti sunum talebini yerine getirebilecek daha fazla sağlık çalışanı işe alması önerilmektedir.

2. Çalışma sırasında keşfedilen başka bir endişe verici faktör, hastaların tıbbi kayıtlarını tutmak için kağıda dayalı bir sistem kullanmanın etkisidir. Elde edilen sonuçlara göre, bazı hastaların tıbbi geçmiş raporlarını sunamadıkları için hizmet reddedilmiştir. Bir kağıt, özellikle hastalar bu tıbbi kayıtları kendileri tutmak zorunda kaldıklarında kolayca kaybedilecek bir şeydir. Bu nedenle, Sağlık Bakanlığının, hastaların tıbbi kayıtlarını dosyalamak için son teknolojiyi sağlık sistemlerine kullanmayı benimsemesi çok etkili olacaktır. Hastanın tıbbi geçmiş kaydı bilgisayar bulutunda tutulursa, sağlık çalışanlarının hastalarının tıbbi geçmişine çok kolay ve rahat bir şekilde erişmelerini sağlayabilmektedir. Bu aynı zamanda gizlilik seviyesini de artırabilir, çünkü hastanın tıbbi raporlarını bir kağıda kaydedilen raporları sakladığında aksine, sadece tıbbi personel ve hasta tıbbi geçmişine erişebilmektedir.
3. Çalışma ayrıca hastanelerde / kliniklerde kullanılan ilaç ve ekipmanların yetersiz olduğunu da ortaya koymuştur. Bu nedenle, bu hizmetlerin dağıtımında ve stoklanmasında yer alan tüm sistemlerin izlenmesi ve bu konudaki sorumlu tutulmaları önerilmektedir. Ek olarak, hizmet sunumu için gerekli ekipmanların, engelli kişiler sağlık hizmetlerine eriştiğinde hazır olmasını sağlamak için finansman sağlanmalıdır.
4. Benzer şekilde, sonuçlar engellilerin sağlık hizmeti standartlarının yetersiz olduğunu bildirdiğini ortaya koymuştur. Hastanelerde yatak yetersizliği nedeniyle yerde yatması gereken bazı hastalar vardır. Benzer şekilde, asansör, rampa ve park yerlerinin bulunmaması, engelli kişilerin

karşılaştıkları engellerden bazıları olarak da belirtilmiştir. 2011 Botswana Ulusal Sağlık Politikası, mimari yönleri de içeren tesislerin standardıyla ilgili olarak daha önce var olan bazı eksiklikleri vurguladığında, bu eksiklikler henüz yeterince ele alınmamış gibi görünmektedir. Bu nedenle, Engelliler için hizmetlere kolay erişilebilirliği sağlamak için Sağlık Bakanlığı'nın etkili uygulama ve izlemeye izin veren düzenlemeleri ve standartları uygulaması gerekmektedir.

5. Çalışmanın bulguları ayrıca, engellilerin çoğunlukla işsiz olduklarını ve daha düşük eğitim niteliklerine sahip olduklarını ortaya çıkarmıştır. Bu da sağlık hizmetlerine erişim deneyimlerini etkilemektedir. Bu nedenle, Botswana Hükümeti'nin, eğitim ve istihdama kolayca erişebilecekleri engelliler için fırsatlar yaratması ve böylece sağlık hizmetlerine erişimdeki deneyimlerini geliştirmesi önerilmektedir.
6. Çalışma, engelli insanlara yönelik hizmetlerin varlığında bile, bu hizmetlerden yararlanmayan bazı kişilerin olduğunu ortaya koymuştur. Bu nedenle, Botswana hükümetinin engelliler için hizmet sunumunun uygulama ve değerlendirme sürecini yeniden değerlendirmesi gerektiğini göstermektedir.
7. Çalışma, sağlık çalışanlarının engellilik sorunları ve hakları konusunda eğitim alması gerektiğini keşfetmiştir. Bu eğitim, iletişim kavramını içermelidir, çünkü sonuçlar, engellilerin, özellikle duyuusal engelli kişilerin, sağlık hizmetlerine erişirken iletişim engelleriyle karşılaştıklarını ortaya koymuştur.
8. Sivil toplum ve hükümet kuruluşları, engelliler için sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini savunmalı ve engellilerin toplumda sağlanan her sisteme ve hizmete dahil edilmesini sağlamalıdır.
9. Bu çalışma Gaborone'de engelli olanlarla sınırlıymış, bu nedenle Botswana'da engelliler için sağlık hizmetlerine erişim konusunda bilgi üretmek için Botswana'nın diğer bölgelerinde daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Diğer çalışmalar, sonuçların Botswana'da engelli olan tüm nüfusa genelleştirilmesine olanak tanıyabilir ve önerilen müdahalelerin engelli her kişi için uygun olmasını sağlayabilmektedir.

10. Son olarak, araştırmacılar sağlık hizmetlerine erişirken Botsvana'da engelli insanların deneyimlerini keşfetmek için farklı araştırma yöntemleri, istatistiksel önlemler ve daha büyük örneklem büyüklükleri kullanılmalıdır.



## KAYNAKÇA

- Ali, A., Scior, K., Ratti, V., Strydom, A., King, M., ve Hassiotis, A. (2013), "Discrimination and Other Barriers to Accessing Health Care: Perspectives with Mild and Moderate İntellectual Disability and Their Carers", *PLoS One*, 8(8).
- Adger, W. N., Dessai, S., Goulden, M., Hulme, M., Lorenzoni, I., Nelson, D. R., vd. (2009), "Are There Social Limits to Adaptation to Climate Change?", *Climate change*, 335-354.
- Ahumuza, S. E., Matovu , J. K., Ddamulira , J. B., ve Muhanguzi , F. (2014), "Challenges in Accessing Sexual and Reproductive Health Services by People with Physical Disabilities in Kampala, Uganda", *Reproductive Health*, 11(1), 59.
- Al Ju'beh, K. (2015), "*Disability İnclusive Development Toolkit*", Bensheim: CBM.
- Al-Jadid, M. S. (2013), "Disability in Saudi Arabia", *Saudi Med J*, 453–460.
- American Psychiatric Association. (2000), "*Diagnostic criteria from DSM-IV-TR*", D.C: American Psychiatric Association.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2004), "*Disability and its Relationship to Health Conditions and Other Factors*", AINW: Canberra.
- Ayrancı, Ü., ve Yenilmez , Ç. (2001), "Eskişehir İlindeki Sağlık Ocaklarında Konulan Ruhsal Hastalık Tanıları ile Sosyoekonomik Durum Arasındaki İlişki", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2, 87-98.
- Baart, J., ve Taaka, F. (2017), "Barriers to Healthcare Services for People with Disabilities in Developing Countries: A Literature Review", *DCID*, 26-40.
- Banks, L. M., Mearkle, R., Mactaggart, I., Walsham, M., Kuper, H., ve Blanchet, K. (2016), "Disability and Social Protection Programmes in Low and Middle-Income Countries: A Systematic Review", *Oxford Development Studies*, 223-239.
- Barbee, E. L. (1986), "Biomedical Resistance to Ethnomedicine in Botswana", *Soc. Sci. Med.*, 78-80.
- Barcelona Declaration. (1995), "*The City and The Disabled*", Barcelona: Barcelona Declaration.
- Barnes, C., Mercer, G., ve Shakespeare, T. (1999), "*Exploring Disability: A Sociological İntroduction*", Cambridge: Polity Press.
- Barnes, C., ve Mercer, G. (2004), "*Implementing The Social Model of Disability: Theory and Research*", Leeds: The Disability Press.
- Barnes, C., Mercer, G., ve Shakespeare, T. (2010), "The Social Model of Disability", A. Giddens , ve P. Sutton (Dü) içinde, "*Sociology: Introductory Readings*", (Cilt 3, s. 161–166,). Cambridge: Polity Press.

- Barron, T., ve Ncube , J. M. (2010), "*Poverty and Disability*", London: Leonard Cheshire Disability.
- Bernardes, L. C., Maior, I. M., Spezia, C. H., ve Araújo, T. C. (2009), "Persons with Disabilities and Brazilian Healthcare Policies: Thoughts about Bioethics", *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 31-38.
- Bindawas, S. A., ve Vennu, V. (2018), "The National and Prevalence Rates of Disability, Type of Disability and Severity in Saudi Arabia- Analysis of 2016 Demographic Survey", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1-11.
- Bothale, E., Mogopodi , L., Mothusi, B., ve Motshegwa, B. (2015), "*A Political Economy Analysis of Social Protection Programmes in Botswana*", Nairobi: PASGR.
- Bothomilwe, M. Z., ve Sebudubudu, D. (2011), "Elections in Botswana:A Ritual Enterprise?", *The Open Area Studies Journal*, 96-103.
- Botswana Central Statistics Office. (2011), "*Population and Housing Census: Preliminary Results Brief*", Ekim 28, 2018 tarihinde <http://ecastats.uneca.org/aicmd/Portals/0/Census%202011%20Preliminary%20%20Brief%20Sept%2029%202011.pdf> adresinden alındı
- Botswana Press Agency. (2015, Şubat 22), "Government Introduces Disability Allowance", *Daily News*, s. 1.
- Boys, J. (2017), "Introduction", J. Boys (Dü.) içinde, "*Disability, Space, Architecture: A Reader*", London and New York: Routledge.
- Braithwaite, J., ve Mont, D, (2009), "Disability and Poverty: A Survey of World Bank Poverty Assessments and Implications", *ALTER - European Journal of Disability Research*, 3(3), 219–32.
- British Medical Association. (2007), "*Disability Equality Within Healthcare: The Role of Healthcare Professionals*", London: BMA.
- Burke, E., Kebe , F., Flink, I., van Reeuwijk , M., ve le May, A. (2017), "A Qualitative Study to Explore The Barriers and Enablers for Young People with Disabilities to Access Sexual and Reproductive Health Services in Senegal", *Reproductive Health Matters*, 25(50), 43–45.
- Büyüköztürk, Ş. (2010), "*Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı*", Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Cabieses, B., ve Bird, P. (2014), "Glossary of Access to Health Care and Related Concepts for Low and Middle-Income Countries (LMICS): A Critical Review of International Literature", *International Journal of Health Services*, 44(4), 845–861.



- Callahan, S. T., ve Cooper, W. O. (2006), "Access to Health Care for Young Adults with Disabling Chronic Conditions", *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 160(2), 178–182.
- Carlson, L. (2010), *The Faces of Intellectual Disability*, Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2006), "Environmental barriers to health care among persons with disabilities – Los Angeles County, California 2002-2003", *Morbidity Mortality Weekly Report*, 55(48), 1300–1303.
- Central Statistics Office. (2005), *2001 Population Census Atlas*, Gaborone: CSO.
- Christian Blind Mission (CBM). (2016), *Inclusion Counts: The Economic Case for Disability Inclusive Development*, Germany: Bensheim.
- CIA. (2013), *The World Factbook: Botswana*, Ekim 17, 2018 tarihinde <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bc.html#top> adresinden alındı
- Clench-Aas, J. (2007), *Socio-Demographic Differences in Use and Access to Health Services in Norway – A Summary of Current Knowledge*, Oslo: NOKC.
- Comaroff, J. (2002), "Fragmented Worlds, Coherent Lives: The Politics of Difference in Botswana", P. Motzafi -Haller. içinde Westport, Conn: Bergin & Garvey.
- Courtney-Long, E., Carrol , D., Zhang , Q., Stevens , A., Griffin-Blake, S., Armour , B., vd. (2015), "Prevalence of Disability and Disability Type Among Adults-United States 2013", *CDC*, 777-783.
- Creamer, D. (2009), *Disability and Christian Theology: Embodied Limits and Constructive Possibilities*, Oxford: Oxford University Press.
- D'Alessio, S. (2011), *Inclusive Education in Italy: A Critical Analysis of The Policy of Integrazione Scolastica*, Rotterdam: Sense Publishers.
- Dadun, D., Peters , R., Lusli , M., Miranda-Galarza , B., van Brakel , W., Zweekhorst , M., vd. (2015), "Perceived Barriers for Accessing Health Services Among Individuals With Disability in Four African Countries", *PLoS ONE*, 10(5), 1–13.
- Dadun, D., Peters , R., Lusli , M., Miranda-Galarza , B., van Brakel , W., Zweekhorst , M., vd. (2016), "Exploring The Complexities of Leprosy-Related Stigma and The Potential of A Socio-Economic Intervention in A Public Health Context in Indonesia", *DCID*, 10(5), 5-23.
- Daniels, N. (1982), "Equity of Access to Health Care: Some Conceptual and Ethical Issues", *Milbank Mem Fund Q*, 60, 51–81.
- Danquah, L., Polack , S., Brus , A., Mactaggart, I., Houdon, C. P., Senia , P., vd. (2015), "Disability in Post-Earthquake Haiti: Prevalence and Inequality in Access to Services", *Disabil Rehabil.*, 37(12), 1082-1089.

- Dönmez, L., Dedeoğlu, N., ve Özcan, E. (2000), "Sağlık Ocaklarına Başvuranlarda Ruhsal Bozukluklar", *Türk Psikiyatri Dergi*, 11, 198-203.
- Economic Commission for Africa (ECA). (2016a), "*African Social Development Index: Measuring Human Exclusion for Structural Transformation – Report for Southern Africa*", Addis Ababa: ECA.
- Economic Commission for Africa. (2018), "*Country Profile 2017 - Botswana*", Addis Ababa: Economic Commission for Africa.
- Eide, A. H., Loeb, M. E., Van Rooy, G., ve Fuller, B. (2003a), "*Living Conditions Among People with Disabilities in Namibia*", Oslo: SINTEF.
- Eide, A. H., Nhwatiwa, S., Muderredzi, J., ve Loeb, M. E. (2003b), "*Living Conditions Among People with Activity Limitations in Zimbabwe – A Representative Regional Survey*", Oslo: SINTEF.
- Eide, A. H., ve Kamaleri, Y. (2009), "*Living Conditions Among People with Disabilities in Mozambique*", Oslo: SINTEF.
- Eide, A. H., ve Mmatli, T. (2016), "*Living Conditions Among People with Disability in Botswana*", Oslo: SINTEF Health Research.
- Eide, A. H., Mannan, H., Khogali, M., van Rooy, G., Swartz, L., Munthali, A., vd. (2015), "Perceived Barriers For Accessing Health Services Among Individuals with Disability in Four African Countries", *PLOSone*, 1-13.
- Engelgau, M. M., Geiss, L. S., Saaddine, J. B., Boyle, J. P., Benjamin, S. M., Gregg, E. W., vd. (2004), "The Evolving Diabetes Burden in The United States", *Annals of Internal Medicine*, 945-950.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., vd. (2013), "Burden of Depression Disorder by Country, Sex, Age and Year: Findings From The Global Burden of Disease Study 2010", *PLOS Medicine*.
- Filmer, D. (2008), "Disability, Poverty and Schooling in Developing Countries: Results From 14 Households Surveys", *The World Bank Economic Review*, 22(1), 141-163.
- Frenk, J. (1992), "The Concept and Measurement of Accessibility", K. L. White, J. Frenk, C. Ordonez, J. M. Paganini, ve B. Starfield (Dü) içinde, "*Health Services Research: An Anthology*", (s. 858–864). Washington: Pan American Health Organization.
- Ganaie, S. A., Beigh, A. M., Mir, S. M., Shah, S. A., Hussain, A., Dar, A. H., vd. (2015), "Social Maturity and Problem Behaviour in Children with Autism Spectrum Disorders and Intellectual Disability", *Neuropsychiatry*, 16-24.
- Ganle, J. K., Otupiri, E., Obeng, B., Edusie, A. K., Ankomah, A., ve Adanu, R. (2016), "Challenges Women with Disability Face in Accessing and Using Maternal Healthcare Services in Ghana: A Qualitative Study", *PLoS ONE*, 11(6), 1–13.

- Genç, Y., ve Seyyar, A. (2010), "*Sosyal Hizmet Terimleri (Ansiklopedik "Sosyal Pedagojik Çalışma" Sözlüğü)*", Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- Giddens, A. (2006), "*Sociology*", Cambridge: Polity.
- Gironi, J. B., ve Santos, S. M. (2011), "Physical Disability in the Elderly and Accessibility on Primary Health Care: Integrative Review of the Literature", *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32, 378-384.
- GOB. (2010), "*Revised National Population Policy – 2010*", Gaborone: Ministry of Finance and Development Planning.
- Goddard, M., ve Smith, P. (2001), "Equity of Access to Health Care Services: Theory and Evidence From UK", *Social Science Medicine*, 1149-1162.
- Groce, N., ve Bakshi, P. (2009), "*Illiteracy Among Adults with Disabilities in The Developing World: An Unexplored Area of Concern (Working Paper Series No. 9)*", London: Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre.
- Guernsey, K., Nicoli, M., ve Ninio, A. (2006), "*Making Inclusion Operational: Legal and Institutional Resources for World Bank Staff on The Inclusion of Disability Issues in Investment Projects. Law and Development Working Paper Series: No.1*", Washington, DC: World Bank.
- Güneş, N., ve Akçamete, G. (2014), "Özel Gereksinimi Olan Bireylerin Mesleki İstihdamı: Çorum İli Örneği", *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 15(3), 1-15.
- Güney, D., ve Göller, V. (2014), "Konaklama İşletmelerinde Engelli İstihdamı: Potansiyel Engelli İş Görenlere Yönelik Bir Uygulama", A. Kılıçlar (Dü.), "*Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi 15. Ulusal Turizm Kongresi: Engelsiz Turizm*", içinde (s. 1014- 1022). Ankara: Nobel Yayınları.
- Haddad, S., ve Mohindra , K. (2002), "*Access, Opportunities and Communities: Ingredients For Health Equity in The South. Paper Presented at The Public Health And International Justice Workshop*", New York: Carnegie Council on Ethics and International Affairs.
- Harris , J. C. (2006), "*Intellectual Disability: Understanding its Development, Causes, Classification, Evaluation, and Treatment*", New York, NY: Oxford University Press.
- Harvey, C. (1992), "*Botswana: Is the Economic Miracle Over? IDS Discussion Paper*", Institute of Development Studies .
- Harvey, C., ve Lewis, S. R. (1990), "*Policy Choice and Development Performance in Botswana*", London: Macmillan.
- Hinton, P. R., Brownlow, C., McMurray, I., ve Cozens, B. (2004), "*SPSS Explained*", London and New York: Routledge: Taylor & Francis Group.

- Hlalele, T., Adeola, R., Okeowo, A., Muleta, D. B., ve Njiti, L. B. (2014), "Botswana", *ADRY*, 151-167 .
- Hodgson, A., Smith, T., Gagneux, S., Akumah, I., Adjuik, M., Pluschke , G., vd. (2001), "Survival and Sequelae of Meningococcal Meningitis in Ghana", *International Journal of Epidemiology*, 1440-1446.
- Hwang, K., Johnston, M., Tulsy, D., Wood, K., Dyson-Hudson, T., ve Komaroff, E. (2009), "Access and Coordination of Health Care Service for People with Disabilities", *Journal of Disability Policy Studies*, 20(1), 28-34.
- Iezzoni, L. I., Kilbridge, K., ve Park, E. R. (2010), "Physical Access Barriers to Care for Diagnosis And Treatment of Breast Cancer among Women with Mobility Impairments", *Oncology Nursing Forum*, 37(6), 711–717.
- Imrie, R. (2015), "Doing Disability Differently: An Alternative Handbook on Architecture, Disability and Designing for Everyday Life", *Disability & Society* , 30, 486–88.
- Jeon, B., Kwon, S., ve Kim, H. (2015), "Health Care Utilisation by People with Disabilities: A Longitudinal Analysis of The Korea Welfare Panel Study", *Disabil Health J.*, 8, 353–362.
- Johnstone, D. (2012), *"An Introduction to Disability Studies"*, Hoboken: Taylor and Francis.
- Kaiser, R. (1990), "The Clinical and Epidemiological Profile of Tick-Borne Encephalitis in Southern Germany 1994–98: A Prospective Study of 656 Patients", *Brain*, 2067-2078.
- Kamalari, Y., ve Eide, A. H. (2011), *"Living Conditions Among People with Disabilities in Lesotho: A National Representative Study"*, Norway: SINTEF.
- Kasser, S., ve Lytle, R. (2005), *"Inclusive Physical Activity, Human Kinetics"*, IL: Champaign.
- Kirschner, K., ve Curry, R. (2009), "Educating Health Care Professionals to Care for Patients with Disabilities", *Journal of the American Medical Association*, 302(12), 1334-1335.
- Köksal, A. (2010), "Türkiye’de Engelli İstihdamı ve Bir Araştırma", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi.
- Krahn, G. L., Farrell, N., Gabriel, R., ve Deck, D. (2006), "Access Barriers to Substance Abuse Treatment for Persons with Disabilities: An Exploratory Study", *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(4), 375–384.
- Krishnan, T. N. (2000), "Access to Health and the Burden of Treatment in India: An Inter-state Comparison", R. Mohan (Dü.) içinde, *"Disinvesting in Health"*, (s. 208–232). New Delhi: Sage.

- Kritzinger, J., Schneider, M., Swartz, L., ve Braathen, S. H. (2014), "I Just Answer 'Yes' to Everything They Say: Access to Healthcare for Deaf People in Worcester, South Africa and The Politics of Exclusion", *Patient Education and Counselling*, 94(3), 379–383.
- Kroll, T., Jones, G. C., Kehn, M., ve Neri, M. T. (2006), "Barriers and Strategies Affecting The Utilisation of Primary Preventive Services for People with Physical Disabilities: A Qualitative Inquiry", *Health & Social Care in the Community*, 14(4), 284-293.
- Kuper, H., Monteath-Van, D. A., Wing, K., Danquah, L., Evans, J., Zuurmond, M., vd. (2014), "The Impact of Disability on the Lives of Children; Cross-Sectional Data including 8,900 Children with Disabilities and 898,834 Children without Disabilities across 30 Countries", *PLoS ONE*, 9 ( 107300).
- Kuwana, M. R. (2014), "*Barriers to Accessing Healthcare Services for Children with Disabilities in Southern Africa: The Case of Namibia*", Oslo: Oslo and Akershus University College.
- Küey, I., Üstün, B. T., ve Güleç, C. (1987), "Türkiye’de Ruhsal Bozukluklar Epidemiyolojisi Araştırmaları Üzerine Bir Gözden Geçirme Çalışması", *Toplum ve Hekim*, 44, 16-30.
- Lagu, T., Iezzoni, L. I., ve Lindenauer, P. K. (2014), "The Axes of Access- Improving Care for Patients with Disabilities", *The New England Journal of Medicine*, 370(19), 1847–1851.
- Langeni-Mndebele, T. (1997), "*Socio-Cultural Determinants of Fertility in Botswana*", *PhD Thesis, University of Alberta*. Dissertation Abstracts International.
- Ledger, L. (2016), "*Access to Maternal and Newborn Health Services for Women with Disabilities in Timor- Leste*", Australia: CBM.
- Levesque, J. F., Harris, M. F., ve Russell, G. (2013), "Patient-Centred Access to Health Care: Conceptualizing Access at The Interface of Health Systems and Populations", *International Journal for Equity in Health*, 12(18).
- Lewis, P., ve Glaser, C. A. (2005), "Encephalitis. Pediatrics in Review", *American Academy of Pediatrics*, 353-363.
- Loeb, M. E., Eide, A. H., ve Mont, D. (2008), "Approaching the Measurement of Disability Prevalence: The Case of Zambia", *European Journal of Disability Research*, 2, 32–43.
- Loeb, M., ve Eide, A. H. (2004), "*Living Conditions Among People with Activity Limitations in Malawi*", Oslo: SINFET.
- Mahmoudi, E., ve Meade, M. A. (2015), "Disparities in Access to Health Care Among Adults with Physical Disabilities: Analysis of A Representative National Sample for A Ten-Year Period", *Disabil Health J.*, 8, 182–190.

- Maia, L. M., Camino, C., ve Camino, L. (2011), "People with Disabilities in the Labor Market: An Analysis of the Prejudice Based on the Conceptions of Human Resource Professionals", *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 6, 78-91.
- Maulik, P. K., Mascarenhas, M.N., ve Mathers, C. D. (2011), "Prevalence of Intellectual Disability: A Meta-Analysis of Population-Based Studies", *Research in Developmental Disabilities*, 32, 419-436.
- Mavuso, S. S., ve Maharaj , P. (2015), "Access to Sexual and Reproductive Health Services: Experiences and Perspectives of Persons With Disabilities in Durban, South Africa", *Agenda*, 29(2), 1-22.
- McCull, M. A. (2005), "Disability Studies at The Population Level: Issues of Health Service Utilization", *American Journal of Occupational Therapy*, 59(5), 516–526.
- McIntyre, D., Thiede, M., ve Birch, S. (2009), "Access as A Policy-Relevant Concept in Low and Middle-Income Countries", *Health Economics, Policy and Law*, 4, 179-193.
- Meade, M. A., Mahmoudi, E., ve Lee, S. (2015), "The Intersection of Disability and Healthcare Disparities: A Conceptual Framework", *Disability and Rehabilitation*, 37(7), 632–641.
- Merrick, J., ve Merrick, E. (2007), "Equal Treatment: Closing The Gap. A Formal Investigation Into Physical Health Inequalities Experienced by People with Learning Disabilities and/or Mental Health Problems", *J Policy Pract Intellect Disabilities*, 4(1), 73.
- Meyer, B., ve Mok, W. K. (2013), "*Disability, Earnings, Income and Consumption: NBER Working Paper No.18869*", Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Ministry of Health. (2008), "*Human Resources Strategic Plan*", Gaborone: MOH.
- Ministry of Health. (2011), "*National Health Policy 2011 Towards a Healthier Botswana August 2011 FINAL Draft*", Gaborone: MOH.
- Ministry of Health. (2015), "*Master Health Facility List for 2015-2017*", Gaborone: Ministry of Health.
- Mitra, S. (2010), "Disability Cash Transfers in The Context of Poverty and Unemployment: The Case of South Africa", *World Dev*, 38(12), 1692-1709.
- Mitra, S., Findley , P., ve Sambamoorthi , U. (2009), "Healthcare Expenditures of Living with A Disability: Total Expenditures, Out-Of-Pocket Expenses and Burdern, 1996 to 2004", *Arch Phys Med Rehabil*, 90(9), 1532-1540.
- Mitra, S. (2006), "The Capability Approach and Disability", *Journal of Disability Policy Studies*, 16(4), 236-247.

- Mmatli, T. O. (2005), "The Lived Experiences of People with Disabilities in Botswana: An Assessment of The Veracity of The Social Model of Disability", Brisbane, Australia: University of Queensland.
- Mmatli, T., Kebotsamang, K., ve Lesetedi, G, (2013). "*Disability Analysis–Population and Housing Census 2011 Dissemination Seminar*", Gaborone: CSO.
- Modie, T. (1993), "*Towards A System of Mental Health Care in Botswana*", Madison: University of Wisconsin.
- Mont, D., ve Nguyen , C. (2013), "*Spatial Variation in The Disability-Poverty Correlation: Evidence from Vietnam (Working Paper Series No. 20)*", London: Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre.
- Mont, D. (2010), "Social Protection and Disability", T. Barron, ve J. M. Ncube (Dü) içinde, "*Poverty and disability*", London: Leonard Cheshire Disability.
- Mprah, W. K. (2013), "Perceptions About Barriers to Sexual and Reproductive Health Information and Services Among Deaf People in Ghana", *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 24(3), 21–36.
- Mulumba , M., Nantaba , J., Brolan , C. E., Ruano , A. L., Brooker, K., ve Hammonds , R. (2014), "Perceptions and Experiences of Access to Public Healthcare by People with Disabilities and Older People in Uganda", *International Journal for Equity in Health*, 13(76).
- Mupedziswa, R., ve Ntseane, D. (2011), "Social Protection in Southern Africa: New Opportunities. *International Symposium*", University of Johannesburg: Centre for Social Development in Africa.
- Ntseane, D., ve Solo , K. (2004), "Social Protection in SADC: Developing an Integrated and Inclusive Framework – The Case of Botswana", M. P. Oliver, ve E. R. Kalula (Dü) içinde, "*Social Protection in SADC: Developing an Integrated and Inclusive Framework*", (s. 73– 96). Capetown: FES.
- O’Connell, C., Finnerty, J., ve Egan, O. (2008), "*Hidden Voices, Combat Poverty Agency*", Dublin: Poverty Research Initiative.
- Obrist , B., Iteba, N., Lengeler , C., Makemba, A., Mshana, C., Nathan , R., vd.. (2007), "Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action", *PLoS Med*, 1584-1588.
- Oliver, A., ve Mossialos, E. (2005), "Equity of Access to Health Care: Outlining The Foundations for Action", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 655-658.
- Oliver, M., Sapey, B., ve Thomas, P. (2012), "*Social Work with Disabled People*", London: Palgrave Macmillan.
- Olkin, R. (1999), "*What Psychotherapists Should Know About Disability*", New York: Guilford Press.

- Oomen, M. A., Nganji , F., ve Ngcongco , L. D. (1983), "*Botswana's Economy since Independence*", New Delhi: McGraw-Hil.
- Ostrom, E. (2005), "*Understanding Institutional Diversity*", Princeton: Princeton University Press.
- Özdamar, K., (2017), "Eğitim, Sağlık ve Davranış Bilimlerinde Ölçek ve Test Geliştirme Yapısal Eşitlik Modellemesi", Eskişehir: Nisan Yayınları
- Parnes, P., Cameron, D., Christie, N., Cockburn, L., Hashemi, G., ve Yoshida, K. (2009), "Disability in Low-Income Countries: Issues and Implications", *Disability and Rehabilitation*, 31(14), 1170–1180.
- Penchansky, R., ve Thomas , W. J. (1981), "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction", *Med Care*, 19, 127–140.
- Pereira, A. C., ve Passerino, L. (2012), "A Study on the Profile of Disabled Employees in an Organization", *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18, 245-264.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker , D. G., Brieger, W. R., ve Rahman, M. H. (2008), "Poverty and Access to Health Care in Developing Countries. Reducing the Impact of Poverty on Health and Human Development", *Scientific Approaches*, 1136, 161–171.
- Pharr, J. R. (2014), "Accommodations for Patients with Disabilities in Primary Care: A Mixed Methods Study of Practice Administrators", *Global Journal of Health Sciences*, 6(1), 23–32.
- Pınarlıgil, N. B. (2008), "Dezavantajlı Gruplarda Sosyal Karşılaştırma Diyaliz Hastalarının Sosyal Karşılaştırma Süreç ve Eğilimlerinin İncelenmesi", Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi.
- Poteete, A. R. (2017), "*The Political Economy of Botswana*", UNICEF ESARO.
- Purtell, R. (2013), Music and The Social Model of Disability", J. Williams (Dü.) içinde, "*Music and The Social Model: An Occupational Therapist's Approach to Music with People Labelled as Having Learning Disabilities*", (s. 26–32). London: Jessica Kingsley.
- Rathgeber, H. (2018), "Troubling Disability: Experiences of Disability In, Through, and Around Music", Arizona State University.
- Retief, M., ve Letsosa, R. (2018), "Models of Disability: A Brief Review", *HTS Teologiese Studies/Theological Studies*, 1-8.
- RHVP. (2011), "*Frontiers of Social Protection Brief*", RHVP.
- Ricketts, T. C., ve Goldsmith, L. J. (2005), "Access in Health Services Research: The Battle of The Frameworks", *Nursing Outlook*, 53(6), 274-280.
- Rimmerman, A. (2013), "*Social Inclusion of People with Disabilities*", Cambridge: Cambridge University Press.



- Salkin, J., Mpabanga, D., Cowan, D., Selwe, J., ve Wright, M. (Dü). (1997), "*Aspects of The Botswana Economy: Selected Papers*". Gaborone: Lentswe la Lesedi.
- Sans, S., Kesteloot , H., ve Kromhout, D. (1997), "The Burden of Cardiovascular Diseases Mortality in Europe". *European Heart Journal*, 1231-1248.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V. J., Buntinx, W. H., Coulter, D. L., Craig, E. M., vd. (2010), "*Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*" (Cilt 11). Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Scheer, J., Kroll , T., Neri, M. T., ve Beatty , P. (2003), "Access Barriers for Persons with Disabilities – The Consumer’s Perspective". *J Disabil Policy Stud.*, 13(4), 221–230.
- Seyyar, A., ve Genç , Y. (2010), "*Sosyal Hizmet Terimleri (Ansiklopedik “Sosyal Pedagojik Çalışma” Sözlüğü)*". Sakarya: Sakarya Kitabevi.
- Shakespeare, T., ve Watson, N. (1997), "Defending the Social Model". *Disabil Soc*, 12, 293–300.
- Shengelia, B., Murray , C. J., ve Adams , O. B. (2003), "Beyond Access and Utilization: Defining and Measuring Health System Coverage". C. J. Murray , ve D. B. Evans (Dü) içinde, *Health Systems Performance Assessment. Debates, methods and empiricism* (s. 221–234). Geneva: WHO.
- Shepperd, J. A., Emanuel, A. S., Dodd, V. J., ve Logan, H. L. (2016), "The Reliability of Psychological Instruments in Community Samples: A Cautionary Note". *J Health Psychology*, 2033-2041.
- Shreffler-Grant, J. (2006), "Acceptability: One Component in Choice of Health Care Provider". C. A. Winters , & H. J. Lee (Dü) içinde, *Rural Nursing: Concepts, Theory, and Practice* (Cilt 3, s. 235-245). New York: Springer Publishing Company.
- Skinner, D. (2005), "Cultural Perspectives on Developmental Disabilities and Early Intervention". P. Accardo , M. O’Connor-Leppert , P. Lipkin, ve B. Rogers (Dü) içinde, *Early Intervention: Biomedical and Social Perspectives* (s. 71–87). Baltimore: York Press.
- Sommers, A. S. (2006), "Access to Health Insurance, Barriers to Care, and Service Use Among Adults with Disabilities". *Inquiry – The Journal of Health Care Organization Provision and Financing*, 43(4), 393–405.
- Southern Africa Litigation Centre. (2016), "*Accountability and Redress for Discrimination in Healthcare in Botswana, Malawi And Zambia*". Johannesburg: SALC.
- Southern African Development Community (SADC). (2016), "*SADC Statistical Yearbook*". Gaborone: SADC secretariat.

- Stansfeld, S., Clark, C., Bebbington, P., King, M., Jenkins, R., ve Hinchliffe, S. (2016), "Common Mental Disorders". S. McManus, R. Bebbington, R. Jenkins, ve T. Brugha (Dü) içinde, *Mental Health and Wellbeing in England: Adult Psychiatric Morbidity Survey 2014*. Leeds: NHS Digital.
- Tengilimoğlu, D., Akbolat, M., ve Işık, O. (2015), "*Sağlık İşletmeleri Yönetimi*". Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Thiede, M., Akweongo, P., ve McIntyre, D. (2007), "Exploring The Dimensions of Access". D. McIntyre, & G. Mooney (Dü) içinde, *The Economics of Health Equity* (s. 103-123). Cambridge: Cambridge University Press.
- Thomas, D., ve Woods, H. (2003), "*Working with People with Learning Disabilities*". London: Jessica Kingsley Publishers.
- Tomlinson, M., Swartz, L., Officer, A., Chan, K. Y., Rudan, I., ve Saxena, S. (2009), "Research Priorities for Health of People with Disabilities: An Expert Opinion Exercise". *Lancet*, 374(9704), 1857–1862.
- Trani, J. F., ve Loeb, M. (2012), "Poverty and Disability: A Vicious Circle? Evidence From Afghanistan and Zambia". *Journal of International Development*, 24(S1), S19–S52.
- Tun, W., Okal, J., Schenk, K., Esantsi, S., Mutale, F., Kyeremaa, R. K., vd. (2016), "Limited Accessibility to HIV Services for Persons with Disabilities Living with HIV in Ghana, Uganda and Zambia". *Journal of the International AIDS Society*, 19(4), 1–7.
- UN Economic Commission for Africa. (2018), "*Country Profile 2017: Botswana*". Ethiopia: ECA.
- UNCRDP. (2006), "*Convention on The Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol*". New York: UN.
- UNDP. (2013), "*The Rise of the South: Human Progress in a Diverse World. Human Development Report 2013*". New York: UNDP.
- UNESCO. (2017), "*School Violence and Bullying: Global Status Report*". Paris: UNESCO.
- United Nations. (2008), "*Convention on The Rights of Persons with Disabilities*". Aralık 1, 2018 tarihinde <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> adresinden alındı
- United Nations. (2018), "*Disability and Development Report*". New York: United Nations.
- United Nations General Assembly. (1971), "*UN General Assembly Resolution 2,856 (XXVI), On the Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons*". New York.

- UPIAS. (1976), "*Fundamental Principles of Disability*". London: upias.
- Urquieta-Salomón, J., Figueroa, J., ve Hernández-Prado, B. (2008), "El Gasto En Salud Relacionado Con La Condición De Discapacidad: Un Análisis En Población Pobre De México". *Salud Pública de Mex*, 50(2), 136-146.
- USAID. (2008), "*Botswana: 118/119 Biodiversity and Tropical Forest Assessment*". United States Agency for International Development.
- USAID, PEPFAR & Health Policy Project. (2016), "*Health Financing Profile: Botswana*". Washington: Health Policy Project.
- van de Beek, D., de Gans, J., Tunkel, A. R., ve Wijdicks, E. F. (2006), "Community-Acquired Bacterial Meningitis in Adults". *The New England Journal of Medicine*, 44-53.
- Vianna, L. M., Tardelli, P. G., ve Almeida, L. I. (2012), "Inclusão E Mercado De Trabalho: Uma Análise Das Dificuldades Enfrentadas Por Pessoas Com Deficiência Em Ingressar No Mercado De Trabalho Da Grande Vitória (ES)". *Destarte*, 2, 95-109.
- Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., vd. (2013), "Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability for 301 Acute and Chronic Diseases and Injuries in 188 Countries, 1990–2013: A Systematic Analysis for The Global Burden of Disease Study". *The Lancet*, 386(9995), 743–800.
- West, S. L., Luck, R. S., ve Capps, C. F. (2007), "Physical Inaccessibility Negatively Impacts The Treatment Participation of Persons with Disabilities". *Addictive Behaviors*, 32(7), 1494–1497.
- Whitehead, M. (1992), "The Concepts and Principles of Equity and Health". *Int J Health Serv*, 22, 429–445.
- Whitehead, M. (1994), "Who Cares About Equity in The NHS?" *BMJ*, 1284–1287.
- Wilkinson, J., ve Watson, J. L. (2009), "A Comparison of Social Skills Profiles in Intellectually Disabled Adults with and without ASD". *Behavior Modification*, 143-155.
- Wiseman, J. A. (1998), "The Slow Evolution of the Party System in Botswana". *Journal of Asian and African Studies*, 33(3).
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., ve Rehm, J. (2010), "The Size and Burden of Mental Disorders and other Disorders of The Brain in Europe 2010". *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.
- Wong, D. W., Chan, F., Cardoso, E., Lam, C. S., ve Miller, S. (2004), "Rehabilitation Counseling Students' Attitudes Toward People with Disabilities in Three Social Contexts: A Conjoint Analysis". *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 47, 194-204.

- Woodburn, H. (2013), "Nothing About us without Civil Society: The Role of Civil Society Actors in The Formation of The UN Convention on The Rights of Persons with Disabilities". *Political Perspectives*, 7(1), 75-96.
- World Bank. ( 1989), "*World Development Report: Financial Systems and Development*". New York: Oxford University Press.
- World Bank. (2005), "*World Development Report: A Better Investment Climate*". Washington DC: World Bank.
- World Bank, World Health Organisation. (2011), "*World Report on Disability*". Washington, DC.
- World Health Organisation. (2001), "*International Classification of Functioning, Disability and Health*". Geneva: WHO.
- World Health Organisation. (2012), "*World Health Statistics 2012*". Geneva: WHO.
- World Health Organisation. (2018), "*Country Cooperation Strategy at a Glance*". WHO.
- World Health Organization. (1980), "*International Classification of Impairments, Disability and Handicap*". Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2002), "*Injury: A Leading Cause of The Global Burden of Disease, 2000*". Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2004), "*World Report on Road Traffic Injury Prevention*". Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2005), "*Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. WHO global report*". Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2005), "*Mental Health Atlas*". Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2008), "*The Global Burden Of Disease: 2004 Update*". Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2008), "*World Health Statistics*". Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2009), "*Global Status Report on Road Safety: Time for Action*". Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2011), "*World Report on Disability*". Geneva: WHO.
- Yeo, R., ve Moore , K. (2003), "Including Disabled People in Poverty Reduction Work: Nothing About us, Without us". *World Development*, 31(3), 571-590.
- Yeo, R. (2001), "*Chronic Poverty and Disability*". Frome: Chronic Poverty Research Centre.

## **İnternet Kaynakları**

<https://www.akademiportal.com/ozurluleri-anlamak-ozgur-olmaniz-ozurlu-olmamanizamani-degildir/>, Erişimi Tarihi: 12.11.2018

[https://d2z7bzwflv7old.cloudfront.net/cdn\\_image/exW\\_1200/images/maps/en/bc/bc-area.gif](https://d2z7bzwflv7old.cloudfront.net/cdn_image/exW_1200/images/maps/en/bc/bc-area.gif), Erişimi Tarihi: 17.07.2018

<https://encryptedtbn0.gstatic.com/images?q=tbn%3AANd9GcRqvRINDFuv8cU73F5VbkhTZ1C7II-3aJEahDslJIM23WyansAP>, Erişimi Tarihi: 01.09.2018

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212609013000307>, Erişimi Tarihi: 09.01.2019





nedenlerim var.					
<b>13.</b> Hastanelerde / kliniklerde sunulan hizmetler hakkında bilgim yok.	1	2	3	4	5
<b>14.</b> Tedavi için nereye gidileceğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
<b>15.</b> Sağlık hizmeti aramaktan korkuyorum.	1	2	3	4	5
<b>16.</b> Hastaneye / kliniğe gitmeye inanmıyorum.	1	2	3	4	5
<b>17.</b> Bana yardımcı olmak için yapılabilecek hiçbir şey olduğunu sanmıyorum.	1	2	3	4	5
<b>18.</b> Sağlık personelinin sorunumu gizli tutacağına güvenmiyorum.	1	2	3	4	5
<b>19.</b> Durumumdan utanıyorum.	1	2	3	4	5
<b>20.</b> Sağlık tesislerine erişimde fiziksel engeller (örn. Tekerlekli sandalye rampası ve asansör eksikliği) yaşadım.	1	2	3	4	5
<b>21.</b> İhtiyacım olan sağlık hizmetleri hastane / klinikte mevcut değil.	1	2	3	4	5
<b>22.</b> Klinikte / hastanede bekleme süresi çok uzundur.	1	2	3	4	5
<b>23.</b> Reçeteli ilaçlar çoğunlukla mevcut değildir.	1	2	3	4	5
<b>24.</b> Hastanelerdeki ve kliniklerdeki tedavilerim için ekipman yetersizliği var.	1	2	3	4	5
<b>25.</b> Sağlık hizmetlerine erişmeye çalıştım ancak reddedildi.	1	2	3	4	5
<b>26.</b> Hastanede / klinikte olduğumda bana yardımcı olacak bir doktor bulmak zor.	1	2	3	4	5
<b>27.</b> Sağlık hizmetlerine erişirken ayrımcılık ya da kötü muamele yaşadım.	1	2	3	4	5
<b>28.</b> Sağlık hizmeti sunanlar, engelillik durumum hakkında farkındalıktan yoksun.	1	2	3	4	5
<b>29.</b> Daha önce sağlık hizmetlerine erişirken kötü bir deneyim yaşadım.	1	2	3	4	5
<b>30.</b> Sağlık hizmeti sağlayıcısı ile kötü bir ilişki yaşadım.	1	2	3	4	5
<b>31.</b> Sağlık hizmeti sağlayıcısı, bana bakım vermeyi reddetti.	1	2	3	4	5
<b>32.</b> Sağlık hizmeti sağlayıcıların becerileri yetersizdir.	1	2	3	4	5
<b>33.</b> Sağlık hizmetlerine erişirken iletişim engellerini (örneğin, servis sağlayıcı tarafından braille iletişim becerilerinin eksikliği) yaşadım.	1	2	3	4	5
<b>34.</b> Tesislerin standardı yeterlidir.	1	2	3	4	5

*Demografik Bilgiler*

<b>35.Cinsiyetiniz:</b>	[ 1 ] Erkek	[ 2 ] Kadın	
<b>36.Yaşınız:</b>	.....		
<b>37.Medeni Durumunuz:</b>	[ 1 ] Bekar [ 4 ] Boşanmış	[ 2 ] Evli [ 5 ] Ayrılmış	[ 3 ] Dul
<b>38.Dininiz:</b>	[ 1 ] Hristiyanlık [ 4 ] Budizm	[ 2 ] İslâm [ 5 ] Afrika Geleneksel Dinleri	[ 3 ] Hinduizm [ 6 ] Diğerleri (Lütfen belirtiniz): .....
<b>39.Eğitim Durumunuz:</b>	[ 1 ] Eğitim yok [ 4 ] Lise mezunu	[ 2 ] İlköğretim [ 5 ] Lisans eğitimi	[ 3 ] Ortaokul Mezunu [ 6 ] Lisansüstü eğitimi
<b>40.İstihdam durumu:</b>	[ 1 ] Çalışan [ 4 ] Emekli	[ 2 ] İşsiz	[ 3 ] Kendi işinde çalışan
<b>41.Aylık geliriniz:</b>	.....		
<b>42.Engellilere yardım amaçlı hükümet programlarından faydalananıyor musunuz?</b>	[ 1 ] Evet	[ 2 ] Hayır	
<b>43.Engellilik Türü:</b>	[ 1 ] Duyusal Engelli [ 4 ] Sosyal Engelli	[ 2 ] Fiziksel Engelli [ 5 ] Ruhsal Engelli	[ 3 ] Zihinsel Engelli
<b>44.Ne kadar zamandır engellisiniz:</b>	.....		
<b>45.Engelliliğinizin nedeni nedir?</b>	[ 1 ] Doğuştan engelim var	[ 2 ] Hastalık gerektiren engelim var	[ 3 ] Engelim sonradan (kaza vb.) oldu
<b>46. Engelliliğiniz nedeniyle yaşadığınız sorunları yazar mısınız?.....</b>	..... ..... .....		

Anketimiz bitti, katılımınız için teşekkür ederim.



## EK 2- İNGLİZCE ANKET FORMU

### SURVEY FORM

Dear Participant;

*This study aims to investigate access to healthcare services for people with disabilities in the Republic of Botswana. The study is carried out to determine the level of accessibility of health services by people with disability, to identify barriers to the provision of equal health care services and to develop and recommend solutions to the existing problems. The study is conducted purely for academic purposes and the answers provided by the participants will be kept confidential. This study is conducted by Olebeng Mpho Mackenzie a graduate student in Health Management at Suleyman Demirel University in Turkey. Thank you for your help and interest in participating. (Email: olebengmackenzie@yahoo.com).*

**Note:** Choose the appropriate answer by using a tick (✓) to indicate your answer and fill in the blanks where necessary.

1	←—————→					5
Strongly Disagree	1	2	3	4	5	Strongly Agree
	Strongly Disagree	Disagree	Neither Agree Nor Disagree	Agree	Strongly Agree	
1. I have difficulties accessing transport to the hospital/ clinical.	1	2	3	4	5	
2. The hospital / clinic is located in the right place in terms of the geographic location.	1	2	3	4	5	
3. My home is far from the hospital / clinic.	1	2	3	4	5	
4. I do not have any one to accompany me when going to the hospital/clinic.	1	2	3	4	5	
5. I do not have the financial ability to cover my medical bills.	1	2	3	4	5	
6. I am unable to afford the health services i receive from the hospital/clinic.	1	2	3	4	5	
7. I am unable to afford treatment I receive from the hospital/clinic.	1	2	3	4	5	
8. Accommodation in health facilities is insufficient.	1	2	3	4	5	
9. I have no insurance to cover my medical treatments.	1	2	3	4	5	
10. I do not perceive the need to go to the hospital/clinic.	1	2	3	4	5	
11. My family does not perceive the need for me to go to the hospital/clinic.	1	2	3	4	5	
12. I have other commitments that hinder me from visiting the hospital/clinic.	1	2	3	4	5	

<b>13.</b> I am not aware or do not have information on the services provided at the hospitals/clinics.	1	2	3	4	5
<b>14.</b> I do not know where to go for treatment.	1	2	3	4	5
<b>15.</b> I have fear of seeking health care services.	1	2	3	4	5
<b>16.</b> I do not believe in going to the hospital/clinics.	1	2	3	4	5
<b>17.</b> I do not think there is anything that can be done to help me.	1	2	3	4	5
<b>18.</b> I do not trust that the health care staff would keep my problem confidential.	1	2	3	4	5
<b>19.</b> I am ashamed of my condition.	1	2	3	4	5
<b>20.</b> I experience physical barriers (e.g lack or wheelchair ramps and elevators) when accessing health facilities.	1	2	3	4	5
<b>21.</b> The health services I need are not available at the hospital/clinic.	1	2	3	4	5
<b>22.</b> The waiting time at the clinic/hospital is very long.	1	2	3	4	5
<b>23.</b> The prescribed drugs are mostly unavailable.	1	2	3	4	5
<b>24.</b> There is lack of equipment for my treatments at the hospitals/clinics.	1	2	3	4	5
<b>25.</b> I tried accessing the health services but I was denied.	1	2	3	4	5
<b>26.</b> It is difficult to find a doctor to assist me when I am at the hospital/clinic.	1	2	3	4	5
<b>27.</b> I have experienced discrimination/poor treatment while accessing health services.	1	2	3	4	5
<b>28.</b> Health service providers lack awareness about my condition.	1	2	3	4	5
<b>29.</b> I previously had a bad experience when accessing healthcare services.	1	2	3	4	5
<b>30.</b> I have experienced poor relationship with the service provider	1	2	3	4	5
<b>31.</b> The health service provider refused to provide me with care.	1	2	3	4	5
<b>32.</b> The health care providers skills are inadequate	1	2	3	4	5
<b>33.</b> I have experienced communication barriers (e.g lack of brail communication skills) when accessing healthcare services.	1	2	3	4	5
<b>34.</b> The standard of facilities is adequate.	1	2	3	4	5

*Demographic Information*

<b>46. Gender:</b>	[ 1 ] Male	[ 2 ] Female	
<b>47. Age:</b>	.....		
<b>48. Marital Status:</b>	[ 1 ] Single	[ 2 ] Married	[ 3 ] Widowed
	[ 4 ] Divorced	[ 5 ] Separated	
<b>49. Religion:</b>	[ 1 ] Christianity	[ 2 ] İslâm	[ 3 ] Hinduism
	[ 4 ] Buddhism	[ 5 ] African Traditional Religions	[ 6 ] Others (Please specify):.....
<b>50. Educational Status:</b>	[ 1 ] No Education	[ 2 ] Primary education	[ 3 ] Junior School graduate
	[ 4 ] Senior school graduate	[ 5 ] Undergraduate education	[ 6 ] Graduate education
<b>51. Employment Status:</b>	[ 1 ] Employed	[ 2 ] Unemployed	[ 3 ] Self-Employed
	[ 4 ] Retired		
<b>52. Monthly Income:</b>	.....		
<b>53. Do you benefit from government programs aimed at helping people with disabilities?</b>	[ 1 ] Yes	[ 2 ] No	
<b>54. Type of Disability:</b>	[ 1 ] Sensory Disability	[ 2 ] Physical Disability	[ 3 ] Mental Disability
	[ 4 ] Intellectual Disability	[ 5 ] Emotional Disability	
<b>55. How long have you been disabled?:</b>	.....		
<b>56. What is the cause of your disability?</b>	[ 1 ] Disability at birth	[ 2 ] İllness	[ 3 ] Accident

**46. Please write some of the problems you have experienced when accessing healthcare services?**

.....  
.....  
.....

**Thank you for participating.**

### EK 3- SETSVANA ANKET FORMU

#### LENANEO LA TSHEKATSHEKO

##### Go motsayakarolo;

*Tshekatsheko e e ikaeletse go batlisisa phetlhelelo ya ditlamelo tsa botsogo ka ba na le bogole mo Botswana. Dipatlisiso tse di direlwa go sekaseka seelo sa phetlhelelo mo ditlamelong tsa botsogo ka ba na le bogole, go supa dikgoretse tse di ka nnang teng mo go abiweng ga ditlamelo tsa botsogo ka go lekalekana le go supa ditlharabololo tsa mathata a a leng teng. Tshekatsheko e e direlwa go ruta, ka jaalo dikarabo tse di tla fiwang ke batsayakarolo e tla nna sephiri. Tshekatsheko e e dirwa ke mothuti wa 'Health Management' ko sekolong sa Süleman Demirel University ko Turkey ebong Olebeng Mpho Mackenzie. Ke lebogela go bo o tsere karolo mo tshekatshekong e. (email: olebengmackenzie@yahoo.com).*

**Molaetsa:** Tlhopha karabo e e lebaneng ka go dirisa letshwao (✓) go supa karabo ya gago o bo o tlatsa mo phatlheng e e tlogetsweng fa go tlhokafala.

1						5
Go sa dumalana mo go tseneletseng	←—————→					Go dumalana mo go tseneletseng
	1	2	3	4	5	
	Ga ke dumelane mo go tseneletseng	Ga ke dumelane	Ga ke dumelane ebile ga ke ganetse	Ke a dumelana	Ke a dumelana mo go tseneletseng	
1. Ke na le bothata jwa go fitlhelela dipalamo fa ke ya ko sepateleng/kokelong.	1	2	3	4	5	
2. dipatela/dikokelo di agilwe fa go siameng teng.	1	2	3	4	5	
3. Motse wame o kgakala le sepatela/kokelo.	1	2	3	4	5	
4. Ga kena ope yo o ka mpoledisang fa ke ya sepateleng/kokelong.	1	2	3	4	5	
5. Letseno lame ga le letle gore ke ka duelela tsa botsogo.	1	2	3	4	5	
6. Ga kena bokgone jwa go duelela ditlamelo tsotlhe tsa botsogo tse ke di dirisang kwa sepateleng/kokelong.	1	2	3	4	5	
7. Ga kena bokgone jwa go duelela kalafe e ke e tsayang kwa sepateleng/kokelong.	1	2	3	4	5	
8. Boroko mo go tsa botsogo ga bo lekane.	1	2	3	4	5	
9. Ga kena bape ba ba ka nthusang go ka duelela tsa botsogo.	1	2	3	4	5	
10. Ga ke bone mosola wa go ya sepateleng/kokelong.	1	2	3	4	5	
11. Ba lelwapa lame ga ba bone mosola wa gore ke ka ya sepateleng/kokelong.	1	2	3	4	5	

12. Ke na le dingwe dipatikego tse di nkgoreletsang gore ke ka etela sepatela/kokelo.	1	2	3	4	5
13. Ga kena kitso kgotsa tsiboso ka ditlamelo tsa botsogo tse di fiwang kwa sepeteleng/kokelong.	1	2	3	4	5
14. Ga ke itse gore ke ka tsamaela kae go tsaya kalafe.	1	2	3	4	5
15. Ke tshaba go kopa thuso mo go tsa botsogo.	1	2	3	4	5
16. Ga ke dumele mo go yeng sepatela/kokelong.	1	2	3	4	5
17. Ga ke dumele gore go na le se se ka dirwang go nthusa.	1	2	3	4	5
18. Ga ke tshephe babereki ba tsa botsogo gore ba ka dira bothata jwame sephiri	1	2	3	4	5
19. Ke tshabisiwa ditlhong ke seemo same.	1	2	3	4	5
20. Ke kopana le dikgoreletse (jaaka tlhalelo ya ga palamang dikolotsana tsa balwetse le sepalamo sa sekgowa sam o ntlong) fa ke tlhoka tsa botsogo.	1	2	3	4	5
21. Ditlamelo tsa botsogo tse ke di tlhokang ga diyo ko sepateleng/kokelong.	1	2	3	4	5
22. Nako e o e emang o emetse ditlamelo tsa botsogo ko sepateleng/kokelong e telele.	1	2	3	4	5
23. Melemo e motho a e laelwang ke ba bongaka ga se gantse e nna teng.	1	2	3	4	5
24. G ona le tlhalelo ya didirisiwa tsa go alafa kwa sepateleng/kokelong.	1	2	3	4	5
25. Ke lekile go kopa dithuso ko g oba botsogo mme ga ke a thusega.	1	2	3	4	5
26. Go thata go ka bona ngaka gore a nthuse fa ke le ko sepateleng/kokelong.	1	2	3	4	5
27. Ke itemogetse kgethololo kgotsa thuso e e kwa tlase fa ke batla go dirisa ditlamelo tsa botsogo.	1	2	3	4	5
28. Ba tsa botsogo ba na le thalelo ya tsiboso ka seemo same sa botsogo.	1	2	3	4	5
29. Ke kile ka nna le boitemogelo jo bo sa siamang fa ke kopa dithuso tsa botsogo.	1	2	3	4	5
30. Ke itemogetse tirisano mmogo e e kwa tlase le ba ba fang ditlamelo tsa botsogo.	1	2	3	4	5
31. Ba tsa botsogo ba ganne go mpha thuso e e lebaneng mo g otsa botsogo.	1	2	3	4	5
32. Batlhokomedi mo go tsa botsogo ba na le tlhalelo ya boitseanape mo g otsa botsogo.	1	2	3	4	5
33. Ke itemogetse dikgoreletse mo go tsa kanamiso molaetsa (jaaka boitseanape jwa kanamiso molaetsa ka Braille) fa ke kopa dithuso tsa botsogo.	1	2	3	4	5
34. Seemo sa ditlamelo tsa botsogo se ko tlase.	1	2	3	4	5

*Sekale sa go itse ka motsayakarolo*

35. Bong:	[ 1 ] Monna	[ 2 ] Mosadi	
36. Dingwaga tsa gago di kafe?:	.....		
37. Seemo sa tseo:	[ 1 ] Ga ke ise ke nyalwe. [ 4 ] Re kgaogane	[ 2 ] Ke nyetswe [ 5 ] Re santse re ikhuditse/ kgaogano ya nakwana	[ 3 ] Ke motlholagadi/ moswagadi
38. Tumelo:	[ 1 ] Tumelo ya sekeresete [ 4 ] Tumelo ya sebuda	[ 2 ] Tumelo ya semoselemo [ 5 ] Tumelo ya setso	[ 3 ] Tumelo ya sehindu [ 6 ] Tse dingwe (supa): .....
39. Dithuto tsa gago tse di golwane ke dife?:	[ 1 ] Ga ke a tsena sekolo [ 4 ] BGCSE	[ 2 ] Sekolo se se botlana [ 5 ] Sekolo sa ithutelo ditiro	[ 3 ] JCSE [ 6 ] Sekolo sa ithutelo ditiro tse di kwa godimo
40. Seemo sa gago sa pereko:	[ 1 ] Ke a bereka [ 4 ] Ke tlogetse tiro ka bogodi	[ 2 ] Ga ke bereke	[ 3 ] ke a ipereka
41. Letseno la gago ka kgwedi:	.....		
42. A o kile wa akola sengwe mo mananenong a ga goromente a a thusang ba na le bogole?	[ 1 ] Ee	[ 2 ] Nnyaa	
43. Mofuta wa bogole jwa gago ke ofe?:	[ 1 ] Go tlhoka pono/kutlo/go bua [ 4 ] Mona le bogole jwa dikakanyo	[ 2 ] Mona le bogole [ 5 ] Mona le bogole jwa maikutlo	[ 3 ] Mona le bogole jwa tlhaloganyo
44. O na lebaka le lekae o na le bogole?:	.....		
45. Bogole jwa gago bo bakilwe ke eng?	[ 1 ] Ke tshotswe ke na le bogole	[ 2 ] Bolwetse	[ 3 ] Kotsi

46. Kwala mathata a o kileng wa kopana le one fa o kopa dithuso tsa botsogo?

.....  
 .....  
 .....

Ke lebogela nako e o e tsereng go araba potsolotso e, le ka moso Motswana wetsho!.

## EK 4- GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

**PROJE BAŞLIĞI:** Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Botswana Cumhuriyeti'nde Bir Araştırma

**Araştırmacı:** Olebeng Mpho Mackenzie

**İletişim:** olebengmackenzie@yahoo.com.

Botswana Cumhuriyeti'nde engellilere yönelik sağlık hizmetlerine erişim üzerine bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Bu çalışma, Türkiye'de Süleyman Demirel Üniversitesi'nde Sağlık Yönetimi yüksek lisans öğrencisi tarafından yürütülmektedir, Botswana'da engellilerin karşılaştığı deneyimler ve engeller hakkındaki bilgilere katkıda bulunmaktadır. Katılmaya karar verirseniz, onay formunu imzalamanız ve daha sonra size verilecek bir anket doldurmanız istenecektir. Araştırmaya katılmadan önce, çalışmanın adımları ve zaman çizelgesi size açıkça açıklanacaktır. Yüz yüze anketin doldurulması en fazla 30 dakika sürer. Anketi İngilizce olarak tamamlama konusunda rahat değilseniz, çevrilmiş Setsvana dilinde bir anket verilecektir.

Bu çalışmada katılım gönüllüdür. Çalışmaya katılımı isteğe bağlıdır. Katılımcının mahremiyeti hakkı yüksek kabul edilecektir. Kişisel bilgilerinizi talep edilmeyecektir. Ayrıca, medya mensuplarının çalışma hakkında bilgi talep ettiği durumlarda gizliliğiniz korunacaktır. Yazılı ve elektronik kayıtlar ve diğer hassas bilgiler, katılımcının kaydı güvenli bir yerde tutulacak ve bu kayıtlara erişim yetkisi olmayan kişilere alınmayacaktır. Çalışmanın sizim için risk oluşturması durumunda ve sevk için şart varsa, riski en aza indirmek için en yakın sosyal hizmet ofisine yönlendirileceksiniz. Çalışmanın sonunda, bulgular farklı paydaşlara dağıtılacak. Hem olumlu hem de olumsuz sonuçlar, farklı kurumlara duyurulacaktır.

Bu çalışmaya katılmak isteyip istemediğinize karar veriyorsunuz. İmza atarak yukarıda verilen bilgileri okuduğunuzu ve anladığınızı, tüm sorularınızın yanıtlandığını ve katılmaya karar verdiğinizi göstermektedir. Bu çalışma hakkında sorularınız varsa iletişime geçmekten çekinmeyin.

---

İmza

---

Tarih

## EK 5- ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri  
Etik Kurul Başkanlığı

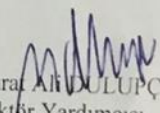
Sayı : 87432956/050.99/ **85186**  
Konu : Etik Kurul Onayı.

13 -06- 2019

Sayın Öğrenci Meng Mpho MACKENZIE  
Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı  
Sağlık Yönetimi Bölümü  
Yüksek Lisans Öğrencisi

Yürütücüsü olduğunuz, “Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Botswana Cumhuriyeti’nde Bir Araştırma” konulu yüksek lisans tez çalışmanız içerisinde uygulayacağınız Gaborone, Botsvanada bulunan engelli bireyler ve onların bakıcıları ile ilgili anket çalışmanız Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Etik Kurulunun 11.06.2019 tarihli ve 33/8 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur.

Kararın bir sureti yazımız ekinde gönderilmiş olup, ilgi başvurunuza cevaben bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof.Dr.Murat Ali ÇULUPÇU  
Rektör Yardımcısı  
Etik Kurul Başkanı

EKLER:

1- Zarf


Batı Yerleşkesi Rektörlük Binası 32260 ISPARTA  
Telefon Nu.: (246) 211 14 05 Faks: (246) 237 04 31  
e-Posta: [zuhalbardak@sdu.edu.tr](mailto:zuhalbardak@sdu.edu.tr) İnternet Adresi: [www.sdu.edu.tr](http://www.sdu.edu.tr)

Bilgi İçin : Zühal BARDAK  
Şef  
Telefon Nu.: (246) 211 80 52



## EK 6- ARAŞTIRMA İZİNİ

TELEGRAMS: MERAFE  
Telephone: 3658400  
Fax: 3902263/1559



Ministry of Local Government  
& Rural Development  
Private Bag 006  
Gaborone  
BOTSWANA

REPUBLIC OF BOTSWANA

Ref Number CLG 14/14/3/1 II (316)

Ms. Olebeng Mpho Mackenzie  
P. O. Box 102  
Tshesebe  
Botswana

March 06, 2019.

Dear Madam,


**RE: RESEARCH PERMIT - Extension**

This serves to acknowledge your application for a research permit in order to carry out a study entitled "Access to Health Care Services for People with Disabilities: A Research in the Republic of Botswana."


We are pleased to grant you a permit. This permit is valid for a period of two (2) months commencing on **March 06, 2019** to **April 30, 2019** – and it is granted subject to the following conditions:

1. Copies of the final product of the study are to be directly deposited with the Ministry of Local Government, National Archives and Record Services and University of Botswana Library.
2. The permit does not give you authority to enter any premises, private establishment or protected areas. Permission for such entry should be negotiated with those concerned.
3. You conduct your study according to particulars furnished in application you submitted taking into account the above conditions.
4. Failure to comply with any of the above stipulated conditions will result in the immediate cancellation of the permit.

Yours Faithfully,

  
K. Sentlhu  
/For Permanent Secretary- MLGRD

MINISTRY OF LOCAL GOVERNMENT  
06 MAR 2019  
GABORONE

  
**BOTSWANA**  
Our pride, your destination

MLG – A centre of excellence in local governance & social service provision for improved quality of life

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

**Adı ve Soyadı** : Olebeng Mpho MACKENZIE  
**Doğum Yeri ve Tarihi** : Francistown/BOTSWANA-1993  
**Medeni Hali** : Bekâr  
**Eposta** : olebengmackenzie@yahoo.com

### Eğitim Durumu

**Lisans Öğrenimi** : (2011-2015) Botswana Üniversitesi, Sosyal Bilimler Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü  
**Yüksek Lisans Öğrenimi** : (2017-2019) Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

**Dil(ler)**: İngilizce / Türkçe / Setsvana / Kalanga

### İş Deneyimi

1. Botswana Francistown Gender Affairs Departmen, Staj, 2013
2. Botswana Francistown Police Station, Staj, 2014
3. British Town İngilizce Öğretmeni (Yarı Zamanlı) 2017
4. British Culture İngilizce Öğretmeni (Yarı zamanlı) 2018

### Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar

1. **Mackenzie, O. M.**, Modie-Moroka, T., & Diraditsile, K. (2018). Intimate Partner Violence among Men and Women in Low-income Urban Areas in Botswana. In M. Amutabi (ed), Politics of Development in Africa (pp. 255-265). Nairobi: CEDRED.
2. **Mackenzie O.M.**, Modie-Moroka T., Draditsile K., "Intimate partner violence among men and women in low-income urban areas in Botswana", 8th Annual International Interdisciplinary Conference, Multimedia University of Kenya, Nairobi-Kenya, 27-30 June 2018
3. Tüfekçi N., **Mackenzie O.M.**, Keklik B., "Cloud Computing in Healthcare Sectors", 3rd International Health Sciences and Management Conference, American University, Sofia-Bulgaria, 3-6 October 2018.
4. Yılmaz N., Fettahoğlu R., **Mackenzie O.M.**, "A Research on International Students' Health Service Experiences", 2nd International 12th National Congress on Health and Hospital Administration, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Bodrum, Muğla-Turkey, 11-13 October 2018.
5. **Mackenzie O.M.**, Tüfekçi N., "Access to Healthcare Services for people with Disability: A Research in the Republic of Botswana" 1st International Health Sciences Research Days Congress, Beykent University, Istanbul, Turkey, 16-18 June 2019