

SAĞLIK HİZMETLERİNDE ENGELLİ BİREYLER İÇİN ERİŞİLEBİLİRLİK DÜZEYİNİN İZLENEBİLİRLİĞİ VE ÖLÇÜLEBİLİRLİĞİ ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

Dr. Aziz CAN¹
Op. Dr. İdris KURTULUŞ²
Uzm. Esmâ DÖKMENER AYSA³
Uzm. Bağdagül AYVAZ⁴

Öz

Dünya üzerinde 650 milyonu aşkın engelli bulunduğu tahmin edilmektedir. İstatistik verilerine göre yaşlı nüfusun dünya genelinde artması bu tablonun ilerleyen zamanlarda büyüyeceğini göstermektedir ve her insan günlük yaşamda çeşitli nedenlerle bir takım engellerle karşılaşmaktadır. Hizmet sektörü açısından bakıldığında sağlık hizmetleri ‘engel’ kavramıyla en fazla karşılaşan alandır. Bu alanlarda erişilebilirlik çalışmaları yürütmek, hizmet kalitesinin izlenmesi ve ölçülmesi açısından diğer sektörler için daha elzemdir. Bu amaçla yürürlüğe konulan yasal düzenlemeler, toplumdaki farkındalığı arttırmayı ve sunulan hizmetlerden bireylerin eşit ölçüde yararlanmasına olanak sağlamayı hedeflemektedir. Araştırmamızda bu hedefe ne ölçüde yaklaşıldığı, ne tür zorluklarla karşılaşıldığı ortaya çıkarılmaya çalışılmaktadır. Araştırma verileri gözlem metodu ile tam yapılandırılmış bir ortamda toplanarak analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarında özellikle fiziksel koşulların iyileştirilmesinde güçlükler yaşandığı görülmüş, bütçe yetersizliği büyük bir sorun olarak karşımıza çıkmıştır. Yeni yapılacak binalarda bu hususların dikkate alınması gerektiği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Engelli, Erişilebilirlik, Kalite, İzlenebilirlik, Ölçülebilirlik.

A STUDY ON THE TRACEABILITY AND EVALUATION OF THE ACCESSIBILITY LEVELS OF HEALTH SERVICES FOR DISABLED PEOPLE

Abstract

Estimations suggests that, there are over 650 million disabled people in the world. According to the statistics, this number will grow in the future due to the increasing numbers of the elderly population. Every person in the world faces some obstacles for various reasons in daily life. In terms of Service Industry, the term “disabled” can be seen mostly in Health Services. For this reason, it is more important to carry out studies of accessibility in this field. The legal regulations that are made in this field aims to increase awareness and equality at accessing the health services. The purpose of our study is to show us the difficulties we faced on this path and how close are we to reach these goals. The research data has been analyzed using the observation method in a fully-structured environment. The results from the analysis has shown us that there are struggles especially with improvement of the physical conditions as well as the budget insufficiency. We see that these matters must be taken into consideration while planning new buildings.

Keywords: disabled, accessibility, quality, traceability, evaluation.

¹ Fatih Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği, hcanaziz@gmail.com,

² Fatih Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği, idriskurtulus@gmail.com,

³ Fatih Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği, edokmener@gmail.com,

⁴ Fatih Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği, badagulayvaz@gmail.com,

1. Giriş

Literatürde engelli kavramının farklı tanımlarıyla karşılaşmak mümkündür. Genel anlamda bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ya da sosyal yeteneklerden yoksunluk olarak tanımlanmıştır ve bu yoksunluklar farklı şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Özellikle fiziksel ve zihinsel anlamda gözle görülür bir engele sahip olmayan bireyler de zaman zaman çeşitli engellerle karşılaşmaktadır. Dolayısıyla engelli olan veya herhangi bir nedenle engelli olma potansiyeline sahip insanlar için yaşam kalitesini arttırmak amacıyla bir takım yasal düzenlemelere gidilerek fırsat eşitliği yaratmak amaçlanmıştır. Temel felsefesi “fırsat eşitliği” olan resmi/gayri resmi düzenlemelerde veya uygulamalarda, hedeflenen eşitliğe ulaşıldığını söylemek güçtür. Bu çalışmadan amaçlanan; sağlık örgütlerinin erişilebilirlik düzeyini ölçmek, karşılaşılan sorunları ortaya koymak ve hizmet kalitesini yükseltebilmek amacıyla önerilerde bulunmaktır.

2. Engelli Kavramı ve Erişilebilirlik

“Engellilik kavramı; bireyin bir veya daha fazla ana yaşamsal aktivitesini büyük ölçüde sınırlayan fiziksel veya zihinsel bozukluğu, bu tarz bir bozukluğun kaydını veya bu tarz bir bozukluğu olduğu kabul edilenleri karşılamaktadır” (Zengin, 2013, s. 52).

“Engel; bireyin yaşamı süresince farklı durumlar karşısında yaş, cinsiyet, fiziksel, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak toplumda üstlenmesi gereken görevleri yetersizlik nedeniyle yapamamasıdır”(Güldemir vd., 2014, s. 22).

Dünya Sağlık Örgütü’ne göre (WHO); bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerden herhangi birinin belirli oranda veya daimi olarak işlevini kaybetmiş olması ya da görüntü bozukluğu yaratması nedeniyle bireyin normal yaşam gerekliliklerine uyamamasıdır (WHO, 2015).

5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun’da engelli; fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duygusal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen bireyi ifade etmektedir (Engelliler Hakkında Kanun, 2005).

Tanımlarda küçük farklılıklar bulunsa da genel olarak herhangi bir nedenle kısıtlanma olarak nitelendirilmektedir. Mimari dönüşümün yeni inşaatlarda bu ölçütün göz önünde bulunarak oluşturulması, eski yapılarda ise ihtiyaç duyulan eksikliklerin bina statğine zarar vermeden en kısa zamanda giderilmesi gerekmektedir. Engellilere yönelik mimari yapılanmalarda ana problem sağlıklı bireylerin engelli ihtiyaçları konusunda çok az deneyim sahibi olmalarıdır. Hareket, görme, işitme bozuklukları yaşayan veya öğrenme güçlüğü çeken bireylerin yetenekleri ve gereksinimleri birbirinden farklıdır. Örneğin; sağlıklı bir birey için elektrik prizinde yapılacak değişiklik önemli olmayabilir ancak bu durum görme engelli bireylerin yaşam akışını olumsuz yönde etkileyebilecektir (Pehlivanoğlu, 2012, s. 28).

Erişilebilirlik kavramı için de farklı tanımlamalar vardır. Genel olarak dezavantajlı grupların insan haklarını kullanabilmelerinin bir aracı olma fonksiyonu olarak tanımlanmıştır (Çağlar, 2012, s. 545).

Engelliler Hakkında Kanun; binaların, açık alanların, ulaşım ve bilgilendirme hizmetleri ile bilgi ve iletişim teknolojisinin, engelliler tarafından güvenli ve bağımsız olarak ulaşılabilir ve kullanılabilir olmasını “erişilebilirlik” olarak tanımlamaktadır (Engelliler Hakkında Kanun, 2005).

Dünya Sağlık Örgütü’ne (WHO) göre erişilebilirlik; sağlık tesisleri, mal ve hizmetlerden herkesin eşit ölçüde yararlanabilmesi ve devletlerin vatandaşlarına sağlamak zorunda olduğu sağlık hakkıdır (WHO, 2015).

3. Dünyada Engelli Nüfus Dağılımı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’nın 2011 yılında yayınladığı Dünya Engellilik Raporu verilerine göre 1970’lerde %10 olan engelli nüfusu % 15’e yükselerek engelli sayısı 785 milyona ulaşmıştır. Toplamda çeşitli nedenlerle 1 milyarı aşkın engelli olduğu tahmin edilmektedir, bu da her 7 kişiden 1’inin engelli olduğunu göstermektedir(WHO, 2011). Bu sayıya hareketleri kısıtlanmış yaşlılar, hamileler ve çocuklar eklendiğinde toplam rakam günümüz dünya nüfusunun yaklaşık neredeyse yarısını (3 milyar 716 bin) karşılamaktadır (Panero vd., 1979, s.320).

Tablo 1. Özürlü Türüne Göre Dünya Üzerinde Engelli Nüfus Oranı, 2011(*)

Engel türüne göre engelli nüfus oranı, 2011			
	Ortopedik engelli (%)	Görme engelli (%)	İşitme engelli(%)
Dünya	0,10	0,30	0,55

Kaynak: WHO, http://www.who.int/disabilities/facts/Infographic_en.pdf?ua=1

* Dünya Sağlık Örgütü’ne ait en güncel veridir.

4. Türkiye’de Engelli Nüfus Dağılımı

Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK)’nin Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı ile müşterek olarak yapmış olduğu “2002 Özürlüler Araştırması” verilerine göre; ülkemizdeki toplam engelli nüfus oranı %12,29’dur. Bu oran içerisinde ortopedik, görme, işitme, dil ve konuşma ve zihinsel engelli nüfus oranı %2,58, süregen hastalığa sahip olan nüfus oranı ise %9,70’tir.

Resmi kayıtlara göre Türkiye’de bulunan diğer illere oranla en fazla engelliye sahip ilin İstanbul olduğu görülmektedir. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın Ulusal Engelliler Veri Tabanı (ÖZVERİ) üzerinden aldığı 2012 yılı resmi verilerine göre sisteme kayıtlı adresi ve engel grubu bilgisi bilinen 177.818 engelli bulunmaktadır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2013).

2011 Yılı Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre; görme, duyma, konuşma, yürüme, merdiven çıkma veya inme, bir şey taşıma veya tutma ve yaşlılarına göre öğrenme, basit dört işlem yapma, hatırlama veya dikkatini toplama fonksiyonlarından en az birinde çok zorlandığını veya hiç yapamadığını belirten kişi sayısı 4 milyon 882 bin 841’dir. Diğer bir ifadeyle 2011 yılında toplam nüfusun %6,6’sının en az bir engeli bulunmaktadır(Türkiye İstatistik Kurumu, 2016).

Özür türüne göre engelli dağılımının Tablo 2'deki gibi olduğu görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2015).

Tablo 2. Engelin Türüne Göre Engelli Nüfus Oranı, 2002(*)

Engel türüne göre engelli nüfus oranı, 2002					
	Ortopedik engelli(%)	Görme engelli(%)	İşitme engelli(%)	Dil ve konuşma engelli(%)	Zihinsel engelli(%)
Türkiye	1,25	0,60	0,37	0,38	0,48

Kaynak: TÜİK, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1017

* Türkiye İstatistik Kurumu'na ait en güncel veridir.

5. Engellilerin Hizmet Erişimine İlişkin Yasal Düzenlemeler

13.12.2006'da BM Genel Kurulu'nda kabul edilen Birleşmiş Milletler Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme, 30.03.2007 tarihinde ülke temsilcilerinin imzasına açılmış ve Türkiye, sözleşmeyi bu tarihte imzalayarak ilk imza atan ülkeler arasında yer almış ve sağlık alanında erişilebilirliği sağlamak üzere tedbirler almakla yükümlü hale gelmiştir. 3 Aralık 2008 Dünya Engelliler Günü'nde 5825 sayılı Kanunla sözleşmenin onaylanması uygun bulunmuş, Bakanlar Kurulu'nun 27.05.2009 tarihi ve 2009/15137 sayılı kararıyla onaylanmıştır. Türkiye'de engelliler için ulaşılabilirliğin sağlanmasına yönelik ilk yasal düzenleme 1997 yılında 572 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yapılmıştır. Bu düzenlemeler sonucunda belediyeler tarafından yapılmakta olan alt yapı çalışmalarında, imar işlerinde, toplu taşıma araçlarında vb. birçok alanda engellilere yönelik erişim çalışmaları başlatılmıştır(Sağlık Kurumlarında Engelli Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Rehberi, 2012, s.11).

BM Engelli Hakları Sözleşmesi ile sözleşmeye taraf olan ülkeler; tüm bireylerin eşit olduğunu ve ayrımcılık olmaksızın hukuk tarafından korunmaya hakkı olduğunu, hem engelli hem kadın bireylerin birden fazla nedene dayalı ayrımcılığa maruz kaldığını kabul ederek tüm insan hak ve temel özgürlüklerinden tam ve eşit düzeyde tedbir almayı taahhüt etmiştir. Engelli çocuklarda çocuğun üstün yararının gözetilmesine öncelik tanıma, engelliler için toplumsal bilinci artırıcı kampanyalar yapma, kamuya açık olan her yerde sunulan tesislere ve hizmet alanlarına erişimi sağlama, yasa önünde eşit tanınma, adalet erişim, kişi özgürlüğü ve güvenliği, insanlık dışı muameleye izin vermeme, sömürü ya da istismara göz yummama, kişinin bütünlüğünü koruma ve seyahat özgürlüğü tanıyacak tedbirler alma, bağımsız yaşayabilme ve topluma dahil olma hakkı verme, kişisel hareketlilik, düşünce ve ifade özgürlüğü, özel hayata saygı, konuta ve aile hayatına saygı, eğitim, sağlık, habilitasyon ve rehabilitasyon, çalışma ve istihdam, iyi bir yaşam standardı ve sosyal korunma, siyasi ve kamusal yaşama katılım, kültürel yaşama, dinlenme, eğlence ve spor etkinliklerine katılım için gerekli olan her türlü yasal tedbiri almayı kabul ve taahhüt etmiştir (Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi, 2009). Bu sözleşmeye taraf olan Türkiye'de 5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun ile engellilere tanınacak hak ve hürriyetler teminat altına alınmıştır. Bu kanun ile doğrudan, dolaylı ya da engelliliğe dayalı tüm ayrımcılık uygulamaları yürürlükten kaldırılmıştır. Dolayısıyla kamuya açık olan tüm alanlarda

erişilebilirlik çalışmalarının yapılması yasal bir zorunluluktur. Bu çalışmaların geciktirilmesi BM ile yapılan sözleşme hükümleri gereği ayrımcılık ilkesinin ihlalidir ve ortaya çıkabilecek tüm yasal yükümlülükler sözleşmeye taraf olan ülkelerin omuzlarına yüklenecektir. Tüm kamu kurum ve kuruluşların bu hususu göz önünde bulundurarak gerekli önlemleri alması zorunludur.

2010 yılında yapılmış olan “Engelliliğe Dayalı Ayrımcılığın Ölçülmesi Araştırması” ülkemizde engelli bireylere karşı ayrımcılık oranının yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışma sonucunda engelli bireylerin ayrımcılığa ilişkin algıları ile toplumda deneyimlemiş oldukları ayrımcılık uygulamalarının farklı olduğu saptanmıştır ve toplumsal yaşama katılımda karşılaştıkları ayrımcılık oranı diğer alanlardan fazladır. Ancak yine de deneyimlenen ayrımcılık oranlarının beklenenin üzerinde olduğu görülmektedir (Akdoğan vd., 2010, s.9).

Tablo 3. En Çok Ayrımcılığa Uğranan Alanlar, 2010 (%)

	İstihdam ve Çalışma Yaşamı	Eğitim	Toplumsal Yaşama Katılım	Boş Zaman ve Dinlenme	Bilgiye Erişim	Sağlık	Adalet Erişim	Siyasi Yaşama Katılım
Algılanan	% 77	% 70	% 68	% 63	% 57	% 56	% 53	% 28
Deneyimlenen	% 46	% 51	% 53	% 45	% 52	% 39	% 40	% 36

Kaynak: http://eyh.aile.gov.tr/data/55100c5e369dc5c9d8afa563/ozida_turkce_rapor.pdf

6. Kalite, İzleme ve Ölçme

Genel olarak hizmet kalitesi, firmanın performansını, müşteri tatminini ve satın alma süreçlerini kapsamaktadır. Sağlıkta sektöründe, geleneksel tedavi metodunun yerini mevcut bilgi ve teknoloji yöntemleriyle arttırma hedefidir. Sağlık hizmeti çıktıları nispeten somut ve açık olarak görülebilse de hizmet kalitesinin ölçümünde dikkatli olunması gerekmektedir(Choi vd; 2004, s.914). Bu kapsamda erişilebilirlik uygulamalarının izlenebilmesi ve ölçülebilmesi için farklı resmi kuruluşlar tarafından yasal düzenlemelere gidilmektedir. Böylelikle dezavantajlı grupların hizmete erişim oranlarının yüksek olup olmadığı izlenmekte ve engelli dostu uygulamaların arttırılması sağlanmaktadır. Ancak gözlem ve kanaatler izleme, ölçme, derleme ve yorumlama süreçlerinden geçmediği zaman devletin önüne doğru bir projeksiyon konulamaması riski taşımaktadır. Bu nedenle sadece fikir düzeyinde kalması değil izleme, ölçme, derleme ve yorumlama süzgecinden geçirilmesi gerekmektedir (Mevzuattan Uygulamaya Engelli Hakları İzleme Raporu, 2013, s.19).

Başta Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi ile taraflar; gerekli politikaları formüle etmeleri ve geliştirmelerinde kendilerine yol gösterecek, istatistik veriler ve araştırmalar da dahil; uygun bilgiler toplayacaklarını, engelli bireylerin haklarını kullanırken karşılaştıkları engelleri ortaya çıkartarak ve bu verileri yayınlayarak bu verilerin erişilebilirliğini sağlayacaklarını garanti ederler. Sözleşme hükümlerini yerine getirmek üzere devlet teşkilatı bünyesinden uygulama ve denetleme mekanizmalarının oluşturulması, komitelerin kurulması, çalışmaların raporlanması, raporlama esnasında göz önünde bulundurulması gereken ana hususlara dikkat edilmesi, sözleşmeye taraf olan ülkeler arasında işbirliği halinde çalışılması hususları teminat altına alınmıştır (Birleşmiş Milletler Engelliler Hakkında Sözleşme,

2009). Dolayısıyla ülke genelinde ve sözleşmeye taraf olan diğer ülkelerde ikili işbirliği ile erişilebilirlik çalışmalarının izlenmesi ve ölçülmesi önemli bir parametre olarak karşımıza çıkmaktadır. 5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun ile erişilebilirlik çalışmalarında yürütücü kurum ve kuruluşlar tanımlanmış ve bu kanun çerçevesinde erişilebilirliğin sağlanması ve izlenmesi adına yetkilendirilmişlerdir.

7. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

Araştırmanın amacı;

- 1) Dünyada ve Türkiye’de tesis edilen tüm alanlarda hizmete erişilebilirliği artırma hedefiyle yapılan yasal düzenlemelerin, ülkemiz sağlık kuruluşlarında beklenen sonuçları ortaya çıkarıp çıkarmadığını sorgulamak,
- 2) Yasal düzenlemelerle yapılan uygulamalar arasında çelişkiler olup olmadığını tespit etmek
- 3) İzlenebilirliğin sağlanıp sağlanmadığını belirlemektir.

Bu amaç doğrultusunda araştırma, denetime tabi olan İstanbul ili Fatih Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği’ne bağlı dört eğitim ve araştırma hastanesi, üç devlet hastanesi, bir ağız ve diş sağlığı merkezi ile sınırlandırılmıştır (Tablo-5).

8. Araştırma Yöntemi

Araştırma verileri nitel araştırma teknikleri arasında yer alan Gözlem metodu ile toplanmıştır. Sağlık alanında fiziksel çevreye erişilebilirlikte yaşanan sorunların saptanmasına ilişkin kriterler Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu tarafından 2012 tarihli Sağlık Kurumlarında Engelli Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi’ne dayalı olarak hazırlanan 2013 tarihli Engelli Bireyler İçin Sağlık Tesisleri Denetleme Formu’ndaki soru listesi temel alınarak oluşturulmuş olup, doğal bir ortamda (ilgili kurum tarafından görevlendirilmiş bir rehber eşliğinde kişilere ve alana müdahale olmaksızın yapılan ziyaretlerle) ve tam yapılandırılmış gözlem metodu ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aşamasında not tutma veya fotoğraflama yoluyla kayıtlar oluşturulmuştur. Araştırma nitel bir çalışma olduğundan dolayı mümkün mertebe istatistiksel veriler yerine uygulama aşamasında ortaya çıkan sorunların kökenlerine inilmeye çalışılmıştır.

Veriler Ocak 2013 -Aralık 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. 2013 yılında 6 aylık periyotlar ile 2014 yılında aylık periyotlar ile yerinde gözlem yapılarak engelli hastaların fiziksel olarak sağlık hizmetlerine erişilebilirlik oranları izlenmiştir. Soru kriterlerine ilişkin değerlendirme yapılırken her madde için karşılanma durumuna göre ‘Evet’, ‘Hayır’ ya da ‘Değerlendirme Dışı’ cevabı verilmiştir. Yanıtlanan cevaplar üzerinden erişilebilirlik oranları hesaplanmış ve aylara göre iyileşme durumları bu parametreler dikkate alınarak belirlenmiştir. Ancak bazı standart maddelerinde yer alan konu başlıkları sağlık tesislerinde bulunmadığından dolayı o madde değerlendirme dışı tutulmak zorunda kalmıştır. Topçular Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi yataklı tedavi hizmeti vermediğinden dolayı(Kriter 11, 12, 13, 14, 15, 16 ve 17) bu kapsamda değerlendirilmiştir. Böyle bir durum ortaya çıktığında ilgili madde hesaplama dâhil edilmemiş, kalan

maddeler üzerinden oranlar belirlenmiştir. Örneğin; 11 soruda 7 “evet”, 3 “hayır”, 1 “değerlendirme dışı” cevabı varsa değerlendirme 10 soru üzerinden yapılmış ve erişilebilirlik oranı %70 olarak hesaplanmıştır.

9. Bulgular

Sağlık Bakanlığı’na bağlı Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu tarafından yayınlanan “Sağlık Kurumlarında Engelli Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi” doğrultusunda birliğe bağlı hastanelerde düzenli aralıklarla “Sağlık Tesisleri Denetleme Formu” ile saha denetimi yapılmıştır. Form 20 ana başlık, 164 alt kriterden oluşmaktadır. Birliğe bağlı 7 hastane 20 ana başlık üzerinden, yataklı tedavi hizmeti vermeyen Topçular Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi 15 ana başlık üzerinden değerlendirilmiştir. Formda yer alan ana başlıkları Tablo 4’te görmek mümkündür. Ayrıca birliğe bağlı sağlık tesislerine ait Ocak 2013- Aralık 2014 yılları değerlendirmelerine ilişkin sayısal değerler ve yüzdelik dilimler Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 4. Sağlık Tesisleri Denetleme Formu Ana Kriterleri

Sağlık Tesisleri Denetleme Formu Ana Kriterleri	
No	Kriter
1	Sağlık tesisinin bahçesinde yaya güvenliği sağlanmalıdır.
2	Otopark alanlarında, engelliler için en az 1 olmak üzere toplam park yeri sayısının %5’i kadar yer ayrılmalıdır.
3	Sağlık tesislerinin bahçe ana girişinde görme engellilerin rahatça ulaşabileceği bir yerde “Hastane Yerleşkesi Kabartma Haritası” bulunmalıdır.
4	Bina Girişleri uygun düzenlenmelidir.(Birden fazla girişi olan binalarda, sağlık hizmetlerine erişimde en yoğun kullanılan ve en uygun giriş/girişler engelliler için uygun şartları sağlamalıdır.)
5	Sağlık tesislerinin giriş çıkışlarının, rampa eğimlerinin ve sahanlık alanların engelli hastaların rahat ulaşımını sağlayacak şekilde düzenlemesi yapılmalıdır
6	Acil, Poliklinik, Servis girişlerinde bilgilendirme, yönlendirme, uyarı amaçlı bilgilendirme işaret ve sistemlerinin bulunması sağlanmalıdır.
7	Hissedilebilir Yüzey Uygulamaları olmalıdır.
8	Bina içi yatay dolaşım alanları engellilere uygun düzenlenmelidir.
9	Asansörlerde engellilere yönelik düzenleme yapılmalıdır.
10	Merdivenler engellilere uygun düzenlenmelidir.
11	Engelli bireylere özel 1(bir) poliklinik odası bulunmalıdır.
12	Her serviste bir kadın ve bir erkek engelli hasta olmak üzere en az 2(iki) engelli hasta odası ayrılmalıdır.
13	Polikliniklerde bir kadın ve bir erkek engelli hasta olmak üzere en az 2 engelli tuvaleti bulunmalıdır.
14	Yatak sayısı 1-40 olan servislerde bir kadın ve bir erkek engelli hasta olmak üzere en az 2 engelli tuvaleti bulunmalıdır.
15	Engelli Hasta Odalarındaki Lavabolar uygun yapıda olmalıdır.
16	Engelli Hasta Odalarındaki Banyolar uygun yapıda olmalıdır.
17	Engelli Hasta Odalarındaki Pencerelev uygun yapıda olmalıdır.
18	İşaret dili bilen personel bulundurulmalıdır.
19	Engelli bireylere hastane içi ve dışı refakat edebilecek personel görevlendirilmelidir.
20	Evde bakım hizmetleri kapsamında her ilde ihtiyaca cevap verecek sayıda engelli nakil aracı temin edilerek hizmet sunulmalıdır.

Kaynak: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu- Engelli Bireylere Yönelik Sağlık Tesisleri Denetleme Formu

Bağılı hastanelerde bazı kriterler hastane yapısından ve o kriterleri karşılayacak alanların olmamasından dolayı değerlendirmeye alınmamıştır. Örneğin Topçular Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi’nde yataklı tedavi ünitesi bulunmadığından kliniklerde bulunması istenilen alan ve uygulamalar kapsam dışı kabul edilmiş (Kriter 11,

12, 13, 14, 15, 16 ve 17) ve hesaplamalara dâhil edilmemiştir. Bazı sorular birden fazla alanda tekrar edilmektedir. Daha detaylı bir çalışmada ele alınmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Kriter 1'de dört alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; yaya güvenliği için istenen yaya kaldırımı genişliği en az 150 cm, kaldırım yüksekliği 7-15 cm arasında olmalı, rampa varsa eğim düzenlenmeli (en fazla %6), zemin durumu ve genişlik bakımından koşullar sağlanmalıdır. Ancak kaldırım genişliği, yüksekliği ve kaldırımlarda bulunması gereken rampa özellikleri sırasıyla %48, %74 ve % 79 ile en fazla 'hayır' değerlendirmesi alan maddelerden biri olmuştur. Süleymaniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi(%84) ve Arnavutköy Devlet Hastanesi(%52) büyük oranda "evet" almışlardır. Diğer hastanelerde koşulların sağlanamamış olması ortalamayı aşağıya çekmiştir. Erişilebilirlik genel ortalaması % 40 olarak saptanmıştır.

Kriter 2'de beş alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; otopark; bina girişi, asansör ve merdivenlere yakın olmalı, yönlendirmeler tam olmalı, otopark olarak tanımlanan alan standart genişliklere sahip olmalıdır(400*250*150 cm). Burada sorun olarak karşılaşılan ve "hayır" alan en önemli kısım % 74 oranı ile yönlendirmeler olmuştur. Bu kriterde erişilebilirlik genel ortalaması % 67 olarak saptanmıştır.

Kriter 3'te yedi alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; her sağlık tesisinde "hastane yerleşkesi kabartma haritası" bulunmalı, harita üzerinde yer alan bilgiler rahatça okunabilmeli, 20-30 derece açıyla konumlandırılmış olmalı ve sesli uyarı bulunmalıdır. Değerlendirme süreci boyunca İstanbul EAH(%52), Yedikule EAH(%57) ve LNB DH(%66) oranlarında "evet", bunlar dışında tüm sağlık tesisleri 2 yıl boyunca "hayır" değerlendirmesi almıştır. Gerekçe olarak yüksek maliyet ve fiziki şartların sıklıkla değişkenliği gösterilmiştir. Özellikle sesli bilgilendirme sistemi hiçbir sağlık tesisinde temin edilememiştir. Erişilebilirlik genel ortalaması % 24 olarak saptanmıştır.

Kriter 4'te 10 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; bina girişleri düzayak, iyi aydınlatılmış, kapı ve geçiş genişlikleri belirlenen standartlara uygun, cam yüzeylerde uyarıcı renkli bantlar uygun yükseklikte ve genişlikte, kapılar kolay açılabilir, manevra alanları 150*150 genişlikte olmalı, banko varsa standartlara uygun şekilde dizayn edilmelidir. Hemen hemen tüm hastanelerde bu uygulamaların tamamına yakını (%78) hayata geçirilmiş olup en fazla "evet" değerlendirmesi alan standartlar olmuştur. Erişilebilirlik genel ortalaması % 75 olarak saptanmıştır.

Kriter 5'te 11 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; bina ve bahçe girişlerinde kot farklılıkları bir rampa ile giderilmişse bu rampaların eğim ve genişlikleri standartlara uygun olarak düzenlenmeli, koruma ve tutunma amaçlı yapılan küpeştelerin çap ve yükseklikleri (çap: 32-40 mm, küpeşte yükseklikleri: 70-90 cm) olacak şekilde monte edilmelidir. Sağlık tesislerinde kot farklılıklarının giderilmesi amacıyla rampalar yapılmış ancak genel olarak rampa eğimi(%98), küpeştelerin başlangıç ve bitiş noktası(%100), küpeştelerin yüksekliği(%92) ve çapı (%53) konularında belirtilen oranlarda "hayır" aldıkları ve eksikliklerin uzun süreli giderilemediği gözlemlenmiştir. Erişilebilirlik genel ortalaması % 42 olarak saptanmıştır.

Kriter 6'da 12 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; otopark ve bina girişlerine yönlendirme işaretleri konulmalı, ana giriş holü ve kapı yanındaki işaretler 120-160 cm yüksekliğe yerleştirilmeli, bulunduğu zeminden zıt renkli ve kolay okunabilir nitelikte olmalı ve görme engelliler için Braille alfabesi bulunmalıdır.

Yatay dolaşımda rampa, engelli tuvaleti, asansör ve merdivenlere yönlendirme mutlaka bulunmalıdır. İstanbul EAH(%69), Süleymaniye EAH(%66) ve Arnavutköy DH(%61) yüksek oranda “evet” almışlardır. Bununla birlikte yönlendirme levhaları(%66), Braille kabartmalı pano(%87) ve yönlendirme yazıları(%69) önemli bir eksiklik olarak tespit edilmiştir. Erişilebilirlik genel ortalaması %44 olarak saptanmıştır.

Kriter 7'de 6 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; hastane bahçe kapısından ulaşılabilir girişlere yönlendirme bulunmalı, görme engelliler için bina girişinden ilgili bankoya kadar kılavuz ve uyarıcı yüzey bulunmalıdır. Bu yüzeyler ölçü, malzeme ve diğer özellikler bakımından standartlara uygun olmalı, kolay temizlenebilmeli, döşenecek zeminle zıtlık oluşturmalıdır. İstanbul EAH(%83), Süleymaniye EAH(%93), Yedikule EAH(%68) ve Lütfiye Nuri Burat DH(%67) hissedilebilir yüzey uygulamalarında yüksek oranda “evet” almışlardır. Özellikle geniş alanlar üzerinde kurulu sağlık tesislerinde bahçe kapısından başlayarak bina girişine ve diğer alanlara yapılan kılavuz yüzey yönlendirmeleri problemin temeline kaynak oluşturmuştur. Zaman zaman hava koşulları ve baskı ile zeminden kopan, kabaran hissedilebilir yüzeyler erişilebilirlik oranlarının düşmesine neden olmuştur. Erişilebilirlik genel ortalaması % 54 olarak saptanmıştır.

Kriter 8'de 8 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; tüm dolaşım alanları engellerden arındırılmış olmalı, baş seviyesi üzerinde bulunan levha ve yönlendirmeler yerden en az 220 cm yukarıda bulunmalıdır. Dolaşımı engelleyici kot farklılıkları giderilmeli ve iyi aydınlatma yapılmalıdır. Genel itibariyle tüm sağlık tesisleri bu konu başlığından “evet” almışlardır. Fakat bu kriterde özellikle bir sorun olarak karşımıza çıkan “zemin kayganlığının giderilmesi” konusunda yalnızca Topçular ADSM “evet” almış, diğer sağlık tesisleri genel itibariyle “hayır (%79)” olarak erişilebilirlik ortalamalarını düşürmüşlerdir. Bununla birlikte özellikle alçak tavana sahip olan sağlık tesisleri 220 cm koşulunu fiziki şartlar nedeniyle karşılayamamışlardır. Bayrampaşa DH(%73) ve Lütfiye Nuri Burat DH(%69) ise kot farklılıklarını gidermek üzere yapılan rampalarda olması gereken standartları yakalayamamışlar, dolayısıyla sonraki süreçlerde hep “hayır” almışlardır. Erişilebilirlik genel ortalaması %77 olarak saptanmıştır.

Kriter 9'de 21 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; asansör dışında ve içinde engellilerin erişimini ve kullanımını kolaylaştıracak uygulamalar bulunmalıdır. Kabin içi genişliği, düğme büyüklüğü ve yüksekliği, aydınlatma, manevra alanı, sesli ve görsel uyarı sistemi, tutunma barları gibi araçların standartlara uygun olduğu teyit edilmelidir. Ancak kabin genişliği (%25), kabin içi ve dışı kontrol düğmelerinin yükseklikleri(%58), sesli ve görsel uyarı sistemleri(%54), kabin içi 85-90 cm yüksekliğinde tutunma barları(%55), kat numaralarının boyutu(%37), verilen oranlara göre en fazla “hayır” alan konu başlıkları arasında yer almıştır. Bunlar dışında diğer standart maddeleri yıl boyunca “evet” olarak değerlendirilmişlerdir. Erişilebilirlik genel ortalaması % 80 olarak saptanmıştır.

Kriter 10'de 14 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; merdivenler yürüyüş istikametine dik konumlandırılmalı, basamak genişliği en az 28 cm, yüksekliği en fazla 15-18 cm arasında olmalıdır. Tüm basamaklar eşit yükseklikte olmalı, uçlarda çıkıntı bulunmamalı, ön kenarlarda algılamayı kolaylaştırıcı kaymaz şeritler kullanılmalıdır. 8-10 basamakta bir sahanlık olmalı, merdivenlerin her iki yanında kesintisiz küpeşte bulunmalı ve küpeşterler standartlara uygun olmalıdır. Ancak basamak uçlarında bulunan

çıkıntılar(%91), kaymaz şeritler(%58), kaygan zemin sorunu(%66), merdiven başlarında ve sonlarında zıt renklendirme(%92), 8-10 basamakta bir sahanlık(%59) ve standartlara uygun kesintisiz küpeşteler(%51) gibi maddeler iyileştirilmesi zor konu başlıkları en yüksek “hayır” alan maddeler arasında yer almışlardır. İstanbul EAH(%60), Süleymaniye EAH(%72), Arnavutköy DH(%64) ve Lütfiye Nuri Burat DH(%64) yüksek oranda evet almış olmasına rağmen ortalama düşük çıkmıştır. Erişilebilirlik genel ortalaması % 56 olarak saptanmıştır.

Kriter 11’de 7 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; engelli polikliniği odası içinde 150*150 cm genişliğinde manevra alanı olmalı, kapı temiz geçiş genişliği 120 cm olmalı, oturma elemanlarının %10’u kolçaklı olmalıdır. Değerlendirme sürecinde kapı temiz geçiş genişliği(%92) ve manevra alanı(%68) ölçülerinin karşılanma zorluğu erişilebilirlik oranlarının düşmesine neden olmuş ve yüksek oranda “hayır” değerlendirmesi yapılmıştır. Erişilebilirlik genel ortalaması %55 olarak saptanmıştır.

Kriter 12’de 14 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; engelli tuvaletlerinde sifon, klozet, tutunma barı, sabunluk, havluluk, lavabo musluğu, lavabo taşı yüksekliği standartlara uygun olmalı, zeminde kayganlık varsa giderilmeli, kapı temiz geçiş genişliği en az 90 cm olmalı, 150*150 cm manevra alanı bulunmalı ve acil durumlarda kullanılmak üzere acil durum çağrı zili bulunmalıdır. Tuvalet zemininin ıslak ve kuru olma durumunda kaygan olmaması kriteri değerlendirme esnasında en zorlayıcı kriter olarak karşımıza çıkmıştır. Kayganlık durumunun ölçülemiyor olması(yani değerlendiricinin inisiyatifine bırakılması) ilgili maddenin bazen “evet (%20)” bazen de “hayır(%80)” olarak değerlendirilmesine neden olmuştur. Ayrıca sabunluk(%63), havluluk(%63) ve ayna yükseklikleri(61), musluklar(%45), 150*150 cm manevra alanı(%44), tutunma barları(%43) ve acil durum ziline(%48) ilişkin sorunlar genel itibariyle giderilemediğinden ortalamanın düşmesine neden olmuştur. Buna rağmen en fazla “evet” alan ve iyileştirmeye açık olan kriterlerden biridir. Erişilebilirlik genel ortalaması %58 olarak saptanmıştır.

Kriter 13’te 3 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; tüm servislerde 2 adet engelli hasta odası bulunmalı, yeterli manevra alanı olmalı ve dolaşım alanları standartlara uygun tasarlanmalıdır. Ancak bina fiziki koşullarına göre ya engelli hasta odaları tanımlanamamış ya da tanımlanan odalarda istenen kriterler sağlanamamıştır. Burada en temel sorun alan yetersizliği(%55) olarak tespit edilmiştir. Erişilebilirlik genel ortalaması %57 olarak saptanmıştır.

Kriter 14’te 16 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; hasta odalarında bulunması istenen engelli tuvaletlerinde sifon, klozet, tutunma barı, sabunluk, havluluk, lavabo musluğu, lavabo taşı yüksekliği standartlara uygun olmalı, zeminde kayganlık varsa giderilmeli, engelsiz ulaşım sağlanmalı, kapı temiz geçiş genişliği en az 90 cm olmalı, 150*150 cm manevra alanı bulunmalı ve acil durumlarda kullanılmak üzere acil durum çağrı zili bulunmalıdır. Ancak yapılan gözlemlerde zemin kayganlığı(%72), havluluk-sabunluk yüksekliği(%67), ayna yüksekliği(%57), kapıların temiz geçiş genişliği(%26), tekerlekli sandalye için manevra alanları(%41), klozetin her iki tarafında bulunması gereken tutunma barları(%51) sorun yaşanmasına neden olan konu başlıkları olarak karşımıza çıkmıştır. Özellikle alan sorunu yaşanan sağlık tesislerinde tuvaletler

için istenen koşulların sağlanması güç görünmektedir. Erişilebilirlik genel ortalaması % 64 olarak saptanmıştır.

Kriter 15'te 10 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; ayaksız ve tezgâh şeklinde olmayan lavabolar kullanılmalı, tekerlekli sandalye ile yaklaşım için yuvarlak kenarlı lavabolar olmalı ve altta diz boşluğu bırakılmalıdır. Lavabo derinliği en fazla 43-49 cm arasında olmalıdır. Lavabo muslukları kolay açılabilir olmalı ve kullanım kolaylığı açısından kavramalı musluklar tercih edilmemelidir. Ayakta durmakta zorlananlar için lavabonun her iki yanında en fazla 90 cm yüksekliğinde tutunma çubukları olmalıdır. Ancak genel olarak ayaklı ya da dolaplı lavabolardan oluşan el yıkama alanlarında diz boşluğunun(%36) bulunmadığı görülmüştür. Lavabo kenarlarında ayakta durmayı kolaylaştırıcı tutunma barlarının temin edilememesi(%55) yüksek oranda eksiklik olarak gözlemlenmiştir. Yine bir diğer sorun bu koşulları sağlayan lavaboların(%37) temin edilememesidir. Yükseklik, genişlik ve derinlik açısından bu koşullara sahip lavaboların üretilmesi sorunların giderilmesinde yardımcı olacaktır. Erişilebilirlik genel ortalaması % 68 olarak saptanmıştır.

Kriter 16'da 11 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; banyolar ulaşılabilir güzergâhta, tekerlekli sandalye ile girilebilecek şekilde ve genişlikte olmalıdır. Zemin kayganlığı giderilmiş olmalı, kapılar en az 90 cm genişliğinde açılabilir, musluklar ve diğer kontrol araçları tek elle kolayca kullanılabilir, ulaşım kolay olmalıdır. Sıcak ve soğuk su kontrolü yapılabilir, duş başlığı uzunluğu en az 160 cm olmalıdır. Tutunma çubukları duş zemininden 80-95 cm yüksekliğe yerleştirilmeli, duvarla arasındaki mesafe en az 4 cm olmalıdır. Duş alanında yerden 43-48,5 cm yükseklikte bir oturak bulunmalıdır. Genel itibarıyla "hayır" alan konu başlıkları eşik farklılıkları(%63), ıslak ve kuru durumda kaygan olmayan zemin uygulaması(%80), ulaşılabilir mesafede olmayan musluk ve diğer kontrol araçları(%44), duş başlığının 160 cm'den daha kısa olması(%62), tutunma barlarının standart yükseklikler arasında olmaması ya da hiç bulunmaması(%63), banyo oturak yüksekliğinin standartları karşılamaması(%50) gibi durumlar erişilebilirlik oranlarının düşmesinde etken olarak tespit edilmiştir. Erişilebilirlik genel ortalaması % 59 olarak saptanmıştır.

Kriter 17'de 3 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; Pencereler görme bozukluğu olanlar için göz kamaştırıcı ışığa maruz kalmayacak şekilde düzenlenmeli, en az 15-20 cm genişliğinde parapet bulunmalı ve yerden yüksekliği en fazla 80 cm olmalıdır. Ancak sağlık tesislerinin elverişsiz fiziki koşulları ve yeterli alana sahip olamayışı nedeniyle bu kriterler hiçbir hastanede tam olarak karşılanamamıştır. Bu eksikliğin en temel nedeni sağlık tesislerinin eski veya tarihi binalar olmasıdır. Erişilebilirlik genel ortalaması % 40 olarak saptanmıştır.

Kriter 18'de 2 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; işaret dili temel eğitimi alan personel bulunmalı ve resmi olarak görevlendirilmiş olmalıdır. İşaret dili bilen personellerin tüm sağlık tesislerinde mevcut olduğu görülmüştür. Bazı tesislerde yalnızca görevlendirme eksikliği tespit edilmiştir. Erişilebilirlik genel ortalaması % 74 olarak saptanmıştır.

Kriter 19'da 1 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; engelli bireylere refakat edecek personeller resmi olarak görevlendirilmiş olmalı ve sayı belirlenmelidir. Bu konu başlığında görevlendirmesi yapılan refakat

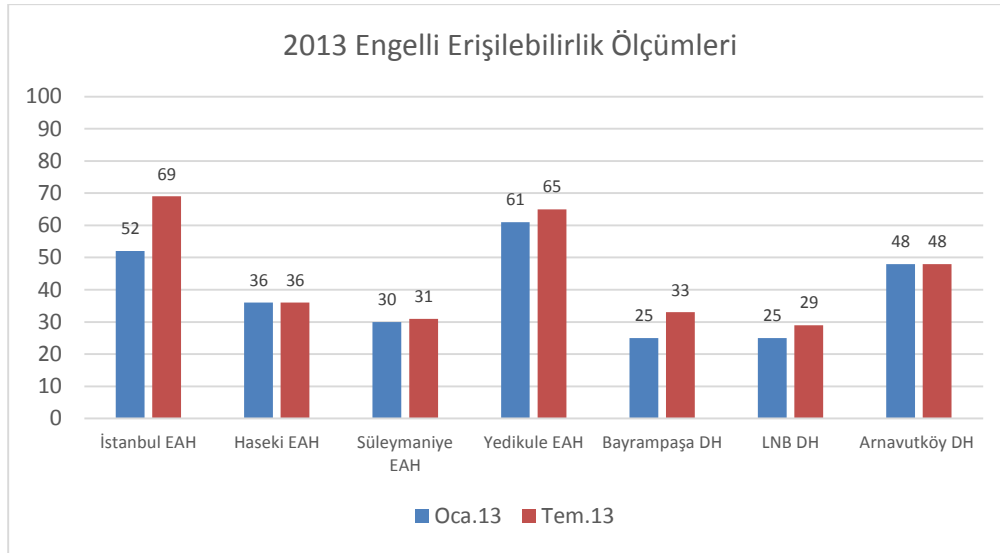
personelinin ilgili kurumlardan ayrılması nedeniyle belirli dönemlerde zaman zaman personel sayısı düşmüş, ortalama oran olumsuz etkilenmiştir. Erişilebilirlik genel ortalaması % 74 olarak saptanmıştır.

Kriter 20'de 1 alt soru bulunmaktadır. Bu sorulara göre; yeterli sayıda engelli nakil aracı olmalıdır. Ancak İstanbul EAH(%100) ve Haseki EAH(%86) bu süreçte yüksek oranda evet almış olmasına rağmen diğer sağlık tesislerinde nakil aracının bulunmuyor olması ortalamayı düşürmüştür. Erişilebilirlik genel ortalaması % 56 olarak saptanmıştır.

Denetimlerde ortaya çıkan iyileşme oranlarına ilişkin 2013 yılı verileri Tablo 5'te, 2014 yılı verileri ise Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 5. 2013 Yılı 6 Aylık Değişim Yüzdeleri

2013 Yılı Değişim Yüzdeleri			
HASTANE ADI	TARİH		Yıllık Toplam Değişim
	Ocak	Temmuz	
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	52%	69%	%17 ↑
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi	36%	36%	%0 →
Süleymaniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi	30%	31%	%1 ↑
Yedikule Eğitim ve Araştırma Hastanesi	61%	65%	%4 ↑
Bayrampaşa Devlet Hastanesi	25%	33%	%8 ↑
Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi	25%	29%	%4 ↑
Arnavutköy Devlet Hastanesi	48%	48%	%0 →
Topçular Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	DD*	DD*	-
TOPLAM	40%	42%	% 2 ↑
*2013 yılında Topçular ADSM sağlık hizmeti sunmadığından denetime tabi tutulmamıştır.			

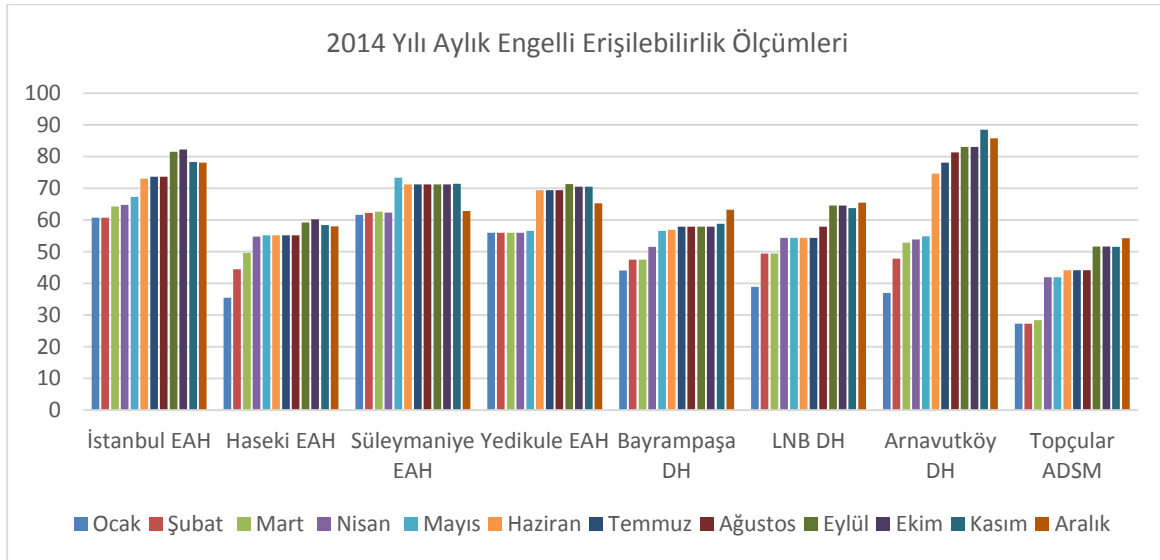


Şekil 1. 2013 Yılı 6 Aylık Engelli Erişilebilirlik Ölçümleri

Şekil 1’de 6 aylık periyotlarda yapılan denetimlerde İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yedikule Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde gözle görülür bir iyileşme olduğu, diğer hastanelerde ise kısmi bir artış yaşandığı veya mevcut durumun korunduğu görülmektedir.

Tablo 6. 2014 Yılı Aylık Değişim Yüzdeleri

2014 Yılı Aylık Değişim Yüzdeleri													
HASTANE ADI	TARİH												Yıllık Toplam Değişim
	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	
İstanbul EAH	61%	61%	64%	65%	67%	73%	74%	74%	82%	82%	78%	78%	%17 ↑
Haseki EAH	36%	44%	50%	55%	55%	55%	55%	55%	59%	60%	58%	58%	%22 ↑
Süleymaniye EAH	62%	62%	63%	62%	73%	71%	71%	71%	71%	71%	71%	63%	%1 ↑
Yedikule EAH	56%	56%	56%	56%	57%	69%	69%	69%	71%	70%	70%	65%	%9 ↑
Bayrampaşa DH	44%	47%	47%	52%	57%	57%	58%	58%	58%	58%	59%	63%	%19 ↑
LNB DH	39%	48%	53%	54%	54%	54%	54%	58%	65%	65%	64%	65%	%26 ↑
Arnavutköy DH	37%	48%	53%	54%	55%	75%	78%	81%	83%	83%	88%	86%	%49 ↑
Topçular ADSM	27%	27%	28%	42%	42%	44%	44%	44%	52%	52%	51%	54%	%27 ↑
TOPLAM	45%	49%	51%	55%	58%	62%	63%	64%	68%	68%	68%	67%	%22 ↑



Şekil 2. 2014 Yılı Aylık Engelli Erişilebilirlik Ölçümleri

2014 yılında Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Hastane Hizmetleri Başkan Yardımcılığı'nın resmi yazısı ile denetim periyotları arasında geçen süre kısaltılarak aylık denetimlere başlanmıştır. İstanbul EAH, Arnavutköy DH ve Topçular ADSM standartlara uyum konusunda devam eden bir iyileşme grafiği yakalamış, Haseki EAH, Bayrampaşa DH ve LNB DH zaman zaman durağanlaşarak standartlara uyum trendini sürdürmüştür.

Yedikule EAH ve Süleymaniye EAH bir önceki yıla oranla hızlı bir değişim yaşamış ve yıl içinde küçük iyileşmelerle ulaştığı hedefi korumuştur.

Standartlar arasında eğitim ve bilinçlendirmeye dair bir madde bulunmamasına rağmen farkındalık yaratmak ve hizmete erişimde insan gücünden olumlu yönde yararlanabilmek amacıyla eğitim çalışmalarına ağırlık verilmiş, bu kapsamda toplamda 11304 personelden 4662'sine eğitim imkânı sağlanarak sağlık tesisi çalışanlarının %41'ine ulaşılmıştır(Sağlık Tesisleri Eğitim Katılım Formu). Diğer yandan işaret dili bilen personel sayısını arttırmak amacıyla eğitim çalışmaları sürdürülmüş ve Tablo 7'da görülen veriler elde edilmiştir. Bu sayı sonraki dönemlerde de artarak devam etmektedir.

Tablo 7. İşaret Dili Bilen Personel Sayısı

İşaret Dili Bilen Personel Sayısı		
Hastane	2013	2014
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi	7	15
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1	2
Süleymaniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2	3
Yedikule Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1	2
Bayrampaşa Devlet Hastanesi	2	2
Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi	3	2
Arnavutköy Devlet Hastanesi	1	8
Topçular Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	DD	5

Kaynak: Sağlık Tesisleri Eğitim Katılım Formu

Bu eğitimler öncesinde çalışanların “engelli olma ve erişilebilirlik” kavramlarına karşı farkındalık düzeylerinin düşük olduğu, sonrasında daha duyarlı hale geldikleri ve engellilere sunulan hizmetlerde pozitif yönde gayret gösterdikleri gözlemlenmiştir.

Hastanelerin ilk dönemlerde hızlı bir değişim yaşayarak sonraki dönemlerde yavaşlamasında özellikle bina ve çevre koşulları belirleyici rol üstlenmektedir. Yüksek maliyet gerektirmeyen ve uygulama zorluğu çıkarmayan alt başlıklarda İstanbul EAH: 67, Haseki EAH: 34; Süleymaniye EAH: 34, Yedikule EAH: 78, Bayrampaşa DH:30, LNB DH: 33, Arnavutköy DH: 53 2 yıl boyunca, Topçular ADSM: 45 kriterden 1 yıl boyunca tam puan almıştır. 20 kriterden oluşan soru listesinde yer alan bazı konu başlıkları aşağıdaki şekilde sınıflandırılmışlardır.

En az problem yaşanan konu başlıkları;

1. Yaya güvenliği (*Kriter 1*),
2. Yönlendirme levhaları ve hissedilebilir yüzey uygulamaları (*Kriter 3, 4, 6 ve 7*),
3. Zemin yapısı (*Kriter 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 ve 16*),
4. Ulaşım ve dolaşım alanları (*Kriter 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10*),
5. Asansör sesli ve yazılı uyarı özellikleri (*Kriter 9*),
6. Merdivenlerdeki hissedilir malzeme özellikleri (*Kriter 10*),
7. Tuvalet özellikleri (*Kriter 11 ve 14*),
8. İşaret dili bilen personel sayısı (*Kriter 18*),
9. Aydınlatma uygulamaları (*Kriter 2, 4, 6, 8 ve 9*),
10. Otopark yeri uygulamaları olmuştur (*Kriter 2*).

En fazla problem yaşanan konu başlıkları;

1. Kaldırım yüksekliği (*Kriter 1*),
2. Hastane yerleşkesi kabartma haritası (*Kriter 3*),
3. Kapı genişlikleri (*Kriter 4, 6, 9, 11, 12, 14 ve 16*),
4. Rampa eğimleri (*Kriter 5*),
5. Küpeşte özellikleri (*Kriter 5, 9 ve 10*),
6. Kot farklılıkları (*Kriter 1, 4, 5, 8 ve 9*)
7. Asansör kabin genişliği (*Kriter 9*),
8. Basamak sayıları (*Kriter 10*),
9. Oda genişlikleri(poliklinik, banyo, tuvalet ve klinikler) (*Kriter 11, 12, 13, 14, 15 ve 16*)
10. Lavabo yükseklik ve derinlikleri (*Kriter 11, 12, 14, 15 ve 16*)
11. Hasta odalarında bulunan pencere yüksekliği ve parapetler olmuştur (*Kriter 13*).

Yukarıda sayılan konu başlıkları için genel sekreterlik ve sağlık tesisleri üst yönetimi tarafından ciddi destek sağlanmış ve iyileştirme hızları göz önünde bulundurularak eksikliklerin büyük oranda giderilmeye çalışıldığı gözlemlenmiştir.

Sıralanan başlıklara bakıldığında bu sorunların temelinde yapısal sınırlılıkların önemli bir etken olduğu görülmektedir. Örneğin hastanelerin tümünde işaret dili bilen personel sayısına fazlasıyla ulaşılmışken, “8 basamaklı merdiven” uygulaması bazı sağlık tesislerinde henüz işleme konulamamıştır. Binalarda bulunan asansörlerin kabin içi genişliklerini standartlara uygun hale getirebilmek amacıyla bina içinde bir yıkım çalışması başlatılması, bu çalışma için ihale işlemlerinin tamamlanması ve bürokratik süreçlerin ağır işlemesi gibi nedenler beklenen değişim karşısında bir direnç yaratmaktadır. Dolayısıyla bu kriterler her değerlendirme döneminde hedeflenen iyileşmeyi durdurma noktasına getirmektedir.

Diğer yandan hastanelerde verilen hizmet alanları genişlerken ortaya çıkan mekânsal ve mimari daralmalar engelli bireyler için yapılması düşünülen iyi uygulamaları kısıtlamaktadır. Bu kısıtlamanın giderilebilmesi için binanın tamamen yenilenmesi ya da yeniden inşa edilmesi gereklidir ki bu durum yüksek maliyetli harcamaları beraberinde getirmektedir.

Formda yer alan kriterlerden bazılarının yoruma açık olması uygulamada birliği sağlamayı zorlaştıran etkenlerden bir diğeri olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin; “kapılara ait temiz geçiş genişliği” kimi hastaneler tarafından açık olması durumunda kapı kolu ve kapı kilidi yuvasının bulunduğu duvar arasındaki mesafe olarak yorumlanırken, kimi hastanelerde kapı menteşesi ile kapı kilidi yuvasının bulunduğu duvar arasındaki uzaklık olarak yorumlanmıştır. Dolayısıyla yoruma açık olmayacak şekilde standartların yeniden revize edilmesi ve işleme konulması oldukça önemlidir. Uygulayıcının standart koyucu kadar konuya hakim olamayacağı hususunun göz ardı edilmemesi ve çözülmesi güç konular için bir destek ekibinin oluşturulması gibi çözüm odaklı metotların uygulamalarda birlik anlayışına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bazı kriterlerin uygulanmasında hasta şikâyetleri negatif yönde bir etki yaratmaktadır. Hasta veya yakınlarının bu yönde bilinçlendirilmeleri, erişilebilirlik uygulamaları önündeki kısıtlamaların ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalarda kamu yararının gözetilmesine fırsat teşkil edecektir. Örneğin; engelli asansörü olarak tanımlanan asansör kapılarının kapanma süresi 10 saniyeden az olmamalıdır. Hasta ve yakınlarının bu sürenin uzun olduğu yönündeki geribildirimleri, zaman zaman kapı kapanma sürelerinin geriye doğru çekilmesine neden olmuştur. Buna benzer kriterler normal şartlar altında tam puan alırken yerinde gözlemlerde durumun tespiti halinde eksi puana dönüşmektedir. Asansör kullanıcılarının görebilecekleri alanlara bilgilendirme levhaları asılması konunun çözümüne katkı sağlayacaktır

Çelişki yaratan bir başka husus da farklı erişilebilirlik uygulamalarıdır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın “Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği” ile yürürlüğe giren ve 22 ana başlık 1505 alt kriterden oluşan “Engelli Denetleme ve İzleme Formu” ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun “Engelli Bireylere Yönelik Sağlık Tesisleri Denetleme Formu” bazı konu başlıklarında farklılıklar bulundurmaktadır. Her iki formda yer alan kriterler detaylı bir şekilde incelendiğinde birinin maksimum, diğerinin minimum dönüşüm talep ettiği görülmüştür. Yani “Engelli İzleme ve Denetleme” formuna göre bina ve açık alanların tamamının erişilebilirlik kapsamında iyileştirmeye tabi tutulması gerekmektedir. Ancak birliğe bağlı hastanelerin bazılarının gerek bulunduğu konum üzerindeki tarihi dokusu, gerekse eski mimarisi tüm alanlar üzerinde beklenen iyileştirmelerin güç olduğunu göstermektedir. Böyle bir iyileştirme için hasta ve çalışanların tahliye

edilmesi durumu ortaya çıkacaktır ki bu da müteselsilen sorunların büyümesine neden olacaktır. Bu iki uygulama arasındaki paradoksa örnek vermek gerekirse; Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu’nun “Engelli Bireylere Yönelik Sağlık Tesisleri Denetleme Formu”na göre yapılan denetimde yalnızca 1 engelli polikliniğinin tanımlanması yeterli görülürken, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın “Engelli Denetleme ve İzleme Formu”na göre yapılan denetimde tüm polikliniklerin engelli bireylere uygun hale dönüştürülmesi beklenmektedir ve bu durum diğer tüm alanlar için de geçerlidir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından oluşturulan denetim formunda hastaneler Ek I ve Ek II’de belirtilen kriterlerin tamamına yakınından sorumlu tutulmaktadır. Kriterler ayrı ve detaylı bir şekilde sorgulanmakta ve uygun olmayan belirli başlıklar için idari para cezası müeyyidesi uygulanmaktadır. Öte yandan Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu’nun belirlemiş olduğu denetim formu verileri yalnızca çevrimiçi sistem üzerinden Sağlık Bakanlığı’na raporlanmaktadır. Bu durum erişilebilirlik kural ve ilkeleri ile anlamlı bir bütünlük oluşturmak isteyen hastaneler açısından ikilem yaratmaktadır.

10. Sonuç ve Öneriler

Sağlık sektörü engelliler için rahat erişimin sağlanması gereken birincil derecede öneme sahip alanlar arasında yer almaktadır. Fiziksel, ruhsal, zihinsel ya da sosyal engellerden birine sahip tüm bireyler yaşamları boyunca en az bir defa sağlık hizmeti talebinde bulunmaktadır. Dolayısıyla dışarıdan destek almadan bu imkânlara erişim sağlamak, fırsat eşitliği oluşumunun temel yapı taşıdır. Engelli bireylerin hak ve hürriyetini kısıtlamadan, mekânsal ve yapısal sınırlılıklar nedeniyle hizmete erişimine bariyer olmadan onlara hizmet sunmak, sosyal devlet anlayışının da en önemli ilkelerindendir. Bu prensipler BM Engelli Hakları Sözleşmesi ile sözleşmeye imza atan ülkeleri bağlayıcı bir konum kazanmıştır. Bireylerin kendi seçimlerini yapma özgürlükleri ve bağımsızlıkları da dahil olmak üzere kişilerin doğuştan sahip oldukları onura ve bireysel özerkliklerine saygı gösterilmesi, ayrımcılık yapılmaması, topluma tam ve etkili katılım ve dahil olma, farklılıklara saygı gösterilmesi ve engelliliğin insan çeşitliliğinin ve insanlığın bir parçası olarak kabul edilmesi, fırsat eşitliği, erişilebilirlik, kadın ve erkek arasında eşitlik, engelli çocukların gelişen kapasitelerine saygı duyulması ve engelli çocukların kendi kimliklerini koruyabilmeleri için haklarına saygı duyulması hususları teminat altına alınmıştır. Bu hükümler 2014 yılında revize edilen 5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun ile ülkemizde yürürlüğe girmiş ve kamuya açık kurum ya da kuruluşlara sorumluluk yüklemiştir. Dolayısıyla söz konusu yasal düzenlemeler hem uluslararası hem de ulusal düzeyde hizmet sunucularını bağlayıcı bir hüviyet kazanmıştır. İstenen koşulların yerine getirilmemesi ya da geciktirilmesi ayrımcılık ilkesinin tetikleyicisi olarak görülmektedir. Bu nedenle mağduriyet yaşayan bireyler ulusal ve uluslararası düzeyde koruyucu kanunlarla ciddi anlamda güç kazanmıştır.

Dünyanın hiçbir ülkesinde % 100 erişim koşulları yaratılamamış olsa da bu yönde çalışmalar oldukça fazladır. Bu göstergelerden ve realiteden uzaklaşmadan pozitif yönde maksimum değişim hedeflenmelidir. Zaman zaman sağlıklı bireylerin bile merdiven basamaklarını elindeki yük nedeniyle aşamadıkları, yüksek eğim nedeniyle rampalardan tırmanamadıkları görülmektedir.

Küçük şehirlere oranla İstanbul ilinde mimari iyileştirmenin daha zor olduğu çeşitli araştırmalarla ve tecrübelerle ortaya konulmuştur. Kaldırım yüksekliği, oda ya da tuvaletlerin genişliği ve olması beklenen manevra alanı, yatan hasta odalarında pencere ile zemin arasındaki mesafe, merdiven basamak sayıları gibi unsurlar değişim önündeki en büyük engel olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu tür sorunlarla karşılaşmamak adına yeni mimari yapıların erişilebilirlik ilkelerine uygun tasarlanması ve inşa edilmesi önem arz etmektedir. Özellikle yönetim tarafından hazırlanan bina imar şartnamelerinin mevzuata uygunluğunun takip edilmesi, iki parametre arasında bütünlük oluşturulması ilerleyen zamanlarda ihtiyaç duyulan değişikliklere adaptasyonda büyük kolaylıklar sağlayacaktır.

Aynı sağlık tesisinde veya başka bir alan üzerinde yapılacak olan kamu binalarının yapım ve teslim süreçleri İl Özel İdaresi, Sağlık Bakanlığı veya Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından yürütülmekte olduğundan, bu kurumların erişilebilirlik kıstaslarına bağlı kalarak planlama yapmaları ve hayata geçirmeleri önem arz etmektedir. Bakanlıklar nezdinde bu konuların büyük bir dikkatle izlenmesi, yanlış uygulamaların önüne geçmeyi sağlayan yaptırımlar uygulanması, projeler üretilmesi ve erişilebilirlik tanıtım faaliyetlerine ağırlık verilmesinin ciddi destek sağlayacağı düşünülmektedir.

Geçmişten bugüne ortaya çıkan çarpık kentleşmenin önüne geçilememesi ve sağlık tesislerinin reorganizasyon gerektiren durumlarda çevre koşullarına ayak uyduramaması ana problem kaynaklarından biridir. Yeni yapılması planlanan sağlık tesislerinin il merkezlerine uzak alanlarda kurulması ve ihtiyaç duyulan tüm branş ve birimlerin sistemli bir biçimde o alan üzerinde tesis edilmesi sağlık hizmetine erişimde rahatlama imkanı sunacaktır. Tabi bununla birlikte İstanbul ilinde yaşanan yol ve trafik sorunlarının çözümüne yönelik çalışmalar, sağlık hizmetlerinin sunumu ile eş zamanlı yürütülmesi gereken bir konudur. Dolayısıyla Ulaştırma Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı ile ikili işbirliklerinin geliştirilmesi, insan yaşamının iki temel unsuru olan sağlık ve ulaşım konularına daha çözümçül bir yaklaşımın gelişmesine katkı sağlayacaktır. Bir diğer husus çok katlı hastane binalarıdır. Hastalığın türüne ve niteliğine göre ve hasta kitlesinin durumuna göre dizayn edilmeyen binalarda hizmet alımını engelleyen iki temel faktör vardır, bunlar asansör ve merdivenlerdir. Genel portföyünü sağlıksız bireylerin oluşturduğu hastanelerde en tepeye ulaşmanın bir başarı sayılacağı kabul edilmeli ve uygulamalarda bu unsurlar yok sayılmamalıdır. Örneğin; elinde kocaman bir bebek arabası ile gelen ebeveynlerin üst katlarda bulunan birimlere ulaşması teknik açıdan kolay olmayacaktır.

Son zamanlarda ülkemize göç nedeniyle gelen veya turistik amaçla ülkemizde bulunan yabancı vatandaşlarla uluslararası ortak bir ya da birden fazla dil kullanmak gerekmektedir. Özellikle yönlendirme levhalarının ilgili birim ve branşlara erişimde en etkili uygulamalardan biri olduğu tartışılmaz bir gerçektir. Sağlık tesislerinin bu yönde bilinçlendirilmesinin yararlı olacağı fark edilmeli ve bu yöntemin getireceği maliyetlerden kaçınılmamalıdır.

Yine gözlem sonuçları göstermektedir ki; uzun aralıklı denetimler iyileştirmelerin yavaşlamasına, sık aralıklı denetimler kaygı ve stres duygularının artmasına neden olmaktadır. Belirli bir noktaya kadar yapılan iyileştirmelerin, teknik faktörlerden dolayı devam ettirilememesi çalışanlarda denetimin anlamsız olduğu

hissi uyandırmakta ve konuya sadece “prosedürün yerine getirilmesi” olarak bakılmasına neden olmaktadır. Yapılan ölçümlerin somut sonuçları ve denetimlerin sonuçları üzerine etkisinin çalışanlarla paylaşılması ya da en azından iyileştirilemeyeceği konusunda uzmanlarca görüş birliği sağlanan alanların istisna tutulması, denetimde zaman kaybını önleyecektir.

Avrupa ülkelerinde erişilebilirlik şartlarının iyileştirilmesinde bireysel hak ve hürriyetlerin kısıtlanmaması temel ölçüt alınsa bile verimsiz iş gücünün ortadan kaldırılması da hedeflenmektedir. Diğer bir deyişle; engelli bireyler için istihdam edilen her insanı kayıp iş gücü olarak değerlendirmekte ve bunun önüne geçebilmek amacıyla çevre, ulaşım ve bina koşullarını bir başkasının yardımına ihtiyaç duymadan erişime uygun hale getirmek için çalışmalar yürütmektedir. Ülke genelinde bu bilincin oluşturulması, yaşanan kayıp zamanların azaltılması, maddi zararların önüne geçilmesi ve ekonomik göstergelere olumlu yansıtılması geliştirmekte olan ülkeler için önemli birer kaynak olarak görülmelidir.

Sonuç olarak; ülkemizin dünya genelinde kabul gören normlara ulaşma konusunda bir hassasiyet geliştirdiği, fırsat eşitliği sağlamak ve bireyler arası ayrımcılığı önlemek amacıyla yasal düzenlemelere ağırlık verdiği görülmektedir. Ancak bu düzenlemelerin sağlık tesislerinde beklenen sonuçlara ulaşmada yetersiz olduğu saptanmıştır. Özellikle insan sağlığını ön planda tutan hastaneler tıbbi alanlara kaynak ayırmaya daha eğilimli bir duruş sergilemektedir. Dolayısıyla erişilebilirlik çalışmaları her ne kadar yasal zorunluluklar devreye girse de biraz daha geri plana itilmektedir. Özellikle zihin kirliliğine neden olan çapraz yasal düzenlemeler aynı amaca farklı yollardan yürümeye zorlamaktadır ki bu da zaman zaman ölü yatırımlara neden olmakta, çalışanlar tarafından her yeniliğe karşı bir direnç ortaya çıkmaktadır.

Tablo 8. Bağlı Sağlık Tesislerine Ait Ocak 2013- Aralık 2014 Yılları Arası Değerlendirme Skor Tablosu

2	1	9	1	64	0	5	0	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	----	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

11. Kaynakça

- Akdoğan, A.A., Beydoğan, B., Parmaksız Y.,P., Sabuktay, A., Vural, H.S. (2010), “Özürlülüğe dayalı ayrımcılığın ölçülmesi araştırması”, Ankara: Özürlüler İdaresi Başkanlığı.
- Choi, K., -Cho, W., -Lee, S., -Lee, H., -Kim, C. (2004), “The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: a south korean study”, *Journal of Business Research*, 57(8), 913-921.
- Çağlar, S. (2012).Engellilerin Erişilebilirlik Hakkı ve Türkiye’de Erişilebilirlikleri. *AÜHF Dergisi*, 61(2), 541-598.
- Güldemir, O., Saatçi, G. (2014). Parmakların okuduğu menü: braille alfabesi ile bir model önerisi. *Gazi Üniv. Turizm Fak. Dergisi*, 2, 20-32.
- Panero, J., Zelnik, M. (1979), *Human dimension & interior space: a source book of design reference standards*. Whitney Library of Design, New York.
- Pehlivanoglu, B. (2012). Konaklama Yapılarının Engellilere Yönelik Oda Düzenlemelerinin İrdelenmesi. *İnönü Üniversitesi Sanat ve Tasarım Dergisi*, 2(4), 27-35.
- Zengin, B., Eryılmaz, B. (2013). Bodrum Destinasyonunda Engelli Turizm Pazarının Değerlendirilmesi. *International Journal of Economic and Administrative Studies*, 6(11), 51-74.
- Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Rehberi* (2012). Erişim tarihi: 20 Mayıs 2016, <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/8b9be1a57d364452b8f2f9b03b1de8de.pdf>
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Erişim tarihi: 20 Mayıs 2016, <http://www2.tbmm.gov.tr/d24/7/7-13588sgc.pdf>
- Dünya Sağlık Örgütü (WHO). Erişim Tarihi: 20 Mayıs .2016 , <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>
- Engelliler Hakkında Kanun. Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2016, www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5378.pdf
- Mevzuattan Uygulamaya Engelli Hakları İzleme Raporu(2013). Erişim tarihi: 20http://www.engellihaklariizleme.org/tr/files/belgeler/kitap_2013.pdf
- Nüfus ve Konut Araştırması, Erişim tarihi: 11.06.2016, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18617>,
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Erişim Tarihi: 03.06.2016, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1017