T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÖRME ENGELLİLERİN DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Dr. CAHİDE ÇELENK BİRİCİK
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2025

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE GÖRME ENGELLİLERİN DENEYİMLERİ: NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Dr. CAHİDE ÇELENK BİRİCİK
UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN: Prof. Dr. SALİHA SERAP ÇİFÇİLİ

İSTANBUL 2025

“Umutluydu belki karanlıkta kalmış çocuk,
Umutluydu belki çocuklarının aydınlığı olmuş baba …”

Çaresiz zamanlarımın, zorlu yolculuklarımın deniz feneri olan canım babam,
bu çalışmam sana olan minnetimin bir parçası olarak yerini bulsun.
Bu küçük adımla bir eşiği geçiyorum ve yenilik getiren
birçok yolculuğa başlıyorum. Hep yanımda olman dileğimle…

“Tüm eşitsizlik biçimleri içinde, sağlık hizmetlerindeki
adaletsizlik en sarsıcı ve en insanlık dışı olanıdır.”
Dr. Martin Luther King, Jr.

ÖNSÖZ

Tez dönemimin her aşamasında emeğini, desteğini, hoşgörüsünü ve sabrını esirgemeyen değerli tez danışmanım Prof. Dr. Saliha Serap ÇİFÇİLİ'ye;

Uzmanlık eğitim sürecim boyunca bana kattıklarından dolayı Prof. Dr. Arzu UZUNER'e, Prof. Dr. Gülru Pemra CÖBEK ÜNALAN'a, Prof. Dr. Mehmet AKMAN'a, Prof. Dr. Çiğdem APAYDIN KAYA'ya, Dr. Öğr. Üyesi Ülkü SUR ÜNAL'a, Dr. Öğr. Üyesi Buğu USANMA KOBAN'a ve Dr. Öğr. Üyesi Saliha ŞAHİN'e,

Tezin analizinde araştırmacı olarak görev alan, kıymetli fikirleriyle tezin niteliğini arttıran Uzm Dr. Fatma Burcu DOĞANÇ'a,

Aile hekimliği uzmanlık eğitimim süresince farklı kliniklerde beraber çalışma fırsatı bulduğum değerli hocalarım ve kıymetli asistan arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemi sağlayan, emek harcayan ve desteklerini her zaman üzerimde hissettiğim sevgili aileme,

teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Cahide ÇELENK BİRİCİK

Aralık 2025

ÖZET

Başlık: Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Görme Engellilerin Deneyimleri: Nitel Bir Araştırma

Amaç: İncinebilir gruplar arasında yer alan görme engelli bireyler sağlık hizmetine ulaşım anlamında çeşitli zorluklar ve eşitsizliklerle karşılaşmaktadırlar. Bu araştırmanın amacı, görme engellilerin sağlık hizmetlerine erişim süreçlerinde yaşadıkları deneyimleri, karşılaştıkları erişilebilirlik sorunlarını nitel yöntemler aracılığıyla incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma, nitel araştırma yönteminden fenomenolojik desende tasarlanmıştır. Katılımcıların yaşadıkları deneyimlerin kapsamlı şekilde anlaşılması amacıyla odak grup görüşmeleri yöntemi tercih edilmiştir. Amaçlı örnekleme yöntemi ile 28 katılımcıya ulaşılmış her biri 6–8 katılımcıdan oluşan 4 odak grup görüşmesi yapılmıştır. Görüşmeler bir gözlemci araştırmacının eşlik ettiği deneyimli bir moderatör tarafından yarı yapılandırılmış bir soru formu kullanılarak yürütülmüştür. Görüşmeler sırasında ses kaydı alınmış, bu ses kayıtlarından elde edilen transkriptler. tematik analiz yöntemi ile analiz edilmiştir. Görüşmelerde veri doygunluğuna ulaşıldığında görüşmeler sonlandırılmıştır. Kodlama süreci sırasında 2 araştırmacı bağımsız olarak kodları oluşturmuş, kategoriler belirlenmiştir üçüncü uzman araştırmacı ile kategoriler, alt tema ve temalar değerlendirilmiş ve bulguların son listesi bu şekilde oluşturulmuştur. **Bulgular:** Görme engelliler, sağlık hizmetlerine erişim sürecinde fiziki düzenlemeler, bilgiye ulaşım ve sağlık teknolojilerinin kullanılabilirliği açısından çeşitli engellerle karşılaşmaktadırlar. Sağlık hizmetine dair memnuniyet, bireysel deneyimlere dayandığından katılımcılar arasında hasta–hekim iletişimine göre farklılık göstermektedir. Hekimiyle iletişim yönünden olumlu deneyimleri olan katılımcılar birinci basamaktan yararlanırken, olumsuz deneyimleri olan katılımcılar daha fazla hekim seçeneği olduğu için hastaneleri tercih ettiğini belirttiler. Çalışmamızda birinci basamak ve hastaneler için fiziki ve bilgiye erişilebilirlik yetersizlikleri konusunda fikir birliği mevcuttur. Çözüm süreçleri için her alanda aktif katılım göstermeye hazır olduklarını söylemişlerdir.

Sonuç: Sağlık meslek mensuplarının engellilik farkındalık düzeyindeki yetersizlik görme engelli bireylerle iletişim sürecini olumsuz etkileyerek bireyin sağlık hizmet alımını zorlaştırmaktadır. Hasta merkezli iletişim eğitimleri ile süreç iyileştirilebilir. Görme engellilerin sağlık hizmetlerine erişiminde ortaya çıkan eşitsizliklerin giderilmesi, sağlık hakkı temelinde kamu kurum ve kuruluşlarının görme engelli bireyler ile ortak paydaşlar olarak yapılacak uygulamalarla mümkün olabileceği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: görme engelli, birinci basamak sağlık hizmetleri, erişilebilirlik

ABSTRACT

Title: Experiences of the Visually Impaired with Healthcare Services: A Qualitative Research

Aim: Individuals with visual impairment, counted among vulnerable populations, face various challenges and inequalities while accessing healthcare services. The aim of this study is to examine, through qualitative methods, the experiences of visually impaired individuals while accessing healthcare services, and the accessibility barriers they encounter.

Material and Method: This study was designed using a qualitative research approach within a phenomenological framework. Focus group interviews were employed to gain comprehensive understanding of participants' lived experiences. Using purposive sampling, a total of 28 participants were recruited, and discussions were conducted with four focus groups, each consisting of 6–8 participants. Interviews were conducted by an experienced moderator using a semi-structured interview guide, with an observing researcher present. All interviews were audio-recorded, and the transcripts were analyzed using thematic analysis. Data collection was concluded upon satisfactory data saturation. The coding process consisted of two researchers independently generating codes and identifying categories, which were subsequently evaluated in collaboration with a third expert researcher. The findings were then finalized.

Results: Individuals with visual impairment encounter various accesability barriers while accessing healthcare services, particularly related to physical layouts, accessibility of information, and the usability of healthcare technologies. Since satisfaction with healthcare services is shaped by individual experiences, it varies among participants according to the quality of patient–physician communication. Participants who reported positive communication experiences with their physicians tended to utilize primary healthcare services, whereas those with negative experiences indicated a preference for hospitals due to the availability of a wider range of physicians. In this study, there was a consensus regarding the inadequacy of physical and informational accessibility in both primary care settings and hospitals. Participants also stated that they were willing to actively engage in solution-oriented processes across all areas.

Conclusion: The inadequate level of disability awareness among healthcare professionals negatively impacts the communication process with visually impaired patients, rendering their healthcare accesss difficult. Improvement is possible through patient-centered communication training. The inequalities faced by the visually impaired face while accessing to healthcare services can be addressed through collaborative practices between public institutions and organizations, based on the right to health, and visually impaired individuals as stakeholders.

Key worlds: Visiul impairment, primary care, accessibilty

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ..... **i**
ÖZET ..... **ii**
ABSTRACT ..... **iv**
İÇİNDEKİLER ..... **vi**
SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **ix**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **x**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **xi**
1. GİRİŞ ve AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1. Aile Hekimliği Disiplini ve Engellilik Kavramı 5
2.2. Engellilik Tanımı 7
2.3. Görme Engellilik Tanımı 8
2.4. Görme Bozukluğu Nedenleri 8
2.5. Körlüğe Sebep Olan Göz Hastalıkları 9
2.6. Türkiye'de Görme Engellilere Yönelik Kurumsal Yapılanmanın Tarihsel Gelişimi 13
2.7. Görme Engellilerin Sosyal Hayatta Karşılaştığı Güçlükler 14
2.7.1. Ulaşım Hizmetleri 15
2.7.2. Sağlık Hizmetleri 15
2.7.3. Eğitim ve İstihdam 17
2.7.4. Siyasal Haklar ve Katılım 18
2.7.5. Sosyokültürel Etkinliklere Katılım 18
2.7.6. İletişim Teknolojilerinin Kullanımı 19
2.7.7. Aile ve Toplumdaki Konum 20
3. GEREÇ ve YÖNTEM **22**
3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı 22
3.2. Araştırma Evreni ve Örneklem 22
3.2.1. Katılımcıların araştırmaya davet edilmesi 23
3.3. Veri Toplama Yöntemi 23
3.3.1. Veri toplama aracı ve kullanılan programlar 23

3.3.2. Ses kayıtları ve deşifre için programlar 24
3.3.3. Odak grup görüşmeleri 24
3.3.4. Katılımcılar 25
3.4. Veri Analizi 25
3.4.1. Veriye aşinalık ve ilk notların oluşturulması 25
3.4.2. Açık kodlama ve kod listesinin oluşturulması 26
3.4.3. Kodların karşılaştırılması ve kategorilerin oluşturulması 26
3.4.4. Alt temaların ve temaların geliştirilmesi 26
3.4.5. Uzman kontrolü, tema onayı ve son düzenleme 27
3.4.6. Geçerlilik ve güvenirlik önlemleri 27
3.4.7. Veri derinliği – görüşme süresi ve kelime sayısı 28
3.4.8. İstatistiksel analiz ve raporlama 28
4. BULGULAR 30
4.1. Katılımcıların Özellikleri 30
4.2. Ana Tema ve Alt Temalar 33
4.3. Görme Engellilerin Sağlık Hizmetlerinde Deneyimleri 33
4.3.1. İletişim Süreci ve Çözüm Önerileri 33
4.3.2. Görme Engellilerin Aile Hekimliği Deneyimleri 37
4.3.3. Görme Engellilerin Hastane Deneyimleri 40
4.4. Görme Engellilerin Sağlık Hizmetlerinde Erişilebilirlik Deneyimleri 43
4.4.1. Fiziksel Erişilebilirlik Deneyimleri 43
4.4.2. Görme Engellilerin Bilgiye Erişilebilirlik Deneyimleri 45
4.4.3. Erişilebilirlik Çözüm Önerileri 48
4.4.4. Yurt Dışı Çözüm Örnekleri 52
4.5. Görme Engellilerin Sağlık Hizmetlerinde Ayrımcılığa Uğrama ve Savunuculuk Deneyimleri 53
4.5.1. Görme Engellilerin Sağlık Hizmetlerinde Ayrımcılığa Uğrama Deneyimleri 53
4.5.2. Görme Engellilerin Sağlık Hizmetlerinde Savunuculuk Deneyimleri 54
5. TARTIŞMA ve SONUÇ 55
5.1. Tartışma 55
5.1.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları 62

5.2. Sonuç ve Öneriler: 62
KAYNAKLAR 64
EKLER..... 71
Ek 1: Gönüllü Olur Formu 71
Ek 2: Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşme Formu..... 74

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	**:**	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	**:**	Dünya Sağlık Örgütü
KEA	**:**	Katılımcı Eylem Araştırmaları
STK	**:**	Sivil Toplum Kuruluşları
TUK	**:**	Tıpta Uzmanlık Kurulu
TSE	**:**	Türk Standartları Enstitüsü
TTKA	**:**	Toplum Temelli Katılımcı Araştırma
TÜİK	**:**	Türkiye İstatistik Kurumu
UÇEP	**:**	Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
WCAG 2.1	**:**	Web Content Accessibility Guidelines
WONCA	**:**	Dünya Aile Hekimleri Birliği
YBMD	**:**	Yaşa Bağlı Makula Dejenerasyonu

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. DSÖ Dünya Körlük Nedenleri 2020 9
Şekil 2. İlgili Kanun ve Genelge Süreçleri 14
Şekil 3. İletişim Araçları Kullanımı TUİK 2010 20
Şekil 4. Medeni Durum 30
Şekil 5. Çalışma Durum 30
Şekil 6. BBSH Başvuru Sayısı 31
Şekil 7. Ana Tema-Alt Temalar 33
Şekil 8. İletişim Süreci Kod ve Frekanslar 34
Şekil 9. Aile Hekimliği Alt Tema Kodlar ve Frekans 38
Şekil 10. Hastane Deneyimleri Alt Tema İlişkili Kodlar ve Frekansları 40
Şekil 11. Fiziksel Erişilebilirlik Alt Tema İlişkili Kodlar ve Frekansları 43
Şekil 12. Bilgiye Erişilebilirlik Alt Tema İlişkili Kodlar ve Frekansları 46
Şekil 13. Erişilebilirlik Çözüm Önerileri Alt Tema İlişkili Kod ve Frekans 48
Şekil 14. Yurt Dışı Örnekleri Alt Tema Kod ve Frekansları 52
Şekil 15. Görme Engellilerin Sağlık Hizmetlerinde Ayrımcılığa Uğrama Savunuculuk Deneyimleri Alt Tema ilişkili Kod ve Frekans 53

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. DSÖ Uzak Görme Keskinliği Sınıflaması 8
Tablo 2. Kullanılan Programalar 23
Tablo 3. Odak Grup Görüşmeleri 25
Tablo 4. Veri Toplama Süreci 28
Tablo 5. Süreç Akışı 29
Tablo 6. Demografik Bilgiler 32

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) Engelliler İçin Sağlık Eşitliği Küresel Raporu'nda (DSÖ, 2022) belirtildiği üzere, sağlık hakkına ilişkin uluslararası düzeyde kaydedilen ilerlemelere rağmen engelli bireyler hâlâ sağlık hizmetlerine erişimde çok yönlü kısıtlılıklar ve eşitsizliklerle karşılaşmaktadır. Bu kısıtlılıklar; fiziksel erişim güçlükleri, iletişim ve bilgiye erişimde yetersizlikler, sağlık çalışanlarının engellilik konusundaki farkındalık düzeyleri ve sistemsel eşitsizlikler şeklinde özetlenebilir (Mermer, 2020; Ertaş, 2025; Alias ve Buari, 2024). İncinebilir grupların sağlık hizmetine erişim süreçlerinde yaşadıkları genel sorunlara ek olarak görme engelli bireylerin engel türüne özel durumlar söz konusudur.

DSÖ'nün verilerine göre Dünya genelinde yaklaşık 45 milyon kişi görme engellidir ve 295 milyon kişinin görme bozukluğu orta–ağır düzeydedir (DSÖ, 2020). Görme engellilik yalnızca görme kaybı ile sınırlı bir durum olmayıp, farklı bedensel ve psikososyal sağlık sorunlarına yatkınlığı artıran çok boyutlu bir klinik tablodur. Uluslararası literatür, görme engelli bireylerde depresyon ve anksiyete başta olmak üzere çeşitli ruh sağlığı bozukluklarının toplum ortalamasına göre daha sık görüldüğünü göstermektedir (Evans ve ark., 2007; Van der Aa ve ark., 2015). Ayrıca hareket sınırlılığına bağlı düşme ve travma riskinin arttığı, buna bağlı olarak ortopedik yaralanmaların daha yaygın görüldüğü belirtilmektedir (Legood ve ark., 2002; Christ & Becker, 2015). Görme kaybının günlük yaşam aktivitelerini kısıtlaması, fiziksel aktivite düzeyini azaltarak obezite, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik durumlara eğilimi artırabilmektedir (Rees ve ark., 2014). Ek olarak, çevresel farkındalığın azalması enfeksiyon hastalıklarının geç fark edilmesine ve sağlık hizmetine başvurunun gecikmesine yol açabilmektedir (Court ve ark., 2014). Görme engelliliğinin mortalite ile ilişkisine yönelik meta-analizler, görme bozukluğunun tüm nedenlere bağlı ölüm riskini artırdığını ortaya koymuştur (Zheng ve ark., 2016). Görme engelliliğin, bireyin yaşam süresini doğrudan etkilemediği düşünüldüğünde mortalitedeki bu artışın sağlık hizmetlerinde primer, sekonder ve tersiyer koruma basamaklarındaki eşitsizlikten kaynaklandığı varsayımında bulunulabilir.

Oysa ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri devlet güvencesi ve denetimi altında olup devletin vatandaşlara sağlamayı vaat ettiği hak ve özgürlükleri yansıtmaktadır. Bütün bu hakların temelini oluşturan yaşama hakkı Anayasamızın 17. Maddesi uyarınca koruma altındadır (T.C. Anayasası, 1982). 2005 yılında çıkan Engelliler Hakkında Kanun'un ilk maddesinde engellilerin temel haklardan faydalanmalarının teminine yapılan vurguya rağmen gerçek yaşantıda uyumsuzluklar görülmektedir. Türkiye'de de sayısı yaklaşık bir milyonu bulan (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2023) görme engelli bireylerin ruh sağlığı sorunları, kronik hastalıklar ve travma kaynaklı yaralanmalar açısından daha riskli bir grubu oluşturduğuna işaret eden çalışmalar mevcuttur (Jammal ve ark., 2023; Karatana & Gür, 2019).

Hizmet sunduğu bireylerin sağlık hakkının başlıca teminatı olan Aile Hekimi bireyin sağlık sistemiyle ilk temas noktası olması, koruyucu sağlık hizmetlerinin temel sağlayıcısı olma ve hizmetin koordinasyonu görevleri ışığında görme engelli bireylerin de sağlık ve yaşam hakkının savunucusu olma konumundadır. Ulusal literatür, birinci basamak hizmetlerinin görme engelli bireyler açısından erişilebilirliğinde yapısal, iletişimsel ve sosyoekonomik düzeylerde belirgin sınırlılıklar bulunduğunu göstermektedir (Karatana & Gür, 2019; Mermer, 2020; Ertaş, 2025). Karatana ve Gür'ün (2019) bulguları, erişilebilirliğin yalnızca mekânsal düzenlemelerle ilişkili olmadığını; dijital randevu sistemlerine erişim güçlükleri, bilgilendirme eksiklikleri ve sağlık personelinin tutumlarına bağlı engellerin sürece eşlik ettiğini ortaya koymaktadır. Benzer biçimde Mermer'in (2020) kamu hastanelerine yönelik değerlendirmesi, yönlendirme unsurlarının tutarsızlığı, Braille eksiklikleri ve standart dışı mekânsal düzenlemelerin görme engelli bireylerin bağımsız hareketliliğini sistematik biçimde kısıtladığını göstermektedir. Bu fiziksel yetersizliklere ek olarak, Ertaş'ın (2025) çalışması, hizmete erişimde sözlü rehberlik eksikliği, belgelerin erişilebilir formatta sunulmaması ve sağlık çalışanlarının görme engelli bireylerle iletişim konusunda yeterli deneyiminin olmaması gibi engellerin de varlığını ortaya koymaktadır. Bu çalışmaların ortak yönü, erişilebilirliğin çok katmanlı bir sağlık hakkı sorunu olduğunu ve görme engelli bireylerin sağlık sistemindeki konumunu anlamak için yalnızca fiziksel altyapıya değil, hizmet sunumunun toplam kalitesine odaklanılması gerektiğini göstermesidir.

Küresel ölçekte yapılan kapsamlı göz sağlığı araştırmaları, görme kaybının bulaşıcı olmayan hastalık yükü içinde giderek arttığını, pandemi sonrasındaysa küresel körlük nedenlerinin yaygınlaştığını göstermektedir (Burton ve ark., 2021; Orbis, 2021). Buradan hareketle sağlık hizmetine başvuran görme engelli sayısı yıllar içinde artış gösterecek, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, sağlık personelinin konu ile ilgili farkındalığı ve eğitimi bu doğrultuda önem kazanacaktır. Buna rağmen Tıpta Uzmanlık Kurulu'nun güncel müfredatında, aile hekimliği ve diğer uzmanlık eğitimlerinde engellilerin özel sağlık ihtiyaçlarına yönelik yapılandırılmış standartlar veya eğitim modüllerinin bulunmadığı görülmektedir (TUK, 2024). Bu durum, sağlık meslek mensuplarının engellilik konusunda yetkinliklerinin geliştirilmesini zorlaştırmakta, sağlık sisteminde kapsayıcılığın artırılması için yenilikçi yaklaşımlara duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır (Göktaş. ve ark., 2025).

Görme engelliler ile yapılan güncel literatür tarandığında ulusal düzeyde engellilerin sorun ve beklentileri üzerine 2010'da yapılan Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) çalışması yer almaktadır. Bu çalışma zaman içerisinde güncelliğini kaybederken ulusal ve kapsamlı tek veri olması bakımından değerini korumaktadır. Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması'na göre engellilerin %77'si sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini istemekte, %36,3'ü sağlık hizmeti veren kuruluşların fiziksel çevre koşullarını erişilebilirlik açısından yetersiz bulmaktadır (TÜİK, 2010). Ancak konu ile ilgili sağlık hizmetine özgü ulusal çalışmalar sınırlıdır. Ayrıca, görme engellilerin karşılaştığı zorluklar hem hukuki hem sosyal hem de tıbbi boyutlara sahip, karmaşıklık düzeyi yüksek problemler olduğundan çok boyutlu bir şekilde ele alınmalıdır. Bu tür çok boyutlu sorunların anlaşılmasında katılımcı eylem araştırmaları (PAR), dezavantajlı grupların sağlık deneyimlerini derinlemesine analiz eden önemli bir yöntemsel yaklaşım olarak öne çıkmaktadır (Cargo & Mercer, 2008). Böyle bir yaklaşım, özellikle kırılgan toplulukların karşılaştığı görünür ve görünmez engellerin ortaya konmasında daha etkili çıktılar alınmasını kolaylaştırabilir. Literatürde farklı engel türlerine sahip farklı popülasyonlarda yapılan çalışmalar, sorunun tespitinin politika ve hizmet tasarımında gerçekçi ve kalıcı dönüşümler sağladığını göstermektedir (O'Toole ve ark., 2003, Mulligan ve ark.,2012). DSÖ kılavuzunda da görme engellilerin sürecin merkezine yerleştirilmesi, geri bildirim mekanizmalarının

güçlendirilmesi ve sağlık sistemi paydaşlarıyla kapsayıcı iş birlikleri kurulmasını önerilmektedir (DSÖ, 2022).

Bu bağlamda araştırmamızın amacı, görme engellilerin birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim süreçlerinde yaşadıkları deneyimleri, karşılaştıkları erişilebilirlik sorunlarını ve sağlık hizmeti kullanımını şekillendiren faktörleri görme engelli bireylerin deneyimlerini merkeze alarak incelemek, ulusal literatürde sınırlı olan nitel çalışmalara katkı sunmak ve görme engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için kanıta dayalı bir temel oluşturmaktır. Araştırmamız sonucunda elde edilen bulgular sivil toplum kuruluşları, ilgili kamu kurumları ve politika yapıcılarla paylaşılarak katılımcı eylem araştırma yönteminin sonraki basamaklarına temel oluşturmak hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Aile Hekimliği Disiplini ve Engellilik Kavramı

Aile hekimliği disiplinin ortaya çıkışı, 1923 yılında Francis Peabody tarafından dile getirilen tıptaki aşırı uzmanlaşma sonucu ortada kalan hastalara kapsamlı ve kişisel sağlık hizmeti verecek bir uzmanlık dalının gerekliliğinin anlaşılmasına dayanmaktadır. veıştır. Burada temeli atılan aile hekimliği, felsefesi ve yaklaşımı ile bu gereksinimi en iyi şekilde karşılayan tıp disiplinidir **(**Şahin ve ark., 2022**).** 1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan Alma-Ata Bildirgesi ile sağlığın temel bir insan hakkı olduğunu vurgulayarak, herkes için erişilebilir temel sağlık hizmetlerinin sağlanmasını hedeflemiştir (Alma-Ata Bildirgesi, 1978). Aile hekimi, mensubu olduğu disiplinin çekirdek yeterlikleri ve ilkeleri doğrultusunda herkes için erişilebilir, eşit sağlığın başlıca savunucusudur.Bu ilkeler ve yeterliliklere göre aile hekimi sağlık hizmeti sunduğu nüfus içinde yer alan her birey için ulaşılabilir olmalıdır. Engelli bireyler için durum bundan farklı değildir. Aynı şemsiye altında hiç kimseyi dışarıda bırakmayan bu ilkeler aile hekimliğinin özünü oluşturmaktadır. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri aşağıda sıralanmıştır (WONCA 2023).1) Birinci basamak yönetimi: Aile hekimi hastaların ilk başvurduğu hekimdir. Kendisine başvuran bireylerin tüm sağlık durumlarıyla ilgilenir. Birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanları ve farklı branş uzmanlarıyla koordine bir şekilde bakım verir. Sağlık hizmetleri içinde görme engelli bireyin izleyeceği adımların öncüsü ve koordinatörüdür.2) Kişi merkezli bakım: Aile hekimi hastayla görüşmesi sırasında etkili bir hasta-hekim ilişkisi kurabilmelidir. Bunu yaparken hastanın önceliklerine ve özelliklerine dikkat etmelidir, hastanın yaşadığı ve içinde bulunduğu şartları iyi analiz etmelidir. Her hastasının kendine has özellikleri olduğu gibi görme engelliliğe özgü ihtiyaçları da analiz eder. Aile hekimi, hastasıyla ortaklık kurarak sürekli bakım hizmeti sunar. 3) Özgül sorun çözme becerileri: Aile hekimi özgül karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplumdaki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirebilmelidir. 4) Kapsayıcı yaklaşım: Aile hekimi bireyin çok sayıda şikayetini ve patolojiyi, bireyin hem akut hem de kronik sağlık sorunlarıyla eş zamanlı bir şekilde yönetebilmelidir. Bireyin sağlığının geliştirilmesi ve hastalıklarının

önlenmesini sağlayarak bireyin sağlık ve iyilik durumunu geliştirebilmelidir. Sağlığın geliştirilmesi, hastalıklardan korunma, hastalıkların tedavisi, hasta bakımı, palyasyon ve rehabilitasyonu yönetebilmeli ve tüm bunları koordine edebilmelidir.5) Toplum yönelimli olma: Aile hekimi birey ve bireyin içinde yaşadığı toplumdan sorumludur. Bireylerin sağlık ihtiyaçlarıyla onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık ihtiyaçlarını, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştırabilmelidir. Görme engelli bireylerin yaşadığı toplum içinde yaşadığı sorunları tespit etmelidir.6) Bütüncül yaklaşım: Aile hekimi bireylerin kültürel ve varoluşsal boyutlarını dikkate alarak, biyopsikososyal bir model kullanabilme becerisine sahip olmalıdır.WONCA Europe'un 2023 tarihli Avrupa Aile Hekimliği Tanımı'nda, altı temel yetkinliğin etkili biçimde uygulanabilmesi için kişi merkezli bakım, kapsamlı yaklaşım ve toplum yönelimi olmak üzere üç özelliğin vazgeçilmez olduğu vurgulanmaktadır (WONCA Europe, 2023). Bu nedenle de aile hekimi dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerinde ekibin kilit bir üyesi konumundadır. Aile hekimi için birçok etmenden biri hasta ile hekim arasında kurulan iletişimin devamlılığı ve kalitesidir. Aile hekimliği disiplini ortaya çıkarken ona yüklenen en önemli misyon, hasta ile hekim arasındaki bozulan ilişkilerin düzeltilmesi görevidir. Bu durum, aile hekimliğinin esas olarak ilişkiler ve işlevsellik temelinde tanımlanmasını beraberinde getirmiştir (Okay B., 2005). Hastasıyla olan iletişimi diğer hekimlerden farklıdır ve daha özeldir. Çünkü hekim ve birey arasındaki görüşme sayısı arttıkça aralarında diğer disiplin hekimlerinden farklı bir ilişki meydana gelir. İletişim becerileri kullanılarak kurulacak nitelikli bir hasta–hekim ilişkisi ve "hastayı anlamak", hizmet sunum planının hastanın gereksinimleri doğrultusunda şekillenmesini kolaylaştıracaktır (Ünalan, P. C., & Uzuner, A., 2005). Her bireyin arzusu, sağlık hizmeti alırken bir hekim tarafından karşılanmak, yönlendirilmek, bilgilendirilmek, izlenmek; bir bütün olarak anlaşılmak ve değer verilmektir (Ünalan, P. C., & Uzuner, A., 2005). Görme engelli bireylerin arzusunun diğer bireylerle aynı olduğunu söyleyebiliriz. Birinci basamak hizmetlerinin kapsayıcı yapısı ve süreklilik özellikleri nedeniyle, dezavantajlı bireylerle daha sık temas kurarak hizmetlerin koordinasyonu ve erken müdahale gibi mekanizmalar aracılığıyla gereksinimlerin karşılanmasına katkı sağlar (Chetty, 2016; Hugo, 2010). Aile hekimi sağlık hizmetlerinin hastanın gereksinimleriyle belirlenen boylamsal sürekliliğini sağlamaktan sorumludur. Bu özellik kapsamında aile hekimlerinin bireylere

yaşamlarının önemli bir bölümünde birçok hastalık epizodunda, 24 saat boyunca sağlık hizmeti sunması ve bunu kişisel olarak yapamadıkları durumlarda başkalarına devretmeleri ve koordine etmeleri beklenmektedir (WONCA Avrupa 2005). Bu çerçevede görme engelli bireylerle kurulan ilişkinin devamlılığı sayesinde aile hekimliği, sağlık sistemlerinde eşitlik hedeflerine ulaşmak için önemli bir yapı taşını temsil etmektedir.

Türkiye'de ikinci ve üçüncü basamak kurumlar, uzmanlaşmış ve ileri tanı yöntemlerinin kullanıldığı alanlardır. Bununla birlikte üst basamaklara erişim ve kullanım süreçleri her birey için aynı derecede ulaşılabilir değildir (Demir & Kocaman, 2020). Aile hekimi görme engelli bireyin sağlık hizmet basamaklarında koordinasyonunu sağlar. Bu nedenle aile hekimlerinin sağlık sistemleri içindeki temel ve karmaşık rolünün, sadece tıp mesleği içinde değil tıpla bağlaşık diğer meslekler, sağlık hizmeti planlayıcıları, politikacılar ve halk tarafından da tam olarak anlaşılması kritik önemdedir. İletişim ve yönetim becerilerine sahip bir aile hekimi, sürecin uyum içinde ilerlemesini güçlendirecektir.

2.2. Engellilik Tanımı

Engellilik, herhangi bir nedene bağlı yeti yitimi olarak ifade edilmektedir. Engelliler Hakkında Kanunda 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 birey" şeklinde tanımlanmıştır (5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun, 3/c). DSÖ, engelliliğin tanımını "Bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerinden belirli bir oranda ve sürekli olarak fonksiyon ve görüntü kaybına neden olan organ yokluğu veya bozukluğu sonucu kişinin normal yaşam gereklerine uyamama durumu" şeklinde yapmıştır (DSÖ, 2019). Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF), engelliliği; sakatlık, faaliyet sınırlılığı ve katılım kısıtlılığı için genel bir terim olarak kullanır.

2.3. Görme Engellilik Tanımı

Görme engeli, bireyin tek veya iki gözünde bozukluk nedeniyle görme işlevini kısmen ya da tamamen yerine getirememesidir. Görme engellilik, yasal ve eğitsel olmak üzere iki farklı şekilde tanımlanır. Yasal tanıma göre, bütün düzeltmelere rağmen gözün görme keskinliği 20/200 veya daha az, görme alanı ise 20 dereceden az olan bireyler görme engelli, görme keskinliği 20/70 ile 20/200 arası olan bireyler ise az gören olarak tanımlanmaktadır (5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun). Tablo 1'de Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırması gösterilmiştir.

Tablo 1. DSÖ Uzak Görme Keskinliği Sınıflaması

Görme Keskinliği Sınıflaması	≤	≥
Hafif Görme Bozukluğu	6/12	6/18
Orta Dereceli Görme Bozukluğu	6/18	6/60
Ağır Görme Bozukluğu	6/60	3/60
Körlük	3/60	-
Yakın Görme Bozukluğu	N6 veya M 0,8 (40 cm'de)	-

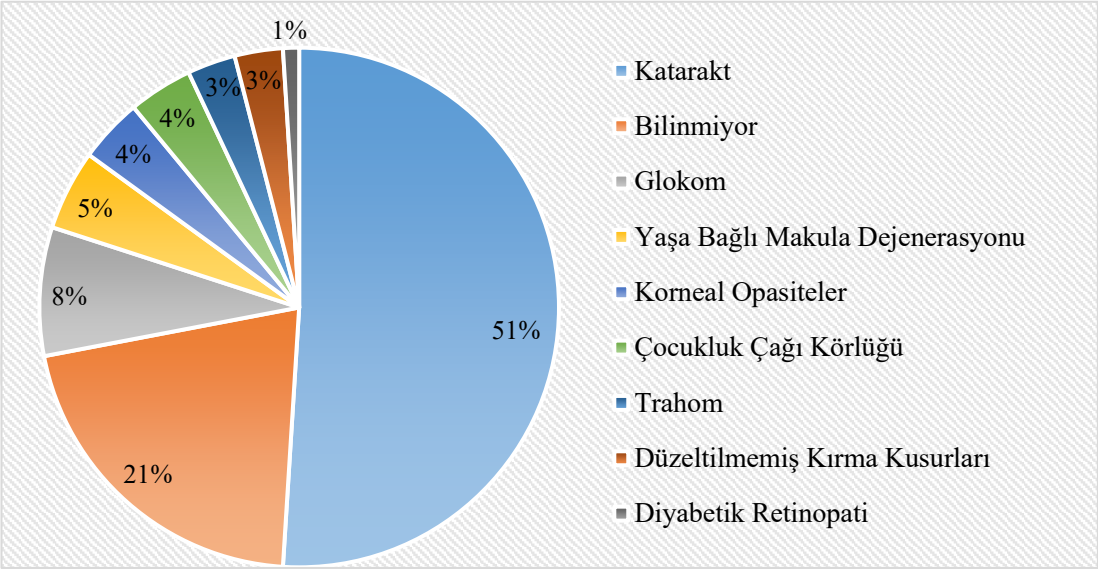
Bundan farklı olarak eğitsel tanımda görme engelli, görme yetisini öğrenme süreçlerinde kullanamayan ya da görsel öğrenmeye olanak veren araç gereçlerden faydalanamayan kişiyi, az gören ise görsel araç gereçleri kullanarak normal ve büyük puntolu yazıları okuyabilen kişiyi ifade etmektedir (Çattık & Odluyurt, 2018).

Dünya genelinde en az 2,2 milyar insan yakın veya uzak görme bozukluğundan mustariptir. Bu vakaların en az 1 milyarında görme bozukluğu önlenebilir. Küresel görme engelliliğin %80'inden fazlasının önlenebilir veya tedavi edilebilir olmasına rağmen, göz bakım hizmetlerinin eksikliği nedeniyle milyonlarca insan görme kaybı riskiyle karşı karşıya kalmaktadır.

2.4. Görme Bozukluğu Nedenleri

Dünya genelinde görme bozukluğunun başlıca nedenleri, sırasıyla %43 ve %33 olmak üzere, düzeltilmemiş kırma kusurları ve katarakttır (DSÖ, 2019). Diğer nedenler glokom, yaşa bağlı makula dejenerasyonu, diyabetik retinopati, trahom ve kornea opasiteleridir. Körlük nedenleri ise %51 (93 milyon) katarakt, %8 (7.7 milyon)

glokom, %5 (8 milyon) yaşa bağlı makula dejenerasyonu, %4 çocukluk çağı körlüğü ve korneal opasiteler, %3 düzeltilmemiş kırma kusurları ve trahom ve %1 (3.9 milyon) diyabetik retinopati olup %21 ise belirlenemeyen nedenlerden oluşmaktadır (DSÖ, 2019) (Şekil 1).



Şekil 1. DSÖ Dünya Körlük Nedenleri 2020

2.5. Körlüğe Sebep Olan Göz Hastalıkları

2.5.1. Katarakt

Lensin saydamlığını kaybetmesidir. Tedavi edilebilir körlük nedenlerinin başında gelir. Etiyolojisine göre 6 ana başlıkta incelenebilir:

1. Konjenital kataraktlar
2. Senil kataraktlar
3. Patolojik kataraktlar
4. Travmatik kataraktlar
5. Komplike kataraktlar
6. Sekonder kataraktlar

Ağır düzeyde seyrettiğinde sadece ışık algısı olacak şekilde ağır görme problemlerine neden olabilir. Tedavi edilmezse görme keskinliğinde azalma, renk görmede bozulma, körlük, ışığa aşırı hassasiyet (fotofobi) ve göz tembelliği gibi sorunlara neden olabilir (American Academy of Ophthalmology, 2015).

2.5.2. Glokom

Glokom, çoğunlukla göz içi basıncındaki artışla ortaya çıkan, optik sinir başı ve görme alanı değişiklikleriyle karakterize nörodejeneratif bir optik nöropatidir. En önemli engellenebilir körlük nedenlerinden biridir. Tüm dünyada 40 yaş üzerindeki bireylerin yaklaşık %2'sini, 80 yaş üstü bireylerin ise %10'unu etkiler. Avrupa veya Afrika ırkında primer açık açılı glokom en sık görülen form iken, uzak doğu ırkında primer açı kapanması daha sık izlenmektedir (Kanski & Bowling, 2016).

2.5.3. Ambliyopi

Ambliyopi, doğumdan sekiz yaşına kadar herhangi bir süre içinde gelişebilir. Şaşılık, kırılma kusurları, katarakt gibi göz problemleri ambliyopiye yol açabilir. Tedavisi, mümkünse nedenin ortadan kaldırılmasıyla birlikte, görme keskinliği iyi olan gözün kapatılması ve diğer gözün daha fazla kullanımının teşvik edilmesidir. Tedavi edilmediği takdirde kalıcı görme kaybına neden olmaktadır.

2.5.4. Albinizm

Albinizm melanin pigmentinin yetersiz mevcudiyeti veya hiç olmaması sonucu gelişen kalıtımsal bir bozukluktur. Albinizm ayrıca ışık hassasiyeti, görme keskinliğinde azalma ve nistagmus gibi belirtilerle kendini gösterebilir. Albinizmli bireylerin görme keskinliği ve ışık hassasiyetini iyileştirmek için gözlük ve kontak lensler kullanılabilir (Samur ve ark., 2022; Yaman & Berk, 2008).

2.5.5. Göz Siniri Kusurları

Optik atrofi, optik sinir liflerinin dejenerasyonu ile karakterize duruma verilen isimdir. Bir hastalık olmayıp çok çeşitli prosesler sonucu ortaya çıkan bir sekel olarak değerlendirilir. Daima görme kaybı ve optik diskte solukluk ile karakterizedir. Optik sinir hipoplazisi, göz sinirlerinin yetersiz gelişim sonucu anormal derecede küçük olması durumudur (Miller ve ark., 2008).

2.5.6. Keratokonus

Keratokonus genellikle bilateral ve asimetrik seyir gösteren, inflamatuar olmayan bir kornea dejenerasyondur. Kornea stromasında incelme, korneada dikleşme ve öne doğru protrüzyona neden olur. Genel popülasyondaki görülme oranı 100000 kişide 54'tür (Romero-Jimenez ve ark., 2010).

2.5.7. Makula Dejenerasyonu

Yaşa Bağlı Makula Dejenerasyonu (YBMD) geri dönüşsüz görme azalması ya da kaybının en önemli sebeplerindendir. Tahminler dünya nüfusunun yaklaşık 30-50 milyonunu ya da daha fazlasını etkilediği yönündedir. Yaşa bağlı makula dejenerasyonu ya da hem halk arasında hem de tıp dünyasında daha yaygın bilinen ismiyle "sarı nokta hastalığı" özellikle ileri yaşlardaki bireylerde sıkça rastlanan görme azlığı ya da kaybının sebeplerindendir. Ülkemizde sarı nokta hastalığı en sık karşılaşılan ikinci göz hastalığıdır. YBMD uzun süre düzenli takip gerektiren bir hastalıktır (O'dwyer & Akova, 2015).

2.5.8. Retinitis Pigmentosa

Retinitis Pigmentosa, retinadaki koni ve çubuk hücrelerinin zarar görmesi sonucu ortaya çıkan genetik geçişli bir göz bozukluğudur. Bu durum gece körlüğü, tünel görme, fotofobi, renk görme bozuklukları veya görme alanı kayıplarına neden olabilir. Retinitis pigmentosa, iyi bir görme keskinliğinden körlüğe kadar geniş bir yelpazede seyredebilir (O'dwyer & Akova, 2015).

2.5.9. Şaşılık

Şaşılık, gözlerin yanlış hizalanması, yani her iki gözün aynı anda farklı noktalara bakması olarak tanımlanır. Sağlam göz (sabitlenen göz) bakmak istenilen hedefe odaklanırken diğer göz (kayan göz) farklı bir noktaya yönelir. Beyin, doğru görüntü almayan gözü baskılar ve göz tembelliği meydana gelir. Göz tembelliği tek bir gözde veya her iki gözde de gelişebilir. Tedavi edilmezse görme kaybına yol açabilir (O'dwyer ve Akova, 2015).

2.5.10. Kortikal Görme Yetersizliği

Kortikal görme yetersizliği, gözdeki yapısal eksiklikler ve kusurlardan farklı olarak beyin kaynaklı bir bozukluktur. Beyindeki görme merkezinin zarar görmesi sonucu ortaya çıkar. Göz görsel bilgiyi toplama kapasitesine sahip olsa da beyin bilgiyi işleyip yorumlayamaz. Maalesef kortikal görme yetersizliğinin spesifik bir tedavisi bulunmamaktadır. Görme düzeyi zaman içinde, hatta gün içinde bile değişebilir.

2.5.11. Diyabetik Retinopati

Dünyada körlük nedenlerinin önde gelenlerinden olan diyabetik retinopati, kapillerlerin, arteriollerin ve venüllerin tutulduğu bir mikroanjiyopati tablosudur. Patogenezde uzun süren hiperglisemiye sekonder glikozile protein yapıları ve glikozilasyon ürünleri, inflamatuar oksidatif stres, protein kinaz C aktivasyonu, serbest radikaller, hücre içi sorbitol birikimi, kapiller hasara bağlı perisit kaybı, kapiller geçirgenlik artışı, kapiller bazal membran kalınlaşması ve kapiller iskemiye bağlı neovaskülasizasyon oluşması gibi faktörler rol oynar (American Academy of Ophthalmology, 2019-2020).

2.5.12. Hipertansif Retinopati

Yüksek kan basıncına arteriollerin ilk yanıtı vazokonstrüksiyondur. Hipertansiyon prekapiller arteriol ve kapiller damarları etkileyen çeşitli vasküler değişikliklere yol açan bir hastalıktır. Vasküler permeabilite değişikliklerine bağlı retinada mum alevi görünümünde hemorajiler, retina ödemi ve sert eksudalar gelişir (American Academy of Ophthalmology, 2019-2020).

2.5.13. Santral Retinal Ven Tıkanması

Genelde tek gözde görülen, görülme oranı kadın ve erkeklerde eşit bir patolojidir. Hastaların %50-70 kadarında hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalık bulunur. İskemik ve non-iskemik olarak ikiye ayrılır. İskemik tip, fundus floresein anjiyografide en az 10 disk çapı alanın etkilendiği ciddi formdur (American Academy of Ophthalmology, 2019-2020).

2.5.14. Santral Retinal Arter Tıkanıklığı

En sık görülen sebep karotis arter aterosklerozuna sekonder gelişen trombozdur. Dev hücreli arterite bağlı değilse başlangıçta ağrı olmaksızın ani görme kaybı görülür. İlk dakikalar içinde afferent pupilla defekti görülebilmektedir ve RAPD kalıcıdır. Retina ödemi başlangıçta görülmeyebilir. Prognoz genelde kötüdür. Komplikasyon olarak rubeozis iridis ve neovasküler glokom görülebilir.

2.5.15. Retina Dekolmanı

Sensoriyel retinanın retina pigment epitelinden (RPE) ayrılmasına retina dekolmanı (RD) denir. Bu durum subretinal sıvının bu iki tabaka arasındaki potansiyel boşlukta birikmesine yol açar. En sık 40-70 yaşları arasında görülmekle birlikte 80 yaşına kadar

ömür boyu risk oranı %3 olarak bildirilmektedir. Her iki gözde görülme olasılığı ise %10'dur. 3 tipi mevcuttur: Regmatojen (yırtıklı) retina dekolmanı, traksiyonel retina dekomanı, eksudatif retina dekolmanı. Sağlıklı retinanın normal konfigürasyonunda kalması gözdeki birtakım mekanizmalara bağlıdır (Rao ve Shah, 2014). Retina dekolmanı, körlüğe kadar ilerleyebilecek ciddi bir hastalıktır. Bu nedenle, erken tanı ve erken cerrahi müdahale çok önemlidir.

2.6. Türkiye'de Görme Engellilere Yönelik Kurumsal Yapılanmanın Tarihsel Gelişimi

Türkiye'de Cumhuriyet döneminde engelli haklarına dair atılan ilk somut adım Atatürk'ün 1923 yılında sağlam ve sakat çocukların haklarını içeren Cenevre Sözleşmesi'ne imza atmasıdır. İlerleyen yıllarda pek çok kanunda konuyla ilgili düzenlemeler yapılsa da kapsam açısından yetersiz kalmıştır. 2005 yılında yayımlanan Engelliler Hakkında Kanun ile engelli hakları alanında Avrupa standartlarıyla uyum hedeflenmiştir. Kanunun amacı Madde 1'de (Değişik 06/ 02/ 2014 – 6518/62) "(…) engellilerin temel hak ve özgürlüklerden faydalanmasını teşvik ve temin ederek ve doğuştan sahip oldukları onura saygıyı güçlendirerek toplumsal hayatta diğer bireylerle eşit koşullarda tam ve etkin katılımlarının sağlanması ve engelliliği önleyici tedbirlerin alınması için gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlamak" olarak belirtilmektedir. Şekil 2'de engelliler ile ilgili yasal düzenleme süreçleri özetlenmiştir.



Şekil 2. İlgili Kanun ve Genelge Süreçleri

2.7. Görme Engellilerin Sosyal Hayatta Karşılaştığı Güçlükler

Görme engelliler, yapısal, çevresel ve toplumsal faktörlerin bir araya gelmesiyle şekillenen sosyal güçlüklerle karşılaşmaktadır. Engelliliğin yalnızca bireysel bir sağlık sorunu değil, aynı zamanda sosyal bir belirleyici olduğu kabul edildiğinde, görme engellilerin günlük yaşamda karşılaştıkları güçlüklerin büyük ölçüde çevresel düzenlemeler, toplumsal tutumlar ve yetersiz destek mekanizmaları ile ilişkili olduğu görülmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2019).

Görme engellilerin sosyal yaşama aktif katılımı, fiziksel çevrenin erişilebilir olmaması, toplumsal farkındalık eksikliği ve bağımsız hareket kısıtlılıkları nedeniyle sınırlanabilmektedir. Kamusal alanlarda rehber işaretlerin yetersizliği, toplu taşıma araçlarının uygun düzenlenmemesi, internet ve mobil uygulamaların erişilebilir

olmaması sosyal katılımı doğrudan etkilemektedir. Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Raporu, görme engellilerin kamusal alanlarda bağımsız hareket edebilme oranının diğer engel gruplarına göre daha düşük olduğunu bildirmektedir (United Nations, 2020).

2.7.1. Ulaşım Hizmetleri

Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırmasına göre görme engellilerin %71,3'ü kaldırım, yaya yolu ve yaya geçidi gibi fiziki çevre koşullarının kendileri için kullanıma uygun olmadığını belirtmektedir (TÜİK, 2010). Görme engelli bireyin mevcut hak ve hizmetlerden yararlanması için erişilebilirlik imkanlarının her alanda sağlanması, belirli standartlara uygun yürütülmesi gerekmektedir.

Kaldırımların dar olması, araçların kaldırımlara park edilmesi, yönlendirici kılavuz çizgilerinin her yerde olmaması, yaya geçidi sayısı ve trafik ışıklarında sesli sistem yetersizlikleri görme engellilerin hareket kabiliyetini engellemektedir (Dalkıran, 2021). Görme engelli bireyler toplu taşıma araçlarını kullanmakta güçlük yaşamaktadır. Toplu taşıma araçlarının büyük çoğunluğunun engellilerin kullanımına uygun olmaması sosyal hayatta aktif rol alma oranlarını ciddi oranda düşürmektedir (Işıkhan, 2019).

Görme engelliler için ulaşım alanında sesli sistem büyük önem arz etmektedir. Ancak her otobüs içerisinde ve trafik ışıklarının olduğu alanlarda sesli sistemin olmaması ve hissedilebilir zeminlerin azlığı görme engellilerin yanlarında sürekli refakatçiye ihtiyaç duymalarına ya da evlerine kapanmalarına sebep olarak sosyal hayatın dışına itilmelerine yol açmaktadır.

2.7.2. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, bireylerin iyi bir yaşam sürdürebilmeleri ve sağlıklarını koruyabilmeleri, hastalıklarının belirlenip tedavilerinin karşılanması için gereklidir. Özürlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Genelge'de engellilere sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarının iç ve dış mekânsal ve çevresel düzenlemelerinin Türk Standartları Enstitüsü (TSE) standartlarına uygun olarak

yapılması gerektiği belirtilmektedir. Yine bu genelgede görme engelliler için takip izi ve sesli yönlendirme bulunması; asansör, tuvalet, lavabo gibi alanların görme engellilere göre düzenlenmesi gerektiği belirtilmektedir (Özürlü Kişilere Yönelik Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Genelge, 2010; 25 Nisan 2013, 6462 sayılı Kanun ile 5378 sayılı Kanun'un adı ve metininde yer alan "özürlü", "özürlülük" gibi ifadeler "engelli", "engellilik" olarak değiştirilmiştir). Ancak bu önlemler uygulamada yaşanan problemlerden ötürü her sağlık kuruluşunda yerine getirilememektedir. Ayrıca Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması'na göre engellilerin %77'si sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini istemekte, %36,3'ü sağlık hizmeti veren kuruluşların fiziksel çevre koşullarını erişilebilirlik açısından yetersiz bulmakta ve hizmet kalitesinden kaynaklı aksaklıklar nedeniyle eşit haklardan yararlanamamaktadır (TÜİK, 2010).

Görme engelli bireylerin sağlık sistemine yönelik deneyimleri ele alındığında, bu basamakların teorik işleyişi ile sahadaki uygulama arasında belirgin farklar olduğu görülmektedir. Özellikle bilgiye erişim, mekânda yön bulma ve hizmeti takip edebilme gibi süreçlerde, görme engellilerin çeşitli engellerle karşılaştığı dikkat çekmektedir (Ertaş, 2025; Demir & Kocaman, 2020). Bu durum, mevcut sistemin tamamen değiştirilmesini gerektirmese de görme engelli bireylerin ihtiyacına uygun bir yeniden düzenleme ihtiyacını göstermektedir.

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmeti sunan Aile Sağlığı Merkezleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü ve toplumun sağlıkla ilk temas kurduğu kurumlardır (Sağlık Bakanlığı, 2010). Görme engelli kişilerin birinci basamağa erişimine ilişkin direkt çalışmaya rastlanmamış olmakla birlikte, genel olarak sağlık hizmetlerinin fiziki erişilebilirliğinin araştırıldığı bir çalışmada randevu sisteminin görsel ağırlıklı olması, mekân içi yönlendirmelerin yetersizliği ve verilen bilgilerin çoğunlukla yazılı formatta sunulması gibi sebeplerle erişilebilirlik sorunları mevcuttur (Ertaş, M. F. (2025). Uluslararası çalışmalarda da sağlık kurumlarının mimari yapısı, bilgilendirme materyallerinin erişilebilirliği, yön bulmaya yönelik işitsel ya da dokunsal desteklerin eksikliği gibi etkenler, bu bireylerin bağımsız biçimde sağlık hizmeti almasını zorlaştırdığına dair çalışmalar mevcuttur (Shakespeare ve ark., 2018; WHO, 2019). Bütün bu veriler ile aile sağlığı merkezlerinden başlayarak erişilebilirlik üzerine çalışmalar yapmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Rehabilitasyon hizmetleri ise engelli bireyler için herhangi bir nedenle oluşan engelin etkilerini mümkün olan en hafif düzeye indirmeyi ve engellinin hayatını bağımsız bir şekilde sürdürebilmesini sağlamayı amaçlayan fiziksel, sosyal, zihinsel ve mesleki beceriler geliştirmeye yönelik hizmetleri tanımlamaktadır (Engelliler Hakkında Kanun, 2005). Engellilerin kaybedilen fonksiyonları tıbbi rehabilitasyon ile geri kazandırılır. Sosyal rehabilitasyon ile de sosyal güçlükleri gidererek aile, toplum ve iş hayatına entegrasyonlarını sağlayan rehabilitasyon türü ifade edilmektedir. Sosyal rehabilitasyon toplumsal düzenin engellilere göre tasarımını ve organizasyonunu da içermektedir. Mesleki rehabilitasyon ise, fiziksel ya da zihinsel engeli olan kişilerin yararlı bir iş yapabilmeleri, kendi kendilerine yetebilmeleri ve daha az maddi yardıma ihtiyaç duymalarını sağlayacak eğitimleri ifade etmektedir (Işıkhan, 2019). Ancak görme engellilerin rehabilitasyon faaliyetlerinde ihtiyaç duyduğu malzemelerin kısıtlı olması ve uzman personel yetersizliği gibi güçlükler görme engellilerin yaşamlarını bağımsız sürdürebilmelerine engel olmaktadır (Kaldık, 2024).

2.7.3. Eğitim ve İstihdam

Eğitimde görme engelliler için ihtiyaç duyulan akıllı tahta, tablet ve sesli materyallerin olmaması görme engellilerin eğitimde karşılaştığı güçlüklerdendir. Görme engellilerin %32,1'inin okur yazar olmadığı, %11,8'inin okur yazar olup bir okul bitirmediği, %22,.3'ünün ise ilkokul mezunu olduğu belirtilmektedir (TÜİK, 2010). Bu oranlar görme engellilerin eğitime yeterince ulaşamadığını göstermektedir. Bakım veren aile fertlerine görme engellilerin eğitim almasının gerekliliği sorulduğunda %50 den fazlası eğitimin gereksiz olduğunu, %30'u ise fikri olmadığını belirtmiştir. Gerekli bulduğunu belirtenlerin oranı %18'dir (TÜİK 2010). Arık'ın yaptığı çalışmada görme engellilerin %70,2'si eğitim kurumuna ulaşmakta zorluk yaşadığını, yine %70,2'si eğitim kurumlarındaki bina içi ve dışındaki düzenlemelerin engeline göre yetersiz kaldığını belirtmiştir (Arık, 2019).

Eğitim, görme engellilerin sosyal hayata ve istihdama katılımlarını arttıracak önemli bir faktördür. Engelli istihdamı belirli kanunlarla korunmaktadır. İş kanununa göre özel sektörde %3 kamuda ise %4 engelli işçi çalıştırma zorunluluğu bulunmakta,

ayrıca engelli bireyler Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavı ile de kamuda istihdam edilebilmektedir (İş Kanunu, 2003). Engellilerin istihdamın dışına itilmesini önlemek için engelli çalıştırmayan kurumlara para cezası kesilmektedir. Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı'nda (2023-2025) görme engellilerin istihdamda yaşadığı sorunlara değinilerek iş yaşamında önyargıların kırılması için işverenlerin bilinçlendirilme ve farkındalık çalışmalarının yapılacağı, çalışma ortamının ve işyerlerine ulaşımın erişilebilir olması için gerekli tedbirlerin alınmasının sağlanacağı belirtilmektedir.

2.7.4. Siyasal Haklar ve Katılım

Siyasal hakların kullanımı her vatandaş gibi görme engelliler için de önem arz etmektedir. Ancak görme engelliler oy hakkından yeterince faydalanamamakta ve karar alma süreçlerinde etkin rol alamamaktadır.

Engellilerin siyasal faaliyetlere katılımının önemine "Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı"nda da değinilerek engellilerin siyasal yaşama katılımlarının önündeki engellerin tespit edilmesinin, siyasal yaşama bağımsız katılımın önündeki yasal engellerin kaldırılmasına yönelik mevzuat revizyonu yapılmasının, oy verme prosedürleri, tesisleri ve seçim materyallerinin erişilebilir hale getirilmesinin amaçlandığı belirtilmektedir (Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025).

2.7.5. Sosyokültürel Etkinliklere Katılım

Görme engellilerin toplumla bütünleşebilmesinde tiyatro, sinema, spor faaliyetleri ve diğer sosyokültürel etkinliklere katılım önemli bir rol oynamaktadır. Sosyokültürel etkinliklere katılım için erişilebilir salonların oluşturulması, sesli betimlemeli film gösterimlerinin yaygınlaştırılması ve uygun fiziksel koşulların sağlanması gerekmektedir (Görme Engellilerde Bağımsız Yaşam ve Erişilebilirlik Sonuç Raporu, 2021).Müze ziyaretleri, görme engelli bireyler için erişilebilirlik açısından önemli güçlükler barındırmaktadır. Bilgiye erişim açısından en sık başvurulan kütüphanelerde ise konuşan kitaplık bölümlerinin sınırlı olması ve görme engellilere yönelik sesli ya da kabartma baskı materyallerinin yetersizliği önemli bir erişilebilirlik sorunu oluşturmaktadır (Görme Engellilerde Bağımsız Yaşam ve Erişilebilirlik Sonuç Raporu, 2021).

2.7.6. İletişim Teknolojilerinin Kullanımı

Günümüzde teknolojinin günlük yaşamın hemen her alanına entegre olması, dijital araçlara erişimi tüm bireyler için temel bir gereklilik haline getirmektedir. Telefon, tablet ve bilgisayar gibi iletişim teknolojileri; bilgiye erişim, eğitim, istihdam, bankacılık, sağlık hizmetleri ve sosyal etkileşim gibi birçok alanda kritik önem taşımaktadır. Bu nedenle, görme engellilerin dijital teknolojileri eşit ve etkin biçimde kullanabilmeleri, toplumsal katılımın ve bağımsız yaşamın ayrılmaz bir bileşenidir (DSÖ, 2023).

Görme engellilerin iletişim teknolojilerine erişimde karşılaştıkları başlıca güçlüklerden biri, bu teknolojilerin maliyetidir. Ekran okuyucu yazılımları, büyüteç programları, Braille ekranlar veya özel erişilebilirlik donanımları yüksek maliyetli olabilmekte; bu da özellikle düşük gelir düzeyine sahip görme engellilerin bu teknolojilere erişimini önemli ölçüde sınırlamaktadır (Morris & Waddington, 2021). Türkiye'de yapılan çalışmalar da benzer şekilde, görme engellilerin büyük bir kısmının gerekli donanım ve yazılımları ekonomik nedenlerle temin edemediğini göstermektedir (Emiroğlu, 2008).

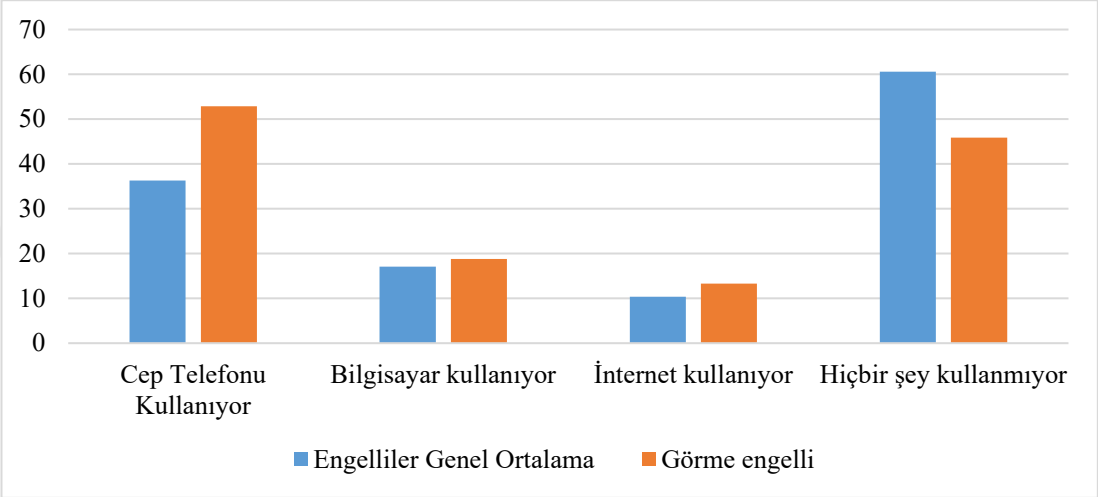
Ekran okuyucular (ör., JAWS, NVDA, VoiceOver), görme engellilerin en sık kullandıkları dijital teknoloji araçları arasındadır ancak etkin kullanımı için hem yazılımın kalitesine hem de erişilen web içeriğinin erişilebilirlik standartlarına uygun tasarlanmasına bağlıdır (W3C, 2023).

İnternet erişimi de görme engelli bireyler için önemli bir güçlük alanıdır. Birçok web sitesi, uluslararası erişilebilirlik standartları olan WCAG 2.1 (Web Content Accessibility Guidelines) ile uyumlu tasarlanmamaktadır. Navigasyonun yalnızca görsel ögeler üzerinden yürütülmesi, alternatif metinlerin bulunmaması, buton ve bağlantıların etiketlenmemesi veya sayfa düzeninin karmaşık olması, ekran okuyucu kullanıcılarının web sitelerini etkin şekilde kullanmasını engellemektedir (Kelly ve ark., 2019).

Emiroğlu'nun (2008) belirttiği üzere, Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa Birliği ülkelerinde web sitelerinin erişilebilir olarak tasarlanması yasal olarak zorunlu tutulmasına karşın, Türkiye'de erişilebilirlik uygulamaları henüz istenen düzeye ulaşmamıştır. Özellikle kamu kurumlarının web sitelerinin erişilebilir yapıda

olmaması, görme engellilerin kamu hizmetlerini bağımsız biçimde kullanmasını zorlaştırmakta; başvuru, randevu alma, bilgi edinme gibi işlemleri gerçekleştirmede ek desteğe ihtiyaç duymalarına sebep olmaktadır.

Ayrıca TÜİK (2010) verileri, görme engellilerin iletişim araçlarını kullanma oranlarının toplum geneline göre belirgin şekilde düşük olduğunu göstermektedir (bkz. Şekil 3).



Şekil 3. İletişim Araçları Kullanımı TUİK 2010

2.7.7. Aile ve Toplumdaki Konum

Toplumsal yapı ve kamusal alanlar çoğu zaman engellilerin ihtiyaçları gözetilmeden tasarlandığından, görme engelli bireyler günlük yaşamda pek çok erişilebilirlik sorunuyla karşı karşıya kalmaktadır (Kaldık, 2024). Toplumun genel düzeninin engellileri yeterince hesaba katmadan inşa edilmesi, sosyal hayatta geri planda kalmalarına ve bağımsızlıklarının sınırlanmasına yol açmaktadır.

Toplumda görülen ayrımcı, acıma temelli veya küçümseyici tutumlar, engellilerin sosyal etkileşimlerde kendilerini değersiz hissetmelerine ve sosyal yaşantıdan uzaklaşmalarına neden olabilmektedir (Jammal ve ark., 2023). Bu bağlamda, damgalama ve önyargılar yalnızca bireyin sosyal ilişkilerini değil, aynı zamanda aile içindeki rollerini ve aile tarafından algılanma biçimini de şekillendirmektedir.

Türkiye'de yapılan çalışmada kamu kurumlarında karşılaşılan ayrımcı tutumlar, görme engellilerin toplumsal hayata eşit koşullarda katılımını zorlaştıran

önemli faktörlerdendir. Gündelik hayat içinde karşılaşılan bu tür dışlanmalar, bireylerin sosyal ortamlarda kendilerini ikinci sınıf hissetmelerine ve kamusal alanlardan uzaklaşmalarına yol açabilmektedir Kaldık, B. (2024).

Toplumsal önyargıların etkisiyle ailelerin aşırı koruyucu, kısıtlayıcı ya da bireyin bağımsızlığını ihlal eden davranışlar geliştirdiği görülmektedir. Corrigan ve Watson (2002), damgalamanın yalnızca birey üzerinde değil, aynı zamanda aile fertleri üzerinde de sosyal stres oluşturduğunu ve aile içi ilişkileri etkilediğini belirtmektedir. Böylece, görme engelliler yalnızca dış çevreyle değil, kimi zaman aile içi tutumlarla da mücadele etmeleri gerekebilmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi, Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Nitel Araştırma metotlarından fenomenolojik desende tasarlanmıştır. Fenomenolojik desen, bireylerin belirli bir olguya veya yaşantıya ilişkin deneyimlerini nasıl algıladıklarını, bu deneyimlere hangi anlamları yüklediklerini derinlemesine incelemeyi amaçlar. Araştırma sorularımızda katılımcıların sağlık hizmetlerindeki kişisel deneyimlerine, duygularına ve düşüncelerine odaklanarak ortak yaşantıların özünü ortaya koymayı hedefledik.

Araştırma Mayıs 2025-Ekim 2025 tarihleri arasında İstanbul'da yapılmıştır.

3.2. Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evreni: Görme engelliler

Araştırmanın örneklemi: İstanbul'da yaşayan Gönüllü Görme Engelliler

Örnekleme yöntemi: Amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örneklemesi kullanılmıştır. Bu yöntem, farklı yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, engel derecesi, kronik hastalık ve sosyoekonomik duruma sahip katılımcıların bir araya getirilmesini sağlayarak daha zengin ve kapsayıcı veriler elde etmek için seçilmiştir.

Araştırmaya dahil olma kriterleri: 18 yaşın üstünde, yüz-yüze görüşmeye katılabilecek gönüllü görme engelli bireyler

Araştırmadan hariç tutulma kriterleri: Bilgilendirilmiş onam formunu imzalamayı kabul etmeyen katılımcılar

Çıkartılma kriterleri: Katılımcının çalışmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan çekilmek istemesi

3.2.1. Katılımcıların araştırmaya davet edilmesi

İstanbul'da yaşayan görme engelli bireylere ilgili Sivil Toplum Kuruluşlarının duyuru grupları aracılığı ile davet gönderilmiştir. Bu duyuru gruplarında yaklaşık 150 görme engelli bireye ulaşılmıştır. Davet mektubunda araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü katılımcıların araştırmacının iletişim numarasına mesaj göndermeleri istenmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bütün görme engelliler çalışmaya dahil edilmiştir. Kırk kişiden olumlu dönüş alınmıştır. On iki kişi şehir dışında yaşadığı veya kişisel işleri nedeni ile görüşmelere katılamamıştır. Sonuç olarak araştırmamıza 28 görme engelli birey katılmıştır.

3.3. Veri Toplama Yöntemi

Katılımcıların yaşadıkları deneyimlerin kapsamlı şekilde anlaşılması amacıyla odak grup görüşmeleri yöntemi tercih edilmiştir. Bu yöntem ile benzer deneyimlere sahip bireyleri bir araya getirerek karşılıklı etkileşim içinde düşüncelerini ifade etmelerine olanak tanınması ve araştırma konusunun derinlemesine anlaşılması hedeflenmiştir. Odak grup görüşmeleri bir grup insanın bir konu hakkındaki görüşlerini paylaşabileceği, tartışabileceği ve tartışılan konu hakkında uzlaşmaya varabileceği bir metodoloji olduğu için sosyal temsilleri incelemek için çok uygun bir yöntemdir (Markova ve ark., 2007).

3.3.1. Veri toplama aracı ve kullanılan programlar

Tablo 2. Kullanılan Programalar

Süreç	**Açıklama**	**Program, Donanım**
Ses Kaydı	Tüm görüşmelerde ses kaydı alınmıştır.	IOS Sesli Notlar
Deşifre	Ses kayıtları kelimesi kelimesine yazıya dökülmüştür.	Transkriptor otomatik ve manuel düzenleme

Bu araştırmada veri toplamak amacıyla, araştırmacı tarafından literatür taraması doğrultusunda geliştirilen yarı yapılandırılmış odak grup görüşme formu kullanılacaktır (Ek 2). Form, görme engellilerin birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim süreçlerini, hizmetten faydalanma deneyimlerini kapsamlı şekilde anlamaya

yönelik açık uçlu sorulardan oluşmaktadır. Bu araştırmanın veri toplama süreci, odak grup görüşmeleriyle gerçekleştirilmiş ve elde edilen nitel veriler dijital araçlarla analiz edilmiştir. Aşağıda, veri toplama sürecinde kullanılacak programlar ve araçlar sıralanarak açıklanmıştır.

3.3.2. Ses kayıtları ve deşifre için programlar

Ses Kaydı: IOS sesli notlar programı ulaşılabilirliği kolay aynı zamanda gürültüyü engelleme ve konuşana odaklama özelliği olduğu için tercih edilmiştir.

Transcriptor: Bu araç, sesli görüşmeleri metne dökme konusunda otomatik transkripsiyon amaçlı kullanılmış ancak transkripsiyon işlemi sonrasında manuel düzeltme yapılmış ve verilerin doğruluğu kontrol edilmiştir.

3.3.3. Odak grup görüşmeleri

Her biri 6–8 katılımcıdan oluşan en az 4 ayrı odak grup planlanmıştır. Odak grup görüşmeleri sürdürülürken bir yandan da görüşme transkriptleri üzerinden veri analizi başlatılmış, görüşmelerde yeni kodların açığa çıkmadığı anlaşıldığında veri doygunluğuna erişildiği düşünülerek görüşmeler sonlandırılmıştır.

Odak grup görüşmeleri, katılımcıların kendilerini rahatça ifade edebilmeleri için güvenli, sessiz, fiziksel erişilebilirliği olan bir mekânda yapılmıştır. Her görüşmede bir moderatör ve bir gözlemci görev almıştır. Odak grup görüşmesi yarı yapılandırılmış soru formu üzerinden ilerletilmiştir(Ek 2). Açık uçlu sorularla grubun serbestçe fikirlerini dile getirmeleri sağlanmıştır. Gözlemci ise tüm süreci izlemiş katılımcılar ile ilgili gözlemlerini not almış, gereğinde dile gelmemiş veya gözlemlerine dayanarak derinleştirilmesi gereken bir konu var ise moderatöre belirtmiştir. Görüşmeler 60-90 dakika arasında sürmüştür.

3.3.4. Katılımcılar

Katılımcılar 28 kişiden oluşmaktadır. Dört odak grup görüşmesi yapılmıştır. Katılımcılar gruplarda yaş, cinsiyet ve engel düzeylerine göre benzer özelliklerde olacak şekilde gruplandırılmıştır. Odak grup görüşmelerinin katılımcı yapısı Tablo 4 de özetlenmiştir.

Tablo 3. Odak Grup Görüşmeleri

Grup	Hedef Katılımcı	Mekân	Tarih ve Saat	Görüşme	Notlar
G1	Karma katılımcılar	STK	1. hafta	Yüz yüze	Çeşitlilik
G2	Kadın Katılımcılar	STK	3. hafta	Yüz yüze	Toplumsal cinsiyet vurgusu
G3	Erkek katılımcılar	STK	3. hafta	Yüz yüze	Toplumsal cinsiyet vurgusu
G4	Karma katılımcılar	STK	4. hafta	Yüz yüze	Çeşitlilik

3.4. Veri Analizi

Bu araştırmada nitel verilerin Braun ve Clarke'ın (2006) tematik analiz yaklaşımı kullanılmış; yorumlama süreci doğrusal bir hat izlemekten ziyade nitel araştırmanın doğasına özgü biçimde iteratif ve spiral bir ilerleyiş göstermiştir. Tüm analiz adımları ATLAS.ti yazılımı aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Süreç, planlı şekilde ilerleyen beş toplantı üzerinden yürütülmüştür. Araştırmamızda tematik analizin uygulanma aşamaları aşağıda sıralanmıştır.

3.4.1. Veriye aşinalık ve ilk notların oluşturulması

İlk toplantıda iki kodlayıcı, ham veriyi anlamlandırmak ve bütününü kavramak amacıyla bağımsız olarak, ayrı ayrı yaptığı okumalar sonrası:

- Görüşme öncesi 2 kodlayıcı transkriptlerini baştan sona incelemiş,
- Her görüşme metnini en az iki kez okuyarak içerikle bütünleşmiştir,
- Kodlayıcılar ilk izlenimlerini, tekrar eden ifadeleri ve dikkat çeken noktaları kaydetmiştir.

Bu aşama sonunda her iki kodlayıcı veriye ilişkin ortak bir zihinsel çerçeve geliştirmiştir.

3.4.2. Açık kodlama ve kod listesinin oluşturulması

İkinci toplantıda kodlama süreci başlatılmıştır. Kodlayıcılar veriyi birbirinden bağımsız olarak kodlamıştır. Bu aşamada:

- Metinler satır–satır ve anlam birimi düzeyinde kodlanmış,
- Tamamen veriye dayalı açık kodlar geliştirilmiş,
- Literatür ile uyumlu görülen kodlar eklenmiş,
- Kod açıklamaları yazılarak anlam sınırları belirlenmiştir.

3.4.3. Kodların karşılaştırılması ve kategorilerin oluşturulması

Üçüncü toplantıda kodlayıcıların oluşturduğu kodlar karşılaştırılmıştır. Bu toplantıdan sonra sürece 3. uzman katılımcı katılmıştır. Bu aşamada gerçekleştirilenler:

- Kodlayıcıların bağımsız kodlamaları ATLAS.ti üzerinden yan yana görülmüş,
- Kodlar arasındaki benzerlik ve farklılıklar tartışılmış,
- Kodlar arası uyum sağlanarak ortak bir kod seti oluşturulmuştur,
- Benzer içerikteki kodlar bir araya getirilerek kategoriler oluşturulmuştur,
- Kapsamı geniş veya gereksiz tekrar içeren kodlar ayıklanmış ya da birleştirilmiştir.

Bu toplantı sonucunda kod listesi güncellenmiş ve kategoriler netleştirilmiştir.

3.4.4. Alt temaların ve temaların geliştirilmesi

Dördüncü toplantının amacı, kategorilerden tematik yapının oluşturulmasıdır.

Bu aşamada:

- Kategoriler araştırma sorularıyla ilişkisi üzerinden yeniden düzenlenmiş,
- Birbirini tamamlayan kategorilerden alt temalar elde edilmiştir,
- Alt temaların daha üst bir anlam düzeyini temsil eden temalar belirlenmiştir,

Bu toplantıda tematik yapı ilk hâlini almış ve açıklayıcı tema notları yazılmıştır. Araştırmacı, ham veriye tekrar tekrar dönerek kodlamaları gözden geçirmiş, temalar arasında karşılaştırmalar yapmış ve her döngüde daha soyut, bütüncül ve teorik açıdan olgun bir kavramsallaştırmaya ulaşmıştır. Bu döngüsel analitik süreç, Creswell'in tanımladığı "analitik spiral" anlayışıyla uyumlu biçimde, temaların yalnızca betimleyici olmaktan çıkıp fenomenin yapısal ve yaşantısal boyutlarını ortaya koymasını sağlamıştır. Böylece çalışma, fenomenolojinin anlam merkezli yaklaşımını tematik analiz ile sistematik olarak işler hâle getirirken, spiral analiz süreci aracılığıyla elde edilen temaların inandırıcılığı, tutarlılığı ve derinliği güçlendirilmiştir.

3.4.5. Uzman kontrolü, tema onayı ve son düzenleme

Uzmanın görevi, elde edilen tematik yapının bilimsel açıdan tutarlılığını değerlendirmektir. Bu aşama analizin geçerliliğini ve güvenirliğini artıran son adımı oluşturmuştur.

- Kod–kategori–tema ilişkilerini incelemiş,
- Temaların araştırma sorularını karşılama düzeyini değerlendirmiş,
- Gerekli görülen noktalarda düzenleme önermiş,
- Temaların kavramsal bütünlüğünü ve ayrışmasını kontrol etmiştir.

Uzmanın geri bildirimleri doğrultusunda: Tema adları netleştirilmiş, Alt temalar yeniden gözden geçirilmiş, kod listesi son hâline getirilmiştir,

3.4.6. Geçerlilik ve güvenirlik önlemleri

Tema analizi sürecinde nitel araştırma güvenirliğini artırmak amacıyla aşağıdaki yöntemler uygulanmıştır:

- Bağımsız iki kodlayıcı ile kodlama yapılması,
- Kodlayıcılar arasında görüş birliği sağlanması için toplantılar düzenlenmesi,
- Uzman araştırmacı tarafından dış denetim,
- Kod listesi oluşturulması ve her aşamada güncellenmesi,

- ATLAS.ti aracılığıyla kodların, temaların sistematik yönetimi,
- Veriye tekrar dönülerek iteratif analiz sürecinin işletilmesi,
- Temaların literatürle karşılaştırılarak kavramsal doğrulama yapılması,
- Analiz sürecinin ayrıntılı biçimde belgelenmesi.

3.4.7. Veri derinliği – görüşme süresi ve kelime sayısı

Tablo 4. Veri Toplama Süreci

Kriter	**Uygulama**
Görüşme süresi	60-90 dk
Transkript uzunluğu	25.917 kelime
Kodlama yoğunluğu	Tematik analiz; 3 ana tema, 8 alt tema, 68 kodlama yapılmıştır.
Katılımcı açıklaması	Yaş, cinsiyet, engellilik düzeyi, sağlık hizmeti kullanımı içeren demografik form ve olur alınmıştır.
Görüşme Mekânı	Görme Engelliler Derneği Kadıköy Şubesi
Etik süreç	Anonimleştirme sağlanmıştır. Gizlilik, olur süreci, çalışmadan çekilme hakkı anlatılmıştır.
Kodlama sayısı, analiz tekniği, yazılım	2 araştırmacı kodlama, 3. Araştırmacı doğrulama yapmıştır. Atlas.ti ile tematik analiz yapılmıştır.

3.4.8. İstatistiksel analiz ve raporlama

ATLASti: Görüşme transkriptlerinin içerik tematik analizi yapılmış, katılımcıların ifadeleri sistematik biçimde sınıflandırılmıştır.

Microsoft Excel: Verilerin temel düzenlemeleri ve bazı kategorik analizler için Excel kullanılmıştır. Görüşmelerden elde edilen demografik bilgiler, kodlar, tema tabloları için kullanılmıştır.

Süreç	**Açıklama**	**Program, Donanım**
Kodlama ve Tematik Analiz	Kodlar yazılıma girilmiştir.	Atlasti. ve Microsoft Excel
Veri Depolama	Tüm ses, metin ve analiz verileri yedeklenip güvenli klasörlere alınmıştır.	Google Drive

Araştırmanın süreç akışı tablo 5 de gösterilmiştir.

Tablo 5. Süreç Akışı

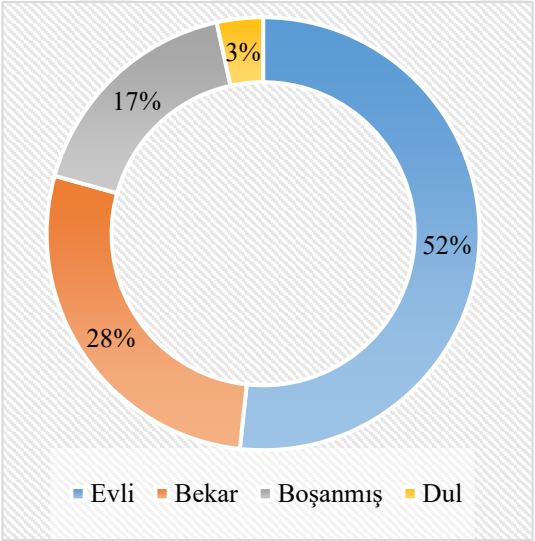
Hafta	**Yapılacak İşlem**	**Açıklama**
1-3. Hafta	Etik Kurul Onayı ve Kurum İzinlerinin Alınması	Gerekli etik ve idari izinler alındı.
4-6. Hafta	Katılımcıların Belirlenmesi ve Davet Edilmesi	Her grup için uygun sayıda katılımcı belirlendi.
7-8. Hafta	Odak Grup Toplantıları İçin Planlama	Mekân, zaman ve moderatör ayarlandı. Katılımcılara bilgilendirme amacıyla iletişim araçlarıyla grup kuruldu.
10. Hafta	1. ve 2. Odak Grup Görüşmelerinin Yapılması	Görüşmeler ses kaydı ve not ile kayıt altına alındı.
12. Hafta	3. ve 4. Odak Grup Görüşmelerinin Yapılması	Görüşmeler ses kaydı ve not ile kayıt altına alındı.
12-15. Hafta	Ses Kayıtlarının Deşifresi	Her bir görüşme kelimesi kelimesine yazıya aktarıldı.
15-18. Hafta	Nitel Veri Analizi (Kodlama, Temaların Oluşturulması)	2 araştırmacı tematik analiz yöntemiyle kodlama yaptı. 3. Uzman araştırmacı kodlamalara uygun temalar-alt temalar belirledi.
18-20. Hafta	Bulguların Yazılması	Elde edilen temalar doğrultusunda katılımcı alıntılarıyla birlikte sonuçlar yazıldı.
20-22. Hafta	Tartışma ve Sonuç Bölümlerinin Yazılması	Literatürle karşılaştırmalar yapılıp öneriler geliştirildi

4. BULGULAR

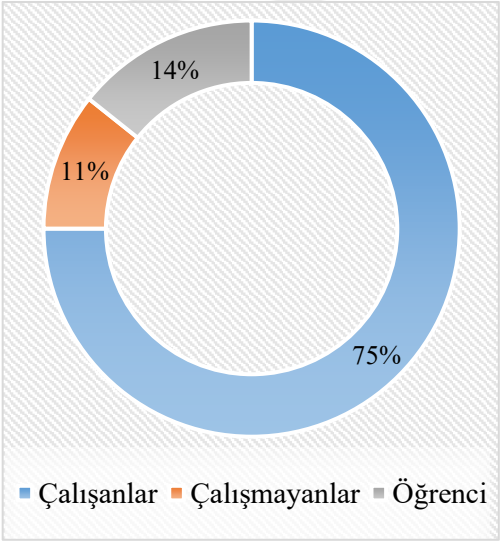
4.1. Katılımcıların Özellikleri

Katılımcılar 28 görme engelli bireyden oluşmaktadır. Görme engelinin düzeyine göre katılımcıların 11'i tam görme engelli, 11'i az gören ve altısı ciddi derecede azalmış görme keskinliğine sahip bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların 16'sı doğuştan görme engelliyken, 10'u sonradan görme engelli olmuştur; iki katılımcı ise bu bilgiyi paylaşmamayı tercih etmiştir. Katılımcıların 11'i kadın, 17'si erkektir.

On beş katılımcı evli, sekizi bekar, beş katılımcı eşinden ayrıdır (Şekil 4). On beş katılımcı çocuk sahibidir; altısının bir çocuğu, diğerlerinin iki ve daha fazla çocuğu vardır. Katılımcıların çalışma durumu Şekil 5 de gösterilmiştir.

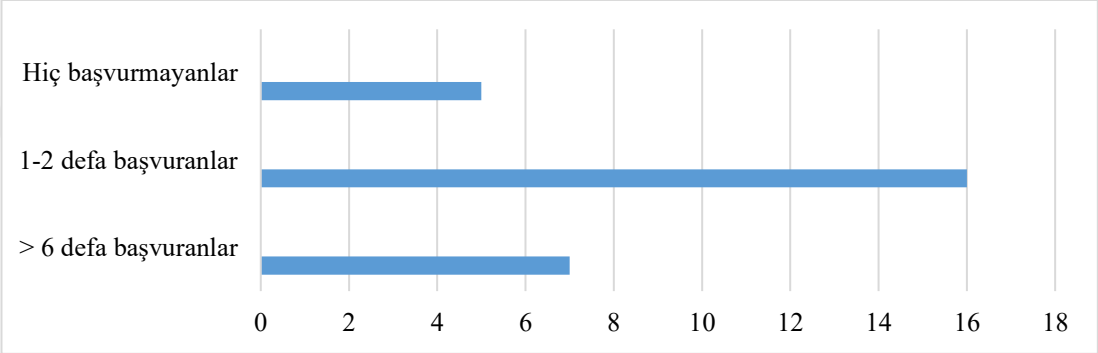


Şekil 4. Medeni Durum



Şekil 5. Çalışma Durum

Katılımcıların birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru sıklığı incelendiğinde ise beş katılımcının hiç başvurmadığı, 17 katılımcının bir veya iki kez başvurduğu ve altı katılımcının yılda altıdan fazla başvuru yaptığı görülmektedir. Bu dağılım, görme engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişim ve başvuru davranışlarında önemli farklılıklar bulunduğunu göstermektedir (Şekil 6).



Şekil 6. BBSH Başvuru Sayısı

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru sayısına bakıldığında ön plana çıkan detay hastaların kronik hastalığının olup olmadığı ve yaş faktörüdür. Katılımcıların demografik ve sağlık özellikleri Tablo 6 da özetlenmiştir.

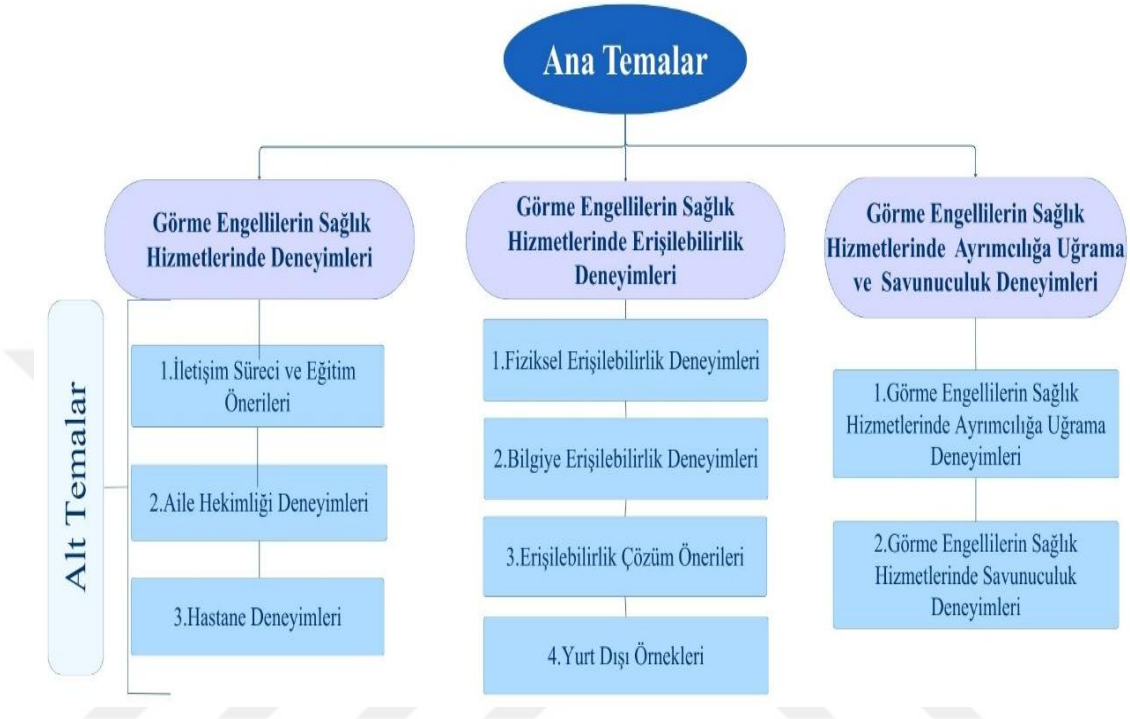
Tablo 6. Demografik Bilgiler

Cinsiyet/ No	Yaş	Eğitim Düzeyi	Görme Engeli Düzeyi	Görme Engeli Türü	Kronik Hastalık	ASM başvuru sayısı
E1	21	Ortaokul	Tam görme engelli	D	Yok	1-2
K1	47	Lise	Tam görme engelli	D	Yok	1-2
E2	39	Lise	Tam görme engelli	D	Yok	1-2
K2	43	YL/D	Görme ciddi derecede azalmış	S	Yok	1-2
E3	40	Üniversite	Az görüyor	D	Yok	1-2
K3	58	YL/D	Görme ciddi derecede azalmış	S	Yok	1-2
E4	56	YL/D	Tam görme engelli	D	Yok	1-2
K4	33	Üniversite	Az görüyor	S	Yok	1-2
E5	43	Üniversite	Tam görme engelli	S	Var	1-2
K5	54	Ortaokul	Görme ciddi derecede azalmış	S	Yok	>6
E6	42	İlkokul	Az görüyor	S	Var	>6
K6	40	YL/D	Az görüyor	D	Var	>6
E7	25	Üniversite	Tam görme engelli	D	Yok	1-2
K7	43	Lise	Görme ciddi derecede azalmış	S	Yok	>6
E8	65	Üniversite	Tam görme engelli	D	Yok	1-2
K8	45	Üniversite	Görme ciddi derecede azalmış	D	Yok	1-2
E9	27	Üniversite	Görme ciddi derecede azalmış	D	Yok	1-2
K9	44	Üniversite	Tam görme engelli	D	Var	1-2
E10	29	Üniversite	Az görüyor	S	Var	0
K10	45	YL/D	Tam görme engelli	S	Yok	1-2
E11	19	Lise	Az görüyor	B	Var	>6
K11	33	Üniversite	Az görüyor	D	Yok	1-2
E12	55	Üniversite	Tam görme engelli	D	Yok	0
E13	39	Üniversite	Az görüyor	D	Yok	0
E14	40	Üniversite	Az görüyor	S	Yok	0
E15	38	Üniversite	Tam görme engelli	D	Yok	1-2
E16	20	Lise	Az görüyor	B	Yok	>6
E17	20	Üniversite	Az Görüyor	D	Yok	0

(**YL/D:** Yüksek lisans/doktora, **B:** Belirtmek istemiyor, **D:** Doğuştan, **S:** Sonradan, **K:** Kadın, **E:** Erkek)

4.2. Ana Tema ve Alt Temalar

Çalışmamızda üç ana tema 9 alt tema mevcuttur. Çalışmamızın ana tema ve alt temaları Şekil 7 de gösterilmiştir.

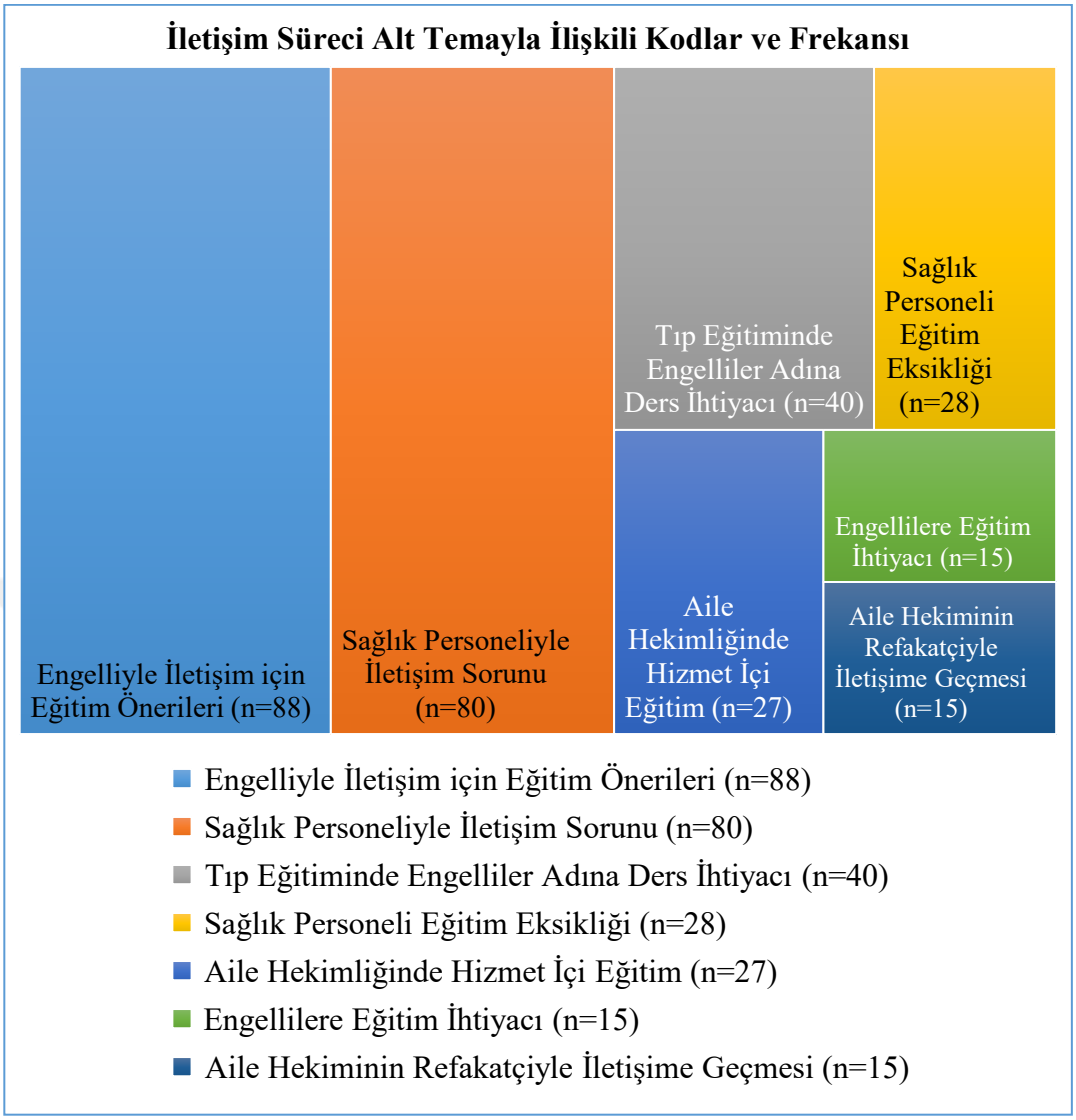


Şekil 7. Ana Tema-Alt Temalar

4.3. Görme Engellilerin Sağlık Hizmetlerinde Deneyimleri

4.3.1. İletişim Süreci ve Çözüm Önerileri

Katılımcılar, sağlık meslek mensuplarının hastalarla etkili iletişim kurmakta yetersiz kaldıklarını ve bu durumun hizmet sürecinde çeşitli sorunlara yol açtığını belirtmişlerdir. Sağlık merkezlerinde polikliniklere erişimden başlayarak, hekim muayenesi, kan alma ve görüntüleme süreçleri boyunca yeterli bilgilendirme yapılmadığı, bu nedenle hastaların her aşamada neyle karşılaşacaklarına ilişkin belirsizlik ve kaygı yaşadıkları ifade edilmiştir. Katılımcılar, bu tür iletişim eksikliklerinin doğru iletişim yöntemleriyle önlenebileceğini vurgulamışlardır. Görme engelli bireyle iletişimde sesli betimlemenin önemi vurgulanmıştır.



Şekil 8. İletişim Süreci Kod ve Frekanslar

"Bize atanan doktorla hiçbir şey yapmak istemiyorum. Neden? Çünkü iletişim bakımından zayıf, görsel iletişim kuruyor. Birini arıyor bana refakat etsin diye. (…) Yanımda biri varsa… Onu şuraya geçirin diyor mesela… İletişimin dokunsal destekli olması da gerekir. Söz yetersiz kalabilir." (56 Yaş, E4)

"Engellilerle çok temas halinde olmamış yaşadığım sıkıntıları anladığını hissettiriyor ama anlamadığı şekilde davranıyor… Kulağım tıkanık olduğunda dengem bozuluyor. Sokakta tek başıma yürümekte zorlanıyorum… Engelli bireyin sosyal hayat içerisinde ne gibi durumlar yaşadığı konusunda daha bilgilendirilmiş olmaları daha iyi anlamalarını sağlayabilir." (45 Yaş, K10)

"Bir anda iğne gelince hazırlıksızsınız. Reaksiyon gösterebilirsiniz. (...) Üstüne de serum bağladılar size ve gelen giden yok. Serum bitti mi, bitmedi mi? Yani bu tür şeyler çok önemli. İlk önce iletişim sıkıntısı var." (39 Yaş, E2)

"Sert tepki gösteren hemşireler var: 'Sen sakin ol, ben ne yapacağımı biliyorum… Konuşma.' gibi maalesef çok tepkiler olabiliyor." (47 Yaş, K1)

"Hemşire eşime rahatlatıcı açıklamalar yaptı: 'Şimdi anestezi vereceğim… Uyandığında dilin uyuşabilir. Başın dönebilir… İğneyi vururken söyleyeceğim.' (...) İşleme başka çalışan geldiğinde, direkt iğneyi vurmuş. İğneyi vurunca da eşim reaksiyon gösteriyor." (33 Yaş, K11)

"Doktorum beni muayene edecek. Hiçbir şey söylemiyor. Hop Ne oluyor? İrkiliyorum. Hani orada dese ki: 'Şu an krem süreceğim. Rahat olun.'(...)'Bebeğim nasıl görünüyor? Ne yapıyor bebeğim'? diyorum. Cevap yok… Ben göremiyorum ki, ne durumda?" (45 Yaş, K8)

"(...) Doktorlar bu konuda etkili eğitim almadığı için el yordamıyla bir davranış geliştirdiğini görüyoruz. (...) İstediğimiz bir tutumla ilerlemediğini söyleyebiliriz." (55 Yaş, E12)

"Hekimler engellileri ne kadar tanıyor? Engelliler aile hekimlerini ne kadar tanıyor? Burada bazı şeyleri bizim de bilmediğimiz ortaya çıktı." (40 Yaş, K6)

"Göz doktorlarımızın muayenede görme engelli hastasına 'Kulağıma bak,' demesi gibi." (43 Yaş, K2)

"(...) görmüyoruz ama kulağıma bak diyorlar. (...) Göz doktoru ya da nörolog bile bu işin engellilik açısındaki sosyolojisini bilmediği için ya da fakültede eğitim almadığı için genelde farklı tutumlarla karşı karşıya geliyoruz." (55 Yaş, E12)

"Engelli birey ne istiyorsa, kişiye sorulmalı, yardıma ihtiyacın var mı, laboratuvar şu tarafta, yardım istiyor musun? Kendin mi gideceksin? Direkt gel seni götüreyim, şunu şuraya götür, taşı, alıp eşya gibi olmaz. Hastanın onurunu dikkate alan hususlar da eğitimin konusu olmalı." (45 Yaş, K8)

"Tıbbi bakış açısında insanı tamir edilmesi gereken makine gibi görmeye giden bir bozukluk var." (43 Yaş, E5)

"Görme engelliler için betimlemeler çok önemli... Bir örnek vereceğim. Üniversite hocamıza dedik ki 'Biz bu konuyu anlamadık'. Hocamız: "O zaman odama gelin." Dedi. Üç görmeyen odaya girdik. Girer girmez; 'Evet hoş geldiniz. İşte ben şimdi sandalyemde oturuyorum. Kalkıyorum. Dolabımı açıyorum. Dolabımdan kitabımı çıkarıyorum. Şimdi yerime oturuyorum. Sorun bakalım.' (...) Ben onları kafamda görür gibi canlandırıyorum. Benim için çok güzel bir andı. (...) Benzer uygulamaları görme engelliyle sağlıklı iletişim için önerebiliyoruz." (56 Yaş, E4)

Doktorların görme engelli bireyleri ve ailelerini psikolojik destek açısından psikoloğa yönlendirmeleri gerektiği, ancak bu konuda farkındalık düzeylerinin yeterli olmadığından bahsedilmiştir. Katılımcılar, özellikle hekimler başta olmak üzere tüm sağlık personeline yönelik iletişim ve engelli farkındalığı eğitimlerinin yalnızca hizmet içi eğitimlerle değil, tıp eğitimi müfredatına meslek etiği kapsamında zorunlu ders olarak dahil edilmesinin daha etkili sonuçlar doğuracağını ifade etmişlerdir.

"Hastanede psikolog olarak çalışıyorum bence genel olarak insanlara aşağılayıcı ve emrivaki olumsuz davranıldığını düşünüyorum, genel olarak bütün insanlar, mesela sen bekle, gel, git, emir verici konuşuyorlar. Ben hastanenin içinde personele eğitim de veriyorum. Personele verilen eğitimlerin de verimsiz olduğunu düşünüyorum. Ben de o eğitimlerden hiçbir şey almıyorum. (...) Herkes formalite diye yapıyormuş gibi, mecbur olduğu için." (43 Yaş, K2)

"Psikolog olarak yaklaşık 10 yıldan fazla göz doktorlarının olduğu binada çalıştım. Kör bebek, sonradan görme engelli olan vs. hastaları olmuştur. Şu ana kadar sadece bir doktor, yeni doğmuş görme engelli bebeğin ailesini bana yönlendirdi. (...) Başka hiç yönlendirilen doktor olmadı. (...) Eğitimlerle duygusal zekâ ile ilgili başka bir deneyim katmak gerekiyor gibi hissediyorum." (43 Yaş, K2)

"Mesai saatindeki eğitimlerdense, isteyerekten o eğitimi alması lazım... Tıp fakültesini okurken mesela… Davranışlarla ve erişilebilirlikle ilgili ders verilmesi… bir sağlık personeli… Hazırlayıcı eğitimi, temel eğitimi gibi eğitimlerden geçiyor. Bu eğitimlerin içine eklenirse biraz daha katkısı olabilir." (40 Yaş, E3)

"Kör birinin ihtiyaçlarıyla gören birinin ihtiyaçlarının farklılık gösterdiğini bilerek bunu da üniversite eğitiminde öğretilmeye başlatılması lazım. Seçmeli veya

gönüllü bir eğitim değil. Gerçekten diğer tıp dersleri nasılsa o da geçilmesi gereken mecburi ders olmalı." (45 Yaş, K8)

Katılımcılar, sağlık hizmetlerinden etkin biçimde yararlanabilmek için kendi iletişim becerilerini ve kişisel gelişimlerini ilerletmeleri gerektiğini özeleştiri biçiminde dile getirmişlerdir.

"Doktora kısa sürede şikâyet nasıl anlatılır kendimizi geliştirmeliyiz, iletişimden şikâyet ederken kendi gelişimimizi de dikkate almalıyız." (43 Yaş, K2)

"Hem aile içerisinde hem toplum içerisinde psikolojik desteğe de ihtiyaç duyabiliyoruz." (58 Yaş, K3)

4.3.2. Görme Engellilerin Aile Hekimliği Deneyimleri

Katılımcılar genel olarak aile hekimleriyle kurdukları ilişkilerden memnun olduklarını, hekimlerin empatik, samimi ve destekleyici yaklaşımlarının güven duygusunu artırdığını belirtmişlerdir. Bu olumlu iletişim biçimi, aile hekimliğini engelliler açısından ulaşılabilir ve güvenilir bir sağlık hizmeti basamağı haline getirmektedir. Bununla birlikte, bazı katılımcılar sistemin yapısal sorunlarına değinmiş; denetim eksikliği, mesai düzenindeki belirsizlikler ve idari yükün fazlalığı gibi unsurların hizmetin sürekliliğini olumsuz etkilediğini ifade etmiştir.

"Aile hekimimi çok seviyorum. Öncelik veriyor. Destek oluyor. Şanslı olduğumu hissediyorum." (19 Yaş, E11)

"Aile hekimimden çok memnunum. Hekim-hasta ilişkisinden daha çok abi kardeş gibiyiz. Çok değerli, çok kıymetli bir hocamızdır." (42 Yaş, E6)

"Aile hekimliklerinde başhekim de o, doktor da o, asistan da o, müdür de o. İyiyse iyi, kötüyse kötü oluyor." (39 Yaş, E2)



Şekil 9. Aile Hekimliği Alt Tema Kodlar ve Frekans

"Oğlum için gittim ama benimle de ilgilendi doktor… Bir kan alalım takip yapalım dedi… Şeker hastalığım olduğu ortaya çıktı. Bir daha ben gitmezdim kendim için." (40 Yaş, E3)

"Türkiye'de denetim olmaması sebebiyle 15.30'dan sonra bulamayabiliyoruz. Çalışma saatleri 15.30'a kadar mıdır? Benim bildiğim 08.00-17.00..." (39 Yaş, E13)

"… Korkuyorlar mı bilmiyorum. Rapor yazma korkuları var. İhtiyacım olduğunda gidiyorum iki gün zoraki yazılıyor." (40 Yaş, K6)

Aile hekimlerinin diğer uzmanlık dallarına yönlendirme ve sevk yetkisine sahip olmasının, görme engellilerin sağlık hizmetlerine erişimi açısından önemli bir gereksinim olduğu vurgulanmıştır. Görüşme sürelerinin kısıtlı olması, sınırlı laboratuvar tetkikleri ve bazı raporlu ilaçların (örneğin göz hastalıklarına yönelik ilaçlar) aile hekimleri tarafından reçete edilememesi, çeşitli analjezik ve gastrointestinal ilaçların yazımındaki kısıtlamalar hastaların sorunları arasında yer almıştır.

"Aile hekimliğinin sınırlı olan uygulamaları ve yetersiz kaynaklarından ötürü daha çok hastanelere gidiyorum." (27 Yaş, E9)

"Çocuğuma vermem gereken damla ilacı nasıl ölçülü vereceğim bir türlü çözemedim. Eczanelerle konuştum araştırdım. Damlayı nasıl sayılı veririm çözüm yok. Maalesef aile hekimimizle hiç konuşmadık. Çünkü yani konuşacak gibi değil, aile hekimimiz çok yoğun oluyor." (47 Yaş, K1)

"Aile hekimi gözle ilgili raporlu ilacımı yazamıyor… Aile hekimleri raporlu olduğu halde ilaçları yazamıyorlar. … Büyük zorluk... İlaç yetkisinin aile hekimlerine genişletilmesini istiyorum." (58 Yaş, K3)

"Ağrı kesici istediğim zaman: "Hepsini yazamıyoruz." diyor… Yasak diyor. Mesela mide ilacı söylüyorum. Sıkıntı oluyor dedi." (43 Yaş, K7)

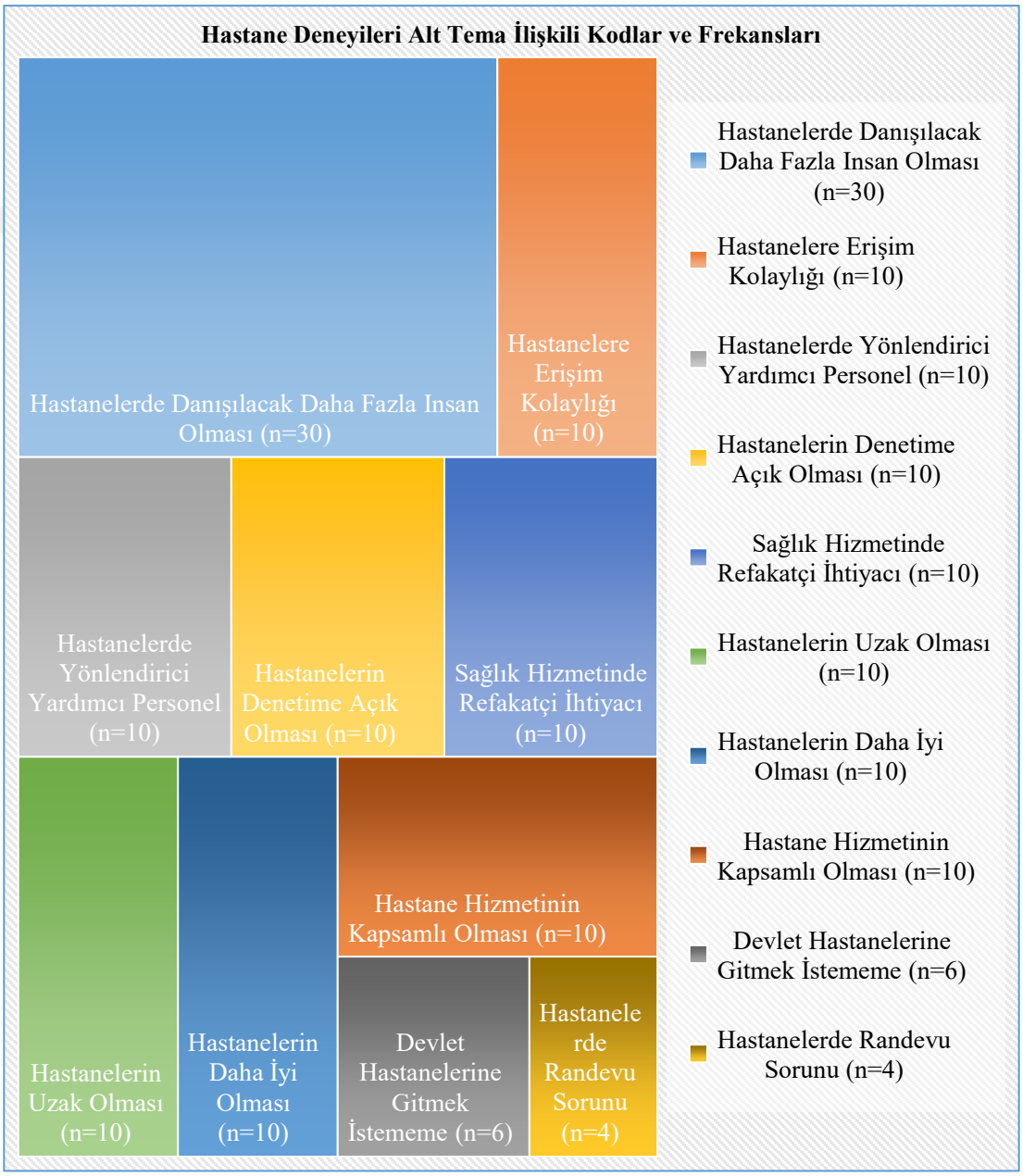
"Aile sağlığı merkezinde bazı değerler ölçülemiyor. Aile hekimliği kapsamının genişletilmesini istiyorum. (…) Kan verilerimi inceleyip gerekirse dâhiliye doktoruna yazıp, arada ikimizi buluşturan hekim olması gerekiyor. Aile hekimi üst basamaklarla aramızda koordinasyonu yapması gereken doktor olmalı." (58 Yaş, K3)

"Endokrinden takibim var endokrine direkt gidemiyorum… Aile hekimim her şeyi biliyor. Bu sevki aile hekimim yapsa daha iyi olur. … Hem dâhiliyeyi meşgul de ediyorum." (40 Yaş, K6)

"Dolayısıyla söylediklerimizin %10'u karşılanırsa şapkamızı göğe atarız ama aile hekimlerinin kendi sorunları da var. Yaklaşık iki yıldır eylem yapıyorlar." (55 Yaş, E12)

4.3.3. Görme Engellilerin Hastane Deneyimleri

Katılımcılar, hastanelerin büyük ve karmaşık yapılarından dolayı erişimde zorlandıklarını, mevcut erişilebilirlik uygulamalarının yetersiz kaldığını ifade etmişlerdir. Muayene sürelerinin kısa olması, sağlık hizmeti sürecinin kalitesini olumsuz etkilediğinden bahsetmişlerdir.



Şekil 10. Hastane Deneyimleri Alt Tema İlişkili Kodlar ve Frekansları

"(...) Hastaneyi bilmediğim dönem göz bölümüne gideceğim. En az elli kişiye sorup öyle çıkıyordum." (42 Yaş, E6)

"Yemin ediyorum abartmıyorum Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi'ne gidin tek başınıza, gerçekten kafayı yersiniz." (40 Yaş, E14)

"Yeni yapılan hastaneler de aşırı büyük olduğu için gideceğimiz yeri bulmak şöyle dursun, yönümüzü dahi bulamıyoruz." (29 Yaş, E10)

"Hastanelerde çok insan var soracağımız. Büyük olan yer neden avantajlı? Çünkü biri bilmezse birine çarpıyorsunuz." (56 Yaş, E4)

"Çarpınca hakaret edenler oluyor ben denk geldim." (20 Yaş, E17)

"Ayağım alçıya alındı hastanede yalnızım. Üstüne basma dediler. Bana yardımcı personel verin beni kapıya kadar götürsün. Yardımcı personelimiz yok dediler. (...) Ben nereye gideyim böyle? ... Görenler için küçük olan engel, bizler için çok büyük olabiliyor. " (40 Yaş, E3)

"En zor kısmı vakit yok, soru soramıyorsun. Arkada bekleyen hasta var. Vaktin kısıtlı çok teferruat var… Yeterince bilgi alamıyorsun." (40 Yaş, K6)

Sıra takibi konusunda düzensizlikler yaşandığı, randevu saatinde gelmelerine rağmen beklemek zorunda kaldıkları, MHRS üzerinden randevu alınmasına rağmen doktorun bulunmadığı durumlarla karşılaşıldığı ve bu durumun 15 günlük randevu cezasına neden olduğu aktarılmıştır. Ayrıca, hasta mahremiyetini ihlal eden uygulama hatalarının önlenmesine yönelik beklentilerini dile getirmişlerdir.

"Doktorumun olmadığını söylüyorlar öyleyse niye randevusu görünüyor? Ben şu an bir doktora görünmezsem… 15 gün cezalısın. (...) Randevuma hasta hasta gitmek için zorlandım. Gittiğime de bin pişman oldum. Bir daha da gitmedim zaten." (33 Yaş, K11)

"Randevu bulmak zor, randevu da yok ama hastaneye gidiyoruz, hastane de boş. Nasıl oluyor?" (39 Yaş, E13)

"Bu arada sesli anons sistemleri, hastanelerde ve aile hekimliğinde de var ama personel onu nasıl kullanacağını bilmiyor ki." (33 Yaş, K4)

"Mesela benim gözümde yüksek tansiyon var. Engellilere randevu almak konusunda öncelik olmadığı için, göz bölümüne randevu bulamıyorum." (20 Yaş, E16)

"Saat on randevusunu aldım. Sıralama sisteminde kimisi geç geliyor, kimisi erken geliyor. Hastanın 11'de randevusu ama benden önce gelmiş, önce bakılıyor." (40 Yaş, K6)

"Şu an sağlıkta ciddi personel eksikliği var. (...) Onların bize karşı ilgisiz ve kırıcı olduklarını düşünüyoruz ama o bir hastayı canhıraş götürüyor tekerlekli sandalyede sana denk geliyor o haliyle." (33 Yaş, K4)

"Devlet hastanelerinde belki birkaç dakikada bir hasta bakıyorlar… Sağlık personeli yetişemiyor. (…) kaosla karşılaşmamak için özel hastaneyi tercih ediyorum. (…) Oradaki hekim yarım saat seninle ilgileniyor." (33 Yaş, K4)

Hasta mahremiyetine zarar veren uygulama hatalarının önlenmesi dair beklentiler ifade edilmiştir.

"Kanser taraması için aile hekimine gittim. …Örnek alırken hemşire hanım o kadar bağırıp konuşuyor ki içeride ne işlem yapıldığını dışarıdakiler duyuyor …'Biraz sessiz olabilir misiniz lütfen' dedim. 'Benim işimi nasıl yapacağıma sen müdahale etme' dedi ama benim mahremiyetimi bozuyordu." (45 Yaş, K10)

"Hekimle görüşmemizde ilaç mümessilleri çat içeri girip muayenenin arasında doktoru meşgul ediyor. Doktor hem benimle ilgileniyor hem onu dinliyor. Yasal olarak doğru değil." (40 Yaş, E3)

"Görme engelliyle nasıl iletişim kurulur bir eğitimden geçmek gerekir bence. Küçük bir yer düşünün sizinle iletişim kurmasını bilen kimse yoksa orası sizin için büyük ya da küçükmüş hiçbir önemi yok." (56 Yaş, E4)

"Gören birine serum takılırken betimleme yapılmasına gerek yok. ... Bu konularda engelli dernekleriyle Sağlık Bakanlığı küçük bir rehber oluşturulabilir." (40 Yaş, E14)

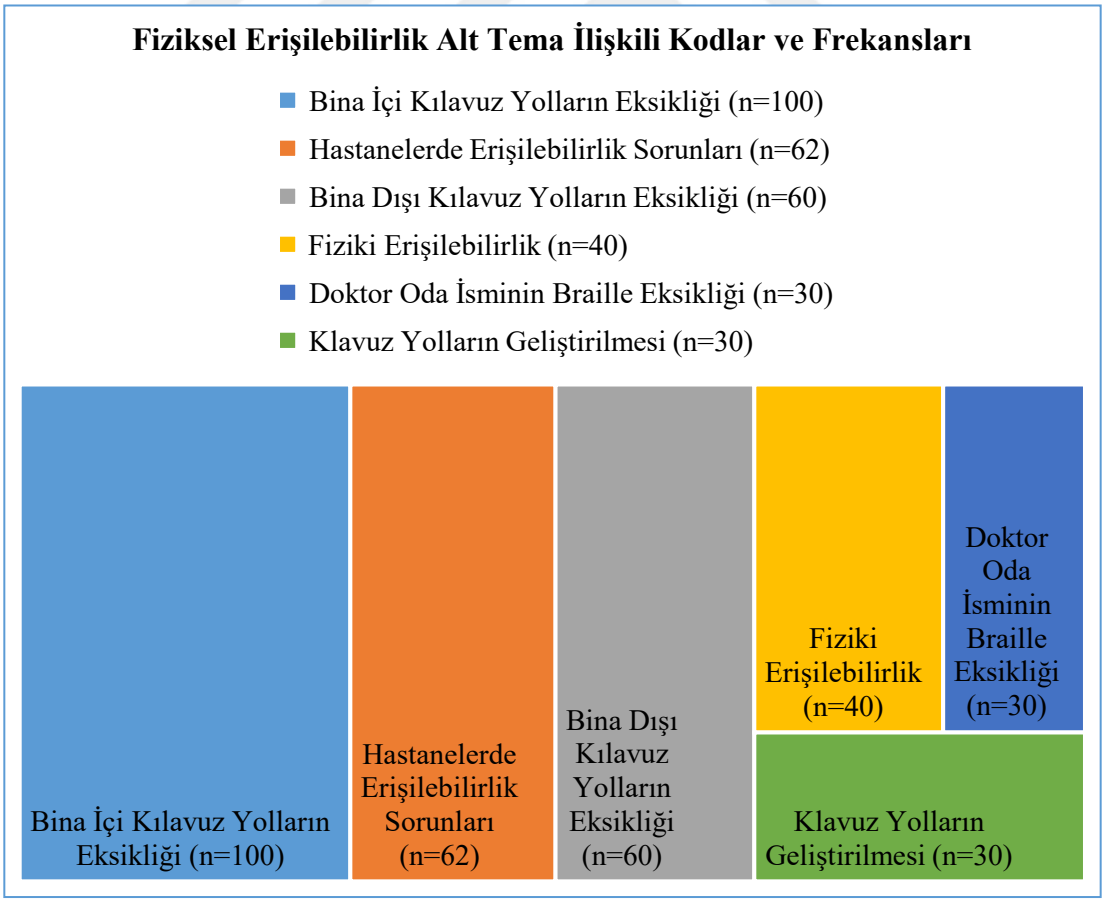
"…hekimin kendi kişiliğiyle alakalı şeyler var. Tutum değişkenlik gösteriyor. Herkesin ortak tavrı göstermesi lazım. Doktorlar, ne olursa olsun doğru tavrı göstermeli. Maalesef kişinin şansına göre değişiyor." (40 Yaş, K6)

"Sağlık çalışanları hoşgörü gösterme konusunda sorunlular. Bir yeri tarif etme, yönlendirme konusunda fazla sorun var. (...) çalışanların sosyal becerileri genelde zayıf oluyor. (...) Sağlık çalışanlarının muhtemelen aşırı iş yüküyle alakalı. Hep stres altında çalışılıyorlar." (43 Yaş, E5)

4.4. Görme Engellilerin Sağlık Hizmetlerinde Erişilebilirlik Deneyimleri

4.4.1. Fiziksel Erişilebilirlik Deneyimleri

Katılımcılar aile hekimliği merkezlerinin bazılarının sağlık hizmeti şartları ve erişilebilirliğe uygun olmayan binalarda hizmet veren merkezler olduğunu, takip yollarının tam bir planlamayla başlangıç ve varış noktalarının tanımlı olmadığını, büyük binalarda bağımsız hareket etmek için yönlendirici işaret, yazılım uygulama veya canlı refakat desteği dahi olmadığını ifade etmişlerdir.



Şekil 11. Fiziksel Erişilebilirlik Alt Tema İlişkili Kodlar ve Frekansları

"Mimarlık okuyan bir kadınla karşılaştım… Birlikte indik mimar; Kadıköy rıhtımı erişilebilirlik kurallarının hepsini ihlal ediyor dedi." (40 Yaş, E14)

"Genelde aile hekimliklerinde erişilebilirlik anlamında işaret, levha vs. yok. Türkiye'de aile hekimliğine gidene kadar zaten yollarda sorun var, içeri girdiğinde ayrı bir sorun yumağı" (40 Yaş, K6)

"Aile hekimlikleri erişilebilirlik olarak çok uygun yerlerde değil. Aile hekimliği merkezini… Bul bulabilirsen" (47 Yaş, K1)

"… İstanbul'da, Çapa'da bir dükkânı aile hekimliği yapmışlardı, düşündükçe içime kasvet çöküyor kötü bir binaydı. Başka yerde depoyu aile hekimliği yapmışlardı." (55 Yaş, E12)

"Sağlık kuruluşlarında kılavuz yollar yok. Olanlar da standartlara uygun değil. Sedyeyi langırt lungur attıran takip yolu olmaz. … Hâlbuki hafif tırtıklı, tekerlekli sandalyedeki hastayı sarsmadan ve yürüyenin ayağının dönmesine sebep olmayacak düzgün yollar yapılabilirdi." (65 Yaş, E8)

"O kaba malzeme var ya. … Çünkü ayağımız dönüyor. Diğer insanların da işini zorlaştırıyor." (56 Yaş, E4)

"Hâlâ normal kroki dahi yok. … Maalesef kara düzen ilerliyor." (39 Yaş, E13)

"Türkiye'de yasalar yapılıyor ama uygulanmıyor maalesef. (…) Standartlara uygun rampalar olmalı. Başlangıçta erişilebilirlik sağlanabilse daha kolay 1,5 metre kapı genişliği var yanlış olarak 75-75 cm bölüyor hâlbuki 1 metreye 0,5 metre bölse engelliler için kurallara uygun kapı genişliği olacak." (39 Yaş, E13)

"Binanın dışı otopark gibi, arabalar var. Bahçede arabalar kapının önünü kapatıyor…" (43 Yaş, K2)

"Aile hekimliğimiz küçük, daracık koridor. Hastalar ya ayakta kuyruk oluyor ya doktor kapısında. Ben ilerleyeceğim yol bulamıyorum." (39 Yaş, E2)

"Hastalar sandalyelerde oturuyorsa duvar takibi yapamıyoruz. Bizim ortadan yürümemiz zor. Yolu ortadan takip ettiğinde iz yok ve duvar takibinde en azından bir kapı geliyor." (45 Yaş, K8)

"Benim %80 görme kaybım var, %20 görebiliyorum böylece hem görsel olarak hem de görmeden oluşabilecek eksiklikleri fark edebiliyorum. Eski sağlık ocaklarından kalma aile hekimliği olduğu için biraz fiziksel koşulları ferah ama erişilebilir değil." (40 Yaş, E3)

"Sağlıklı birey 15 dakikada randevusuna gidebilir. Ama engellinin geç kalma olasılığınız %80 bu bizi geri plana atıyor. Geç kalanları en son muayeneye alıyorlar." (29 Yaş, E10)

Bireysel özgürlük ve erişilebilirlik için çözüm adına yapılacakların belli bir sürece yayılacağını düşünülerek eski ve bazı kurumlarda halen mevcut olan yardımcı asistan uygulaması da çözümün bir parçası olarak sunuldu.

"Hastanede yardımcı personel vardı ama kaldırdılar onu." (56 Yaş, E4)

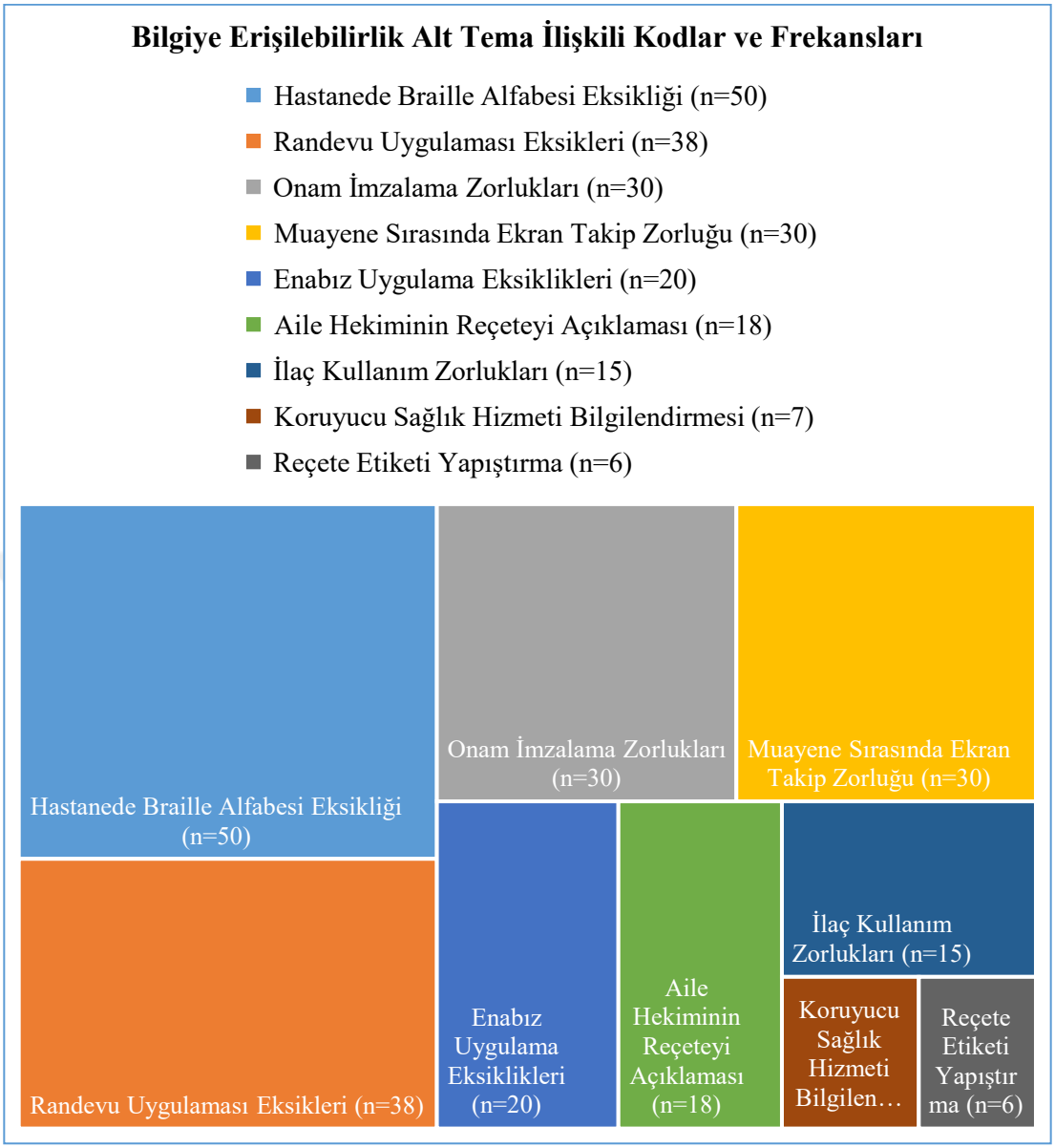
"Benim hastanemde engellilere güvenlik personeli eşlik ediyor... Asansöre bindiriyor, birinci kattan güvenlik alıyor. İkiye gideceksin diyelim bu sefer ikideki güvenliğe telsiz ile anons çekiyor. Onu beklemek zorundasın... İnanılmaz eksik personel var." (33 Yaş, K4)

"Kendi kendimize yetecek iken niye birini bekleyeyim?" (39 Yaş, E2)

"Ama sağlığın tabi çok sorunu var. ... Aynı zamanda sendikalarla ve tabip odalarıyla birlikte çalışmalarımız ve mücadelelerimiz var. ... Bir cevabı var ama tabi bu cevaplar vatandaşı ilgilendirmez, bizi ilgilendirmez. Devletin bunları çözmesi gerekir." (55 Yaş, E12)

4.4.2. Görme Engellilerin Bilgiye Erişilebilirlik Deneyimleri

Braille kroki ve kapı levhaları olmaması nedeniyle randevu yerini aramakla başlayan süreç anlatılmıştır. Sıra alma cihazının dokunmatik, sıranın geldiğini bildiren çağrı ekranlarının görsel olmasından kaynaklı sıra takibi yapamadıklarını belirtmişlerdir. Reçete edilen ilaçlar hakkında yeterince bilgi alamadıklarından, eczanelerin ilaç üzerindeki Braille yazıları kapatacak şekilde etiket yapıştırma uygulamaları olduğundan söz edilmiştir.



Şekil 12. Bilgiye Erişilebilirlik Alt Tema İlişkili Kodlar ve Frekansları

"Randevu sıramızı beklerken kapıdaki isimleri okuyamıyoruz. Bazen içeriden kısık sesli biri gel diyor ama ben duyamıyorum." (65 Yaş, E8)

"Bir keresinde bana diyor, sen kör müsün? Göremiyor musun sıra numarasını?" (42 Yaş, E6)

"T.C. kimlik numaramızı girmemiz gereken numaratör var. Danışmayı bekleyip acemice hareketlerle dikkat çekmedikçe kimse gelip yardım etmiyor. Görsel bir ekran…" (45 Yaş, K10)

"Kapı numaraları erişilebilir değil. Hangi kapı, hangi doktorun. ... İnsanlardan yönlendirme yardımı var. Bizim istediğimiz bağımsız şekilde ulaşabiliyor olmak." (43 Yaş, E5)

"Her şey sesli demek değil bence. ...numarayı bilmiyorsan sıra numarasının da Braille olması veya telefonumla okunması gerekir." (43 Yaş, K2)

"İnsanların inisiyatifine kalmak özgürlüğümüzü ve erişilebilirliğimizi de kısıtlıyor. Bu yüzden düşünüyorsunuz; gideceğim ama acaba sorunsuz bir şekilde işlerimi çözebilir miyim?" (45 Yaş, K10)

"İlaç kutularının üzerindeki Braille yazıların üzerine eczaneler kullanma talimatlarını içeren etiket yapıştırıyor. Her defasında uyarıyorum. Farkında bile değiller. Artık evimizin oradaki aynı eczaneden ilaçlarımızı aldığımızda öğrendiler, yapmıyorlar." (43 Yaş, E5)

"(...) işitme engellileri dikkate alırsak; belki de hiçbir şey yok onlara dair hastanelerde. (...) Bilmiyorum çözümler hızlı olur mu, yavaş mı olur, biz görür müyüz?" (29 Yaş, E10)

Dijital erişim açısından, ekran okuyucularla tam uyumlu olmayan uygulamalar nedeniyle kişisel bilgilere erişim ve randevu işlemlerinin zorlaştığı, imza veya onay gerektiren formların erişilebilir olmaması nedeniyle mahremiyet ihlalleri ve hak kayıpları yaşandığı belirtilmiştir. Katılımcılar, bu tür belgelerin e-Devlet üzerinden veya e-posta yoluyla onaylanabilmesinin daha erişilebilir bir çözüm olacağını ifade etmişlerdir.

"Hastanelerde formlar doldurmamız gerekiyor. (...) Ben kan bağışında bulunacaktım. Sekreter yanımdaki kişiye: 'Formu sen doldur,' diyor. Orada sizin cinsel yaşamınızla ilgili sorular var. Kan vereceğim kişinin babasıyla doldurmak zorunda kaldım… Çok özel bir bilgi." (38 Yaş, E15)

"Onam formlarının bilgisayardan görme engelli kişilere e-posta atılması ve e-posta ile doldurmasının sağlanması veya E-Devlet üzerinden onaylanması mümkün." (38 Yaş, E15)

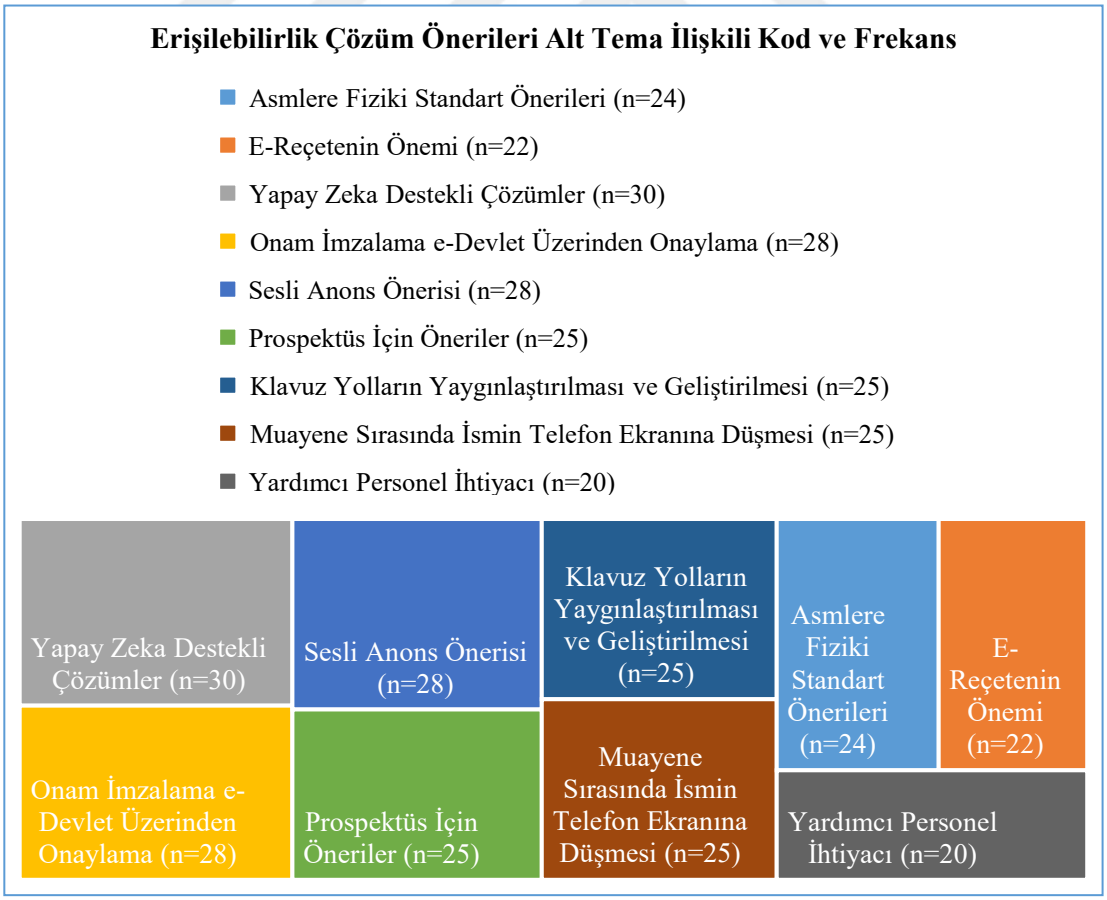
"...Ad soyadını birine yazdırıp kendimiz imza atmak zorunda kalıyoruz. Onun Braille yazısı falan yok. Kızılay'da kan alırken bazı yerlerde var galiba." (45 Yaş, K8)

"Kullanılan uygulamada herkes kadar yararlanmak en temel hakkım. Bütün herkes için yapılmış, ben niye diğer insanlar kadar yararlanamıyorum." (45 Yaş, K8)

"Sinovac fazları bizim tıp fakültesinde deneniyor. Ben de gittim denek olmak istedim. Bir onam formu var. Ben kör olduğum için kabul etmediler. Yazamıyorsun. İmza atamıyorsun. Yani ben denek bile olamadım." (55 Yaş, E12)

4.4.3. Erişilebilirlik Çözüm Önerileri

Katılımcılar, sağlıkta fiziksel erişilebilirliğin artırılabilmesi için sağlık merkezlerinin inşası sürecinde yasal erişilebilirlik standartlarının uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca, destek teknolojilerinin (örneğin sesli yönlendirme sistemleri, Braille işaretlemeler, dijital erişim araçları) görme engellilerin günlük yaşamına entegre edilmesiyle, sağlık hizmetlerinde karşılaşılan fiziksel erişim engellerinin önemli ölçüde azaltılabileceğini ifade etmişlerdir.



Şekil 13. Erişilebilirlik Çözüm Önerileri Alt Tema İlişkili Kod ve Frekans

"Aile hekimliği merkezleri yeni yapılacaksa, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün sitesinde olan bina standartlarına uygun yapılması. Standardın gereklerini karşılamak üzere de Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, standart bina tahsis edemediyse kiralarını asla hekimlerin üzerine bırakmamalı, devlet ödemeli. Parasını ödediği yerlerin kiralanmasına sadece hekimler aracılık edebilir. Böyle yöntemlerle sürtünmeyi ortadan kaldırıcı destek programına ihtiyaç olduğunu düşünüyorum." (65 Yaş, E8)

"(...) MHRS'den randevu aldınız; ben sesli yönlendirmeyi istiyorum gibi bir seçenek olursa, en azından benim sıram geldiğinde S. E. diyebilir." (39 Yaş, E13)

"(...) Yani bunun daha pratik bir hali yok mudur mesela? İlacın prospektüsü ve doktorun söyledikleri bana mesaj gelse daha güzel olmaz mı?" (40 Yaş, E3)

"Her tesis hizmete yarım açılıyor. Hizmet altyapısı tamamlanmadan faaliyete alınıyor. Tasarımın tam erişebilir hale getirilmesi, öncelikle evrensel tasarımın düşünülmesi işaretlemenin yapılması, sesli numaratör, kapıların üzerinde Braille isim olması, eğitimlerin verilmesi, denetimlerin yapılması, işte az görenler için büyük puntolu yapılması, kontrastın düşünülmesi, zemin farklılıklarının kullanılması vs." (43 Yaş, E5)

"Hastanelerle Aile Sağlığı Merkezinin kullandığı sistem aynı sistem tabanlı olmalı." (45 Yaş, K10)

Katılımcılar, yapay zekâ destekli iç mekân navigasyon sistemlerinin sağlık kuruluşlarında bireyleri hedef noktalara yönlendirmede etkili bir çözüm olabileceğini örneklerle açıklamışlardır. Kapılarda Braille tabelaların bulunması, numaratör sistemlerinin erişilebilir hale getirilmesi ve sıra takip ekranlarının sesli bilgilendirme sistemiyle desteklenmesi gibi uygulamaların, engellilerin bağımsız ve eşit biçimde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri açısından önemli olduğu vurgulanmıştır.

"Kulaklık alındığı anda sağlık kuruluşundaki çalışana bilgi gidecek kulaklık çalışmaya başladığı anda, hastane içi yol tarifi verecek ve yanımıza gelmeden bizi doktorumuza yönlendirecek." (56 Yaş, E4)

"(...) Herkesin elinde iPhone veya Android telefon yok. Herkesi kapsayacak şekilde nasıl çözebiliriz? Belki sizin dediğiniz kulaklık sistemi daha iyi olabilir." (39 Yaş, E13)

Mesela AVM'lerde şöyle bir sistem var: Yön veriyor akıllı telefonlar." (39 Yaş, E2)

"(...) Şu anda iç navigasyonun canlı uygulamaları var. Be My Eyes gibi... Canlı merkezlere bağlanıyoruz. Telefonumuzu tutuyoruz. O canlı destek veriyor. (...) Ama hastanelerin kendisinde olursa böyle bir şey çok daha kolay olur." (25 Yaş, E7)

"(...) Bütünleşmiş bir sistem olması lazım. O sistemi mobil cihazlarla da yapabiliyor olmalıyız. En basitinden Türkiye'nin, hangi AVM'sine gidersek gidelim. Direkt elimizdeki telefon üzerinden online yemek siparişi verebiliyoruz ama hangi doktora veya hangi bölüme gideceğimize dair rahatlıkla randevu oluşturamıyoruz." (27 Yaş, E9)

"İç navigasyon sistemleri sadece görmeyenler için değil; birçok insan 'laboratuvar nerede?' diye soruyor. Mesela otobüslerdeki sesli yönlendirme birçok insanı doğru yönlendiriyor. (...) Siz oraya danışma personeli koyacağınıza uygulama yapsanız hem benim işimi kolaylaştıracaksınız hem de adam bir soruyor, iki soruyor, üçüncü de: "Artık sabır kalmıyor." İnsan en nihayetinde bu görevliler size çok da yeterli cevap vermeyebiliyor." (40 Yaş, E14)

"(...) Erişilebilirlik dediğimiz şey bir tane şey, bir sihirli bastonla yapılacak bir şey değil. Birçok şeyin birlikte kullanılmasıyla oluyor." (43 Yaş, E5)

"Destek teknoloji bizim için yaygın olarak kullandığımız bilgisayar, telefon gibi ürünlerde vergi indirimi olmalı." (58 Yaş, K3)

"Aslında kılavuz yolun noktalı olması, yerdeki zeminin belirleyici ve hissedilebilir olmasını mümkün kılar. Kılavuz yolun biraz daha ayırt edici bir özelliği olsa, en azından direkt yere bastığımız an, (...) Yeri anlayabilmemiz mümkün olur." (27 Yaş, E9)

"Örneğin tuvaletinki her yerde sabit farklı zemin şekli olsa bunu hastanede de anlarım okulda da anlarım. Tamamen standartlaşmış bir zemin farklılığı yapabilirsek bunu görme engelli çocuklara ana sınıfı ve ilkokulda da öğretebiliriz." (43 Yaş, K2)

"Bu özellik ilk etapta her yeri kapsamıyor olsa bile yani kapsayamıyor olsa dahi en azından tuvalet, giriş çıkış veya danışma gibi belli bölgeler için sabitleştirilirse ilk etapta büyük bir ilerleme olur." (43 Yaş, E5)

"Ya canlı elemanlarla bu işi yapacağız ya da yapay zekâ destekli uygulamalarla." (29 Yaş, E10)

Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS)'ne alternatif olarak kullanılan ALO 182 hattının görme engelliler açısından erişilebilir bir hizmet sunduğunu belirtmişlerdir; ancak tam erişilebilir uygulamalar ve internet siteleriyle geniş kitlelere ulaşılabileceği ve insan gücü yükünün de azaltılabileceği ifade edilmiştir.

"(...) 182 sesli randevu sistemi var. (...) bir asistan eşliğinde zaten rahatlıkla randevu oluşturulabiliyor. Bu herkes için rahat bir durum. Ama uygulamanın herkes için kullanılabilir hale getirilmesi insan ihtiyacını da azaltacaktır. Çünkü 100 farklı görme engellinin aynı anda randevu almak istemesi halinde 100 farklı asistanın oluşması gerekiyor. Uygulamanın herkesin kullanımına uygun tasarlanmış olması demek görme engelli bireyin kendi başına randevu oluşturabilmesi demek. ... Fazla insan ihtiyacı ortadan kalkmış oluyor." (27 Yaş, E10)

"MHRS, E-nabız gibi sitelerin ekran okuyucular bakımından erişilebilir hale getirilmesi, az görenler için de kontrast renkler, büyük yazılar gibi uyarlamaların yapılması, kişinin sağlık bilgilerini mahremiyeti korunarak takip edebilmesinin sağlanması gerekiyor." (40 Yaş, E3)

"İnternet sayfalarının erişilebilir olması gerekiyor. (...) Sağlık Bakanlığı kendi uygulamalarını ve aile hekimliklerinin hizmetlerini görme engelli vatandaşlarını arayarak bilgilendirme yapabilir." (44 Yaş, K9)

Sağlık merkezlerinde kapıların üzerinde Braille tabelaların yer alması, numaratör sistemlerinin erişilebilir hâle getirilmesi ve sıra takip ekranlarının sesli bilgilendirme sistemiyle desteklenmesi gibi uygulamaların, engellilerin sağlık hizmetlerinden bağımsız ve eşit biçimde yararlanabilmeleri açısından önem taşıdığı vurgulanmıştır.

"Yine tüm asansörlerin de Braille ve sesli olması." (45 Yaş, K10)

"Anons sadece görme engelliler için değil. Ağır duyanlar, yaşlılar, okuma yazma bilmeyenler çağrıldığını algılayamıyor." (65 Yaş, E8)

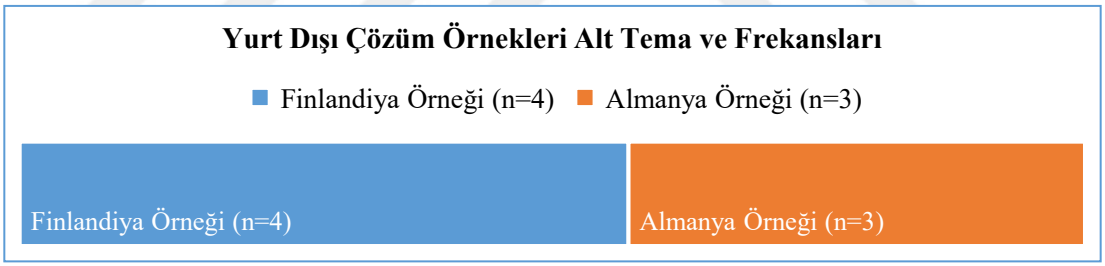
"Braille krokiler artık karekod üzerinden yapılabilir. (...) Kendimiz imza atmak zorunda kalıyoruz. Onun Braille metni yok. (...) İmzalanacak evrak için yardımcı hizmetli olabilir." (45 Yaş, K8)

"Engellilere mahsus olarak doktorunu değiştirme seçeneğinin verilmesini öneririm." (56 Yaş, E4)

"(...) Aile hekimlerimizin ve yardımcılarının ağır baskı altında kalmadan kalabalıklarla mücadele etmeden doğru hasta planlaması yapılması gerekiyor. (...) moral motivasyon olarak onları rahatlatıcı (...) Sosyal etkinlik programları sunulması gerekiyor." (65 Yaş, E8)

4.4.4. Yurt Dışı Çözüm Örnekleri

Yurt dışı deneyimi olan katılımcılar örnekleri paylaştı.

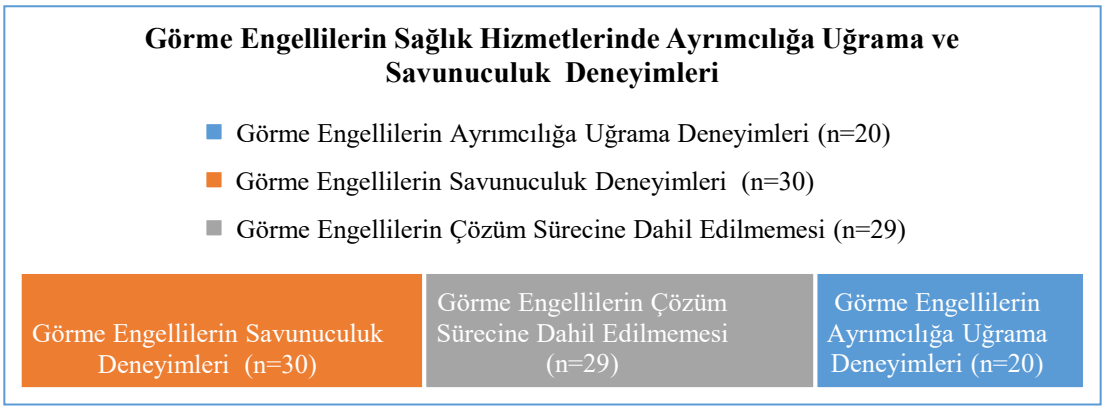


Şekil 14. Yurt Dışı Örnekleri Alt Tema Kod ve Frekansları

"Almanya'da yaşayan hiç görmeyen bir arkadaşımız var. Devlet şöyle bir çözüm getirmiş. Kişi taksi sistemini arıyor. Ücretini devlet ödüyor. Bu bize göre uç bir yöntem ama böyle bir çözüm geliştirmiş. Gidiyor kişi tedavisini oluyor. Şoför ile beraber işlemlerini yapıyor... Geri aldığı noktaya onu bırakıyor. Bütün ücretlendirme faturayla devlete gidiyor. Devlet bunu geri ödüyor. Almanya'da olan bir sistem. (...) ama Türkiye'de bunun kırıntısı bile yok. (29 Yaş, E10)

Engelli merkezinde farklı zemin yapıları oluşturulmuş. Zeminlerin olduğunu, tuvaletin ya da kapının, asansörün neyse farklı zemine tanımlandığının Finlandiya'da olduğunu biliyoruz." (43 Yaş, K2)

4.5. Görme Engellilerin Sağlık Hizmetlerinde Ayrımcılığa Uğrama ve Savunuculuk Deneyimleri



Şekil 15. Görme Engellilerin Sağlık Hizmetlerinde Ayrımcılığa Uğrama Savunuculuk Deneyimleri Alt Tema ilişkili Kod ve Frekans

4.5.1. Görme Engellilerin Sağlık Hizmetlerinde Ayrımcılığa Uğrama Deneyimleri

Son olarak, katılımcılar sağlık hizmeti süreçlerinde iletişimin doğrudan kendilerine değil, üçüncü kişilere yönlendirildiğini; sanki zihinsel olarak da engelli bir birey olarak görülddüklerinden bahsetmişlerdir.

"Refakatçiye soruyor. Nesi var? Şikâyeti ne? Onu oturtun. (...) Beni yok sayan tuhaf konuşmalar. Eğer reçete yazdıysa 'Bu ilaçları alsın.' ... İletişimini benimle kurmuyor. (...) Yanımdaki kişinin görevi değil ki bunu bana anlatman lazım. (...) Beni en çok rahatsız eden böyle tutum ve davranışlar genelde eşyaymışım gibi (...) geç muayene edeyim diyor ama sedye nerede? Tarif edebilir." (45 Yaş, K8)

"Hastane personeliyim ama görünmez gibiyim; personeller çalışan olduğumu düşünemiyorlar, personel olabilme ihtimalim onların akıllarının ucundan dahi geçmiyor." (27 Yaş, E9)

"Diğer engellilerle ortak yönümüz: sanki aptalmışız gibi davranıyor işitme engellilerde de benzer hikâyeler var." (56 Yaş, E4)

"Bir kişinin gözü körse sözü de kör, eli de kör, ayağı da kör." (65 Yaş, E8)

4.5.2. Görme Engellilerin Sağlık Hizmetlerinde Savunuculuk Deneyimleri

Katılımcılar, erişilebilirliğin geliştirilmesi yönünde etkin savunuculuk faaliyetlerine katıldıklarını ve bu çabaların somut sonuçlarını paylaşmışlarıdır.

"(...) İlaç kutularının üzerindeki yazılar ile ilgili talepler geldi. Onlara hızla cevap verdik hem biz hem başka dernekler. (...) ilaç kutularının üzerindeki Braille alfabeler işime yarıyor. Çok müthiş." (65 Yaş, E8)

"İlaç üzerindeki Braille konusunda aynı zamanda eczacılar birliğinin de başarısı, Engelsiz Erişilebilirlik Derneği'nin de başarısı." (47 Yaş, K1)

"Engelsiz Erişim Derneği'nin yoğun mücadeleleri sonucunda noterlerde de… İmza onay sistemi geldi. Birilerinin yazması veya şahitlik durumu söz konusu oluyordu. Bundan sonra Engelsiz Erişim Derneği'nin mücadelesi sonucu e-Devlet üzerinden okunup görme engellinin rahatlıkla kendi başına onaylayabileceği bir işlem haline geldi." (27 Yaş, E9)

65 yaşındaki bir erkek katılımcının anlatısında, radyo programcılığı döneminde işitme engelliler için koklear implant uygulamalarının SGK kapsamına alınması yönündeki farkındalık çalışmalarına öncülük ettiğini paylaşmıştır.

"2010 yılı… Radyo spikerliği yaparken Yılmayanlar Programında S. K. isimli işitme engelliler öğretmeni arkadaşla program yapıyoruz ve konumuz koklear implant… 0-2 yaş arasında yapılan çocuklara ameliyat olurlarsa... Duyabilirler, konuşabilirler. … 15 yıldır radyoculuk yapıyordum o gün programda keskin çağırılar yapmıştık. Program bittikten sonra eve tam 30 metre kala bir bahçe boşluğuna düştüm… Bu kaza bana o kadar acı verdi ki ölümle hayat arasında gittim geldim… Fakat 12 Mayıs 2012 de koklear implant SGK ödeme kapsamına alındı ve ben o gün programdan döndüğümde mahvolan kolumun acısını unuttum." (65 Yaş, E8)

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1. Tartışma

Çalışmamızda görme engelli bireylerin sağlık hizmet süreçlerindeki deneyimleri incelenmiş olup bu bireylerin çevresel erişilebilirlik eksikliklerinin yanı sıra pek çok sorunla baş etmek zorunda kaldıkları daha önemlisi temelde en önemli talebin hem topluma hem sağlık hizmetlerine hakkaniyetli katılım olduğu görülmüştür. Görme engelli bireylerin sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirmekte olduğu ancak bu önerilerin toplumsal hayata uyarlanabilmesi için yeterli iş birliğinin sağlanamadığı anlaşılmaktadır. Çalışmamızda sağlık hizmet sürecinin tüm aşamalarında yeterli bilgilendirme yapılmadığı, bu nedenle hastaların ne ile karşılaşacaklarına ilişkin belirsizlik ve kaygı yaşadıkları ifade edilmiştir. Katılımcılar ayrıcalıklı bir hizmet talep etmediklerini yalnızca sağlık hizmet sürecinde herkesle benzer şekilde yer alabilmeleri için uygun önlemlerin alınması gerektiğinden bahsetmektedirler. Onlar da her birey gibi bir birey olarak kabul edilerek hizmet sürecine dahil edilmek istemekte ve bağımsız olmayı talep etmektedirler.

Aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinden olan kişi merkezli bakım görme engelli bireyler ile hekimin arasındaki iletişim eksikliklerinin üstesinden gelebilecek bir nitelik olmakla birlikte çalışmamızda katılımcıların bir kısmı aile hekimi ile olumlu iletişimi olduğunu belirtirken bir kısmı da aile hekiminin iletişiminden memnun kalmadığı için aile hekiminden yararlanmamaktadır. Aile hekiminin onu anladığını, desteklediğini hisseden katılımcılar ilk sağlık hizmet ihtiyacında birinci olarak aile hekimini tercih ettiğini belirttiler. Aile hekimi kişi merkezli bakım yaklaşımını etkin şekilde uyguladığı takdirde hasta-hekim sürekliliğinin aksamadan devamlılığı sağlanmış olur. Yapılan çalışmalarda hasta-hekim ilişkinin sürekliliğinin bireyin sağlık bakımını olumlu etkilediği ve istenen sonuçlara daha kolay ulaşıldığı görülmüştür (Demirsoy E., 2022).

Katılımcıların sıklıkla yinelediği bir başka unsur hekim ve sağlık profesyonellerinin engellilik farkındalığının yeterli düzeyle olmadığı, görme engellilik özelinde sözlü iletişimin sınırlı olduğu, sesli betimleme eksikliği olduğu, bireyin

kendisi yerine refakat eden kişilerle iletişim kurulduğu ve bireyin adeta özne konumundan nesne konumuna indirgendiğidir. Engellilik farkındalığı, incinebilir grupların ihtiyaçları ile ilgili mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programları incelendiğinde tıp fakültesi öğrencileri için hazırlanan Ulusal Çekirdek Eğitim Programı Kılavuzunda, engellilerle ilgili doğrudan bir içerik bulunmamakta, yalnızca "öncelikli ve dezavantajlı gruplar" ile "ayrımcılığa ve damgalanmaya maruz kalanlar" ifadeleri bağlamında bir atıf yapılmaktadır (UÇEP, 2020). Uzmanlık eğitimlerinden Aile hekimliği, Göz hastalıkları, Nöroloji anabilim dallarının müfredatlarında yeterlilik ve öğrenme hedeflerinde görme engellilik ile ilgili bir kavrama rastlanmamıştır (TUK, 2025). Bu nedenle görme engelli bireyin sosyal hayatta ve sağlık hizmeti sürecinde yaşadıklarını anlamak ve empati kurabilmek konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminin yetersiz kaldığı görülmektedir. İngiltere'de ise görme engelli bireyler ve diğer kırılgan gruplara yaklaşım tıp eğitimi ve uzmanlık sonrası mesleki gelişim programlarına bütüncül biçimde entegre edilmiştir. İngiltere'de Royal College of General Practitioners tarafından belirlenen Aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredat çerçevesinde; göz ve görme, sağlık eşitsizlikleri ve engellilik başlıkları altında hasta merkezli yaklaşım, erişilebilir iletişim ve uygun yönlendirme becerilerinin kazandırılmasını hedeflemektedir.

Ulusal düzeyde ise National Health Service tarafından uygulanan Erişilebilir Bilgi Standardı ve Royal National Institute of Blind People iş birliğiyle geliştirilen farkındalık eğitimleri, görme engelli bireylerin sağlık hizmetlerinde bilgiye ve iletişime erişimini desteklemektedir (Royal College of General Practitioners, 2023; NHS England, 2016). Mezuniyet öncesi eğitimde General Medical Council tarafından belirlenen yeterlilikler doğrultusunda engelli bireylere yönelik yaklaşım, iletişim ve eşitlik temaları müfredata entegre edilmekte olup, bu yapı sağlık çalışanlarının görme engelli bireylerin gereksinimlerine daha duyarlı ve kapsayıcı hizmet sunmasını desteklemektedir (General Medical Council, 2018).

Çalışmamız bulgularına göre görme engellilere yönelik stigmalar, olumsuz tutumlar, farkında olmadan yapılan dışlayıcı davranışlar sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırmaktadır. Bu tür stigmatize edici tutumlar, bilgilendirilmiş onam süreçlerinin etkinliğini azaltmakta, hasta–hekim iletişimini zayıflatmakta ve sunulan sağlık hizmetinin kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Aile hekimliğinin temel

yeterliliklerinden birey merkezli bakım görme engelli bireylerin yaşadığı sorunların çözümü için temel bir kolaylaştırıcı olabilir bu nedenle gerek mezuniyet öncesi tıp eğitiminde gerekse aile hekimliği uzmanlık eğitiminde engellilik farkındalığı ve birey merkezli yaklaşım ilkesi üzerine kurulu duyarlılık eğitimi çözüm için bir adım olabilir (WONCA Europe, 2023; World Health Organization, 2011; General Medical Council, 2018; Shakespeare et al., 2018; Karatan ve Gür, 2019). Aile hekiminin birey merkezli temel yeterliliği kendisine başvuran bireyin özelliklerine uygun hizmet sunmayı gerektirir. Görme engellilerin sistemde karşılaşacakları sorunları aşmaya yönelik çözümler özellikli çalışmayı ifade etmez aksine aile hekiminin kişi merkezli bakım yaklaşımının temel gereğidir. Bunun yanı sıra aile hekimi sistemin koordinasyonu ve hasta savunuculuğu ilkesi üzerinden de çalışmalıdır bu anlamda sağlık sistemi içerisinde görme engellilerin yaşadığı zorlukları çözmek üzerine önlemler geliştirmek aile hekiminin görevi arasındadır. Nitekim 2030 Engelsiz Vizyon belgesi ulusal sağlık politikaları içinde "sağlık kuruluşlarının hasta hakları, bilgilendirme ve danışma birimlerinde çalışan kişilere yönelik engellilik ve engelli bireylerle iletişim konusunda hizmet içi eğitim programları düzenleneceği," ifadesi yer almaktadır. Oysa çalışmamızın bulguları bu tür eğitimler yapılıyorsa dahi istenilen hedefe ulaşmada yetersiz kaldığını göstermektedir. Hizmet içi eğitimlerin niceliğinden ziyade niteliğinin artırılması yapılan diğer çalışmalarda da vurgulanmıştır (Ertaş, 2025; Mermer, 2020; Karatan ve Gür, 2019).

Çalışmamızın bulgularında fiziki bakımdan hastane içindeki kılavuz yolların eksikliğinin, sesli bilgilendirme sistemlerinin yetersizliğinin görme engellilerin sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını kısıtladığı ifade edilmiştir. Ulusal düzeyde yapılan düzenlemelerden kılavuz yolların yapımında sorunlar olduğu anlaşılmaktadır. Bu yolların gereğinden fazla yüksek olduğu, hasta sedyeleri bu yol üzerinden ilerletilirken sarsıntıya neden olduğu katılımcılar tarafından belirtilmektedir. Benzer şekilde, Mermer'in (2020) araştırmasında, görme engellilerin sağlık hizmetlerinden faydalanma sürecinde hastaneye ulaşım, toplu taşıma araçlarını kullanma ve hastane içinde yatay ve düşey hareket etme konusunda 351 önemli engelle karşılaştıklarından bahsedilmektedir. Aile sağlığı merkezlerinin de yukarıda anlatılan erişilebilirlik sorunlarına sahip olduğu ve sağlık kuruluşu olmaya uygun olmayan binalarda hizmet verildiğini belirten katılımcılar çözüm önerisi olarak mevcut yasal standartların

uygulanmasını önermişlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en temel özelliği olan kolay erişimin sağlanamaması nedeniyle görme engelli bireylerin temel sağlık hakkından mahrum kaldığı, ilk tercih olarak acil servisleri veya özel hastaneleri tercih ettikleri anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda katılımcılar, hekime ulaşana kadar geçen süreçte sıra alma, ekran takibi, doktor odası isim tabelası benzeri bilgilerin görme engellilere kolaylık sağlayacak şekilde Braille alfabesi veya sesli uyarı sistemleri kullanılarak yapılmadığını belirtmektedirler. Olumlu örnekler arasında STK'lar ve görme engelli bireylerle ortak yapılan bir proje ile ilaç kutularının üzerinde Braille isimlerin yazılması dile getirilmiştir. Ancak bu olumlu iş birliğine rağmen alanda çalışan profesyonelin duyarlık ve bilgi eksikliği göze çarpmaktadır bunun örneği olarak Braille ilaç isimlerinin üzerine barkod yapıştırılması verilebilir. Oysa bilginin ulaşılabilirliği, temel haklara erişimde olmazsa olmazdır. Ulusal Eylem Planın hedefleri arasında da "sağlık hizmetleri konusunda hastalara yönelik hazırlanan tüm materyalin (bilgilendirme formları, olur formaları, broşür vb.) engel grupları (görme, işitme, ruhsal-duygusal vb.) dikkate alınarak erişilebilir biçimlerde (Braille, kolay okunur materyal, sesli betimleme, işaret dili vb.)" sunulması yer almaktadır. Çalışmamızda da katılımcılar, akıllı telefonların sesli sistemlerini çeşitli konularda sıklıkla kullandıklarını bu tür sesli yönlendirmeler içeren dijital uygulamaların sağlık sisteminin birçok alanında erişimi kolaylaştıracağını belirtmişlerdir. Bilgiye ulaşımın vurgulandığı diğer çalışmalarda da tele tıp hizmetlerinin, giyilebilir yardımcı cihazların ve dijital sağlık platformlarının sağlık hizmetlerinde erişilebilirliğin iyileştirilmesinde önemli bir rol oynayabileceğinden bahsedilmektedir (Kelly, B., ve ark 2019). Ancak çalışmamızın bulgularına göre tüm bu önlemlerin uygulanmasında engellerin olduğu anlaşılmaktadır. Bu bakımdan sorumlu kurum ve yetkililerce yeterli ilgi ve kararlılık gösterilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Dünya genelinde konu ile ilgili politika geliştirme süreci sıklıkla dezavantajlı grupların doğrudan katılımı olmadan şekillendirildiğinden geliştirilen çözüm önerilerinin hedef grubun gerçek ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kaldığına dair veriler mevcuttur (Cuples ve ark., 2012). Özellikle engellilik alanında, bireylerin kendine özgü deneyimlerini, erişilebilirlik ihtiyaçlarını ve çevresel engelleri, yaş, eğitim düzeyi, gelir düzeyi gibi sosyal özellikleri birbirinden farklı olan bireylerin

çözüm süreçlerinin içine dahil edilmelerini gerekli kılmaktadır. Bu nedenle son yıllarda birçok ülkede Katılımcı Eylem Araştırmaları (KEA) ve Toplum Temelli Katılımcı Araştırmalar, dezavantajlı grupların güçlendirilmesi, eşit ortak olarak katılması ve politika yapım süreçlerine doğrudan dâhil edilmesi amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. KEA, görme engellilerin yalnızca "araştırma katılımcısı" değil, aynı zamanda eş araştırmacı, karar ortağı ve çözüm üreticisi olarak süreçte yer almasını sağlar. Böylece, sağlık hizmetlerine erişim, dijital erişilebilirlik, bağımsız hareket, sosyal yaşama katılım, kamu kurumlarındaki hizmet deneyimi gibi alanlarda gerçekleştirilen dönüşümler, gerçek ihtiyaçlara dayanan somut ve uygulanabilir sonuçlar üretir.

Çalışmamız KEA'nın ilk aşaması olarak planlanmıştır. Katılımcılarımız sağlık personellerinin iletişim süreçlerinden çevresel sorunlara kadar çeşitli konularda fikir üretmişler ve paylaşmışlardır. Bu çalışmanın bir sonraki aşamasında bu fikirlerin hayata geçirilebilmesi için katılımcıların da dahil olduğu STK'lar ile ortaklaşa eyleme geçilmesi planlanmıştır. Literatürde çeşitli KEA örnekleri bulunmaktadır. Gichuki ve arkadaşları (2024) tarafından Kenya'da göz sağlığı programları kapsamında yürütülen Toplum Temelli Katılımcı Araştırmada (TTKA) görme engelli nüfusun da içinde bulunduğu toplulukların sağlık hizmetlerine erişimini iyileştirmek için yerel halkın, sağlık meslek mensuplarının ve politika uygulayıcıların bir arada çalışmasının etkili olduğunu göstermiştir. Benzer biçimde Croft (2020), Birleşik Krallık'ta görme engelli üniversite öğrencilerinin eğitim ve destek hizmetlerine erişilebilirlik konusundaki deneyimlerini inceleyen nitel bir çalışmada, katılımcı yaklaşımı kullanarak öğrencilerin karşılaştıkları sorunları doğrudan ifade etmelerine imkân tanımış; elde edilen sonuçlar yükseköğretim politikalarında erişilebilirlik iyileştirmelerinin yapılması için somut önerilere dönüştürülmüştür. McGrath (2024) tarafından kaleme alınan erişilebilir KEA modeli, görme engellilerin araştırma süreçlerine tam ve anlamlı katılımı için hangi yöntemsel uyarlamaların yapılması gerektiğini ortaya koymuş, bu yaklaşım sayesinde yaşlı görme engellilerin ihtiyaçlarına yönelik daha kapsayıcı politika önerilerinin geliştirilebileceği gösterilmiştir. Pigeon ve ark. Fransa'da görme engelli bireylerin günlük yaşamına ilişkin güncel verilerin yetersiz olmasından yola çıkarak bir çevrimiçi anket geliştirmek amacıyla yürütülmüş KEA'da katılımcılar, soruların kapsamının belirlenmesinden ifadelerin netleştirilmesine kadar araştırmanın

her aşamasında ortak karar alıcı olarak yer almıştır. Araştırma, katılımcı yöntemlerin görme engelliler alanında etkin ve uygulanabilir olduğunu göstermekte; geliştirilen anketin Fransa'daki görme engelli nüfusunun yaşam koşullarını daha doğru, kapsamlı ve temsili bir biçimde anlamaya katkı sağlayacağını öngörebiliriz (Pigeon et al., 2023).

Çalışmamızda da yasal mevzuatta kamu kurumlarında erişilebilirlik standartları bulunsa da uygulamada birçok eksiklik olduğu, engellilerin çoğunun ayrımcılık, küçümsenme veya yok sayılma gibi tutumlarla karşılaştığı yönünde bulgular mevcuttur. Bunun yanı sıra görme engellilere yönelik materyal eksikliği sebebiyle hasta mahremiyetinin ihlal edildiği belirtilmiştir. İlgili mevzuat incelendiğinde erişilebilirlik için 2005 Engelliler Kanunu Madde 3'ün f bendinde tanımlanan binaların, açık alanların, ulaşım ve bilgilendirme hizmetlerinin engelliler tarafından bağımsız olarak ulaşılabilir olmasını, Türk Standartları Enstitüsünün erişilebilirlik standartlarına uyulması şeklinde yasal zorunluluğa rağmen standartlara tam uyum sağlanmadan sürdürülen uygulamalar, mevzuat ile pratik arasında hala uyumsuzluk olduğunu göstermektedir. Günümüzde bu uyumsuzluğun devam etmekte olduğunu gösterir nitelikte çalışmamıza benzer sonuçları olan birçok çalışma vardır. Ertaş, M. F.'nin çalışmasında hastane binalarında yönlendirme ve rehberlik sistemlerinin (Braille tabelalar, kabartma yüzeyler, sesli yönlendirmeler) yetersizliğinin, görme engellilerin bağımsız hareketini önemli ölçüde kısıtladığı belirtilmektedir (2025). Başka bir çalışmada polikliniklerde numaratör ve muayene sırası bilgilendirme sistemlerinin sesli olmamasının görme engellilerin sürekli birine bağımlı olmasına yol açtığından bahsetmedilmektedir (Mermer, Ü.A., 2020).

Türkiye'de Ulusal Eylem Planı 2023-2025 ve Engelsiz Vizyon 2030 belgesi kamu hizmetlerinde erişilebilirliği güçlendirmeye yönelik kapsamlı bir dönüşüm hedeflenmektedir. Bu kapsamda kamu ihalelerinde erişilebilirlik kriterlerinin zorunlu hâle getirilmesi bu sayede tasarım–planlama süreçlerinde güncel erişilebilirlik standartlarının kullanılması öngörülmektedir. Erişilebilirlik değerlendirme modülü, erişilebilir uygulamaların teşvik edilmesi ve sağlık kuruluşlarının fiziksel, teknik ve bilgiye erişim açısından engelli bireylerin ihtiyaçlarına uygun hâle getirilmesi önemli politika hedefleri arasında yer almaktadır. Ancak bu hedeflerin etkili biçimde hayata geçebilmesi için kamu kurumları ile sivil toplum kuruluşları arasındaki iş birliğinin güçlendirilmesi ve engelli bireyleri kapsayan ulusal düzeyde araştırmaların

artırılmasına ihtiyaç vardır; aksi hâlde mevcut erişilebilirlik sorunları devam edecektir. Çalışmamızda bireysel olarak STK'lar ile çalışan, yönetim kurulunda yer alan ve meslekleri gereği bu işin içinde olan bazı katılımcılarımız sorumlu kurum ve kuruluşlarla iş birliğine açık olduğunu, mevcut çalışmalardan; Braille kitap basımı, sesli kitaplar, Braille ilaç kutuları, e-devlet üzerinden noter hizmetlerinde onay verilmesi süreçlerinde aktif rol oynadıklarını dile getirmişlerdir. 2030 Engelsiz Vizyon Belgesi'nin uygulama aracı olan Engelli Hakları Ulusal Eylem Planı 2023-2025'teki verilerinde hedefe ulaşmak için toplantı sayısı, erişilebilir materyal sayısı, düzenleme yapılan merkez sayısı, yararlanıcı sayısı hesaplanarak kontrol edilmektedir. Denetleme ve takip yöntemi olarak nicelik açısından ölçülebilirlik sağlanırken çalışmamızda katılımcılarımız nitelik açısından yetersiz kaldığına dair görüşlerini dile getirmiştir Benzer sorun başka araştırmacılar tarafından da bildirilmiştir (Ertaş, 2025; Mermer, 2020; Karatan ve Gür, 2019). Görme engelli bireyler ile sorumlu kurum ve kuruluşlar arasındaki iş birliği çözümün temelini oluşturabilir. Çözümün paydaşları sorumlu kurum ve kuruluşlar Engelsiz Vizyon 2030 raporunda Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, üniversiteler, Türk Standartları Enstitüsü, belediyeler olarak sıralanmıştır.

Türkiye ile diğer ülkelere bir arada bakıldığında uluslararası literatürde de Cupples ve arkadaşları (2012), görme engellilerin sağlık hizmetlerine erişimde bilgi eksikliği, yönlendirme sistemlerinin yetersizliği ve sağlık meslek mensuplarının farkındalık eksikliği nedeniyle ciddi zorluklar yaşadığını belirtmektedir. Jones ve arkadaşları (2021) ise tele rehabilitasyon hizmetlerinin görme engelli bireyler için önemli bir çözüm sunduğunu, ancak bu hizmetlerin yaygınlaşması için daha fazla altyapı desteğine ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır. Dünya Körler Birliği, 2024 yılında "Erişilebilirlik Açığını Kapatmak" başlıklı son raporlarının yayımlandığını duyurmuştur. Bu rapor, Engelli Hakları Sözleşmesi'nin özellikle erişilebilirlik ile ilgili 9. Maddesinin, küresel kalkınma gündemleriyle paralel biçimde daha hızlı ve etkin bir şekilde uygulanmasının aciliyetine dikkat çekmektedir. Dünya literatüründe de görüldüğü gibi engelli bireylerin eşit ve erişilebilir sağlık hizmetleri için yapılacak çalışmalar önemini sürdürmektedir.

5.1.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın bir kısıtlılığı, verilerin yalnızca belirli bir coğrafi bölgede (İstanbul) yaşayan, iletişim araçları ile çalışmaya davet edilen gönüllülerden toplanmış olmasıdır. Gönüllüler toplum içerisinde aktif rol almaya istekli, iletişim araçlarına ulaşabilen, sivil toplum kuruluşlarında varlık gösteren bireyler olması nedeniyle yüksek eğitimli, yaş olarak 65 yaş altında deneyimli bireylerden oluşmaktadır. Bu çalışmamızın hem kısıtlılığını hem de elde edilen veri derinliği göz önüne alınırsa çalışmanın kuvvetli tarafını oluşturabilir. Çalışmanın yeri gereği farklı bölge veya kurumlarda çalışan sağlık meslek mensupları ile farklı engel gruplarının deneyimlerinin yeterince temsil edilmemesine neden olabilir.

Veri seti 25.967 kelimeden ve toplam 68 koddan oluşmasına rağmen, yorumlamalar araştırmacının bakış açısınca şekillendirilmektedir. Bu durum, nitel analizlerde kaçınılmaz olan öznel değerlendirme etkisini beraberinde getirebilir.

Görüşmelerde grup dinamikleri nedeniyle bazı katılımcıların daha az söz alması veya diğerlerinin görüşlerinden etkilenmesi, verilerin derinliğini etkilemiş olabilir.

5.2. Sonuç ve Öneriler:

Sonuç olarak görme engellilerin sağlık hizmetlerine erişimi ve diğer alanlarda erişilebilirlikle ilgili eksiklikler bulunmaktadır.

Özellikle sağlıkta bilgiye erişim sorunlarının çözülebilmesi için sağlık profesyonellerinin temel ve sürekli mesleksel gelişim eğitimlerinde engellilik farkındalığını geliştirici içeriklerin müfredata dahil edilmesi gerektiği görülmektedir.

Hekimlerin klinik becerilerinin ve empati yeteneklerinin geliştirilmesi için duyarlılık eğitimleri kapsamında vaka çalışmaları, canlandırmalar, simülasyon, geri bildirim oturumları ve deneyimsel öğrenme teknikleri kullanılabilir. Duyarlılık eğitimi, “farkında olmadan dışlayan” davranışların yerine “bilinçli olarak kapsayıcı” bir yaklaşımın gelişmesini hedefleyebilir.

Fiziki erişilebilirlik ve bilgiye erişim altyapı standartları süreç genelinde sürekli yenilenmeye ve değişime ihtiyaç duymaktadır. Bu bakımdan sürekli denetlenmeli ve bu süreçte ilgili STK'ların iş birliği sağlanmalıdır.

BBSH'nin herkes için ulaşılabilir olması beklenirken bu hizmetlere erişimde de sorunlar yaşandığı anlaşılmaktadır. Görme engelli bireyler de dahil olmak üzere tüm incinebilir grupların birinci basamak ve gereklilik halinde tüm sağlık hizmetlerine ulaşımları kolaylaştırılmalıdır.

Görme engellilerin bireysel özgürlükleri, her alanda genel erişilebilirliğin artırılması için erişilebilirlik teknolojileriyle desteklenmelidir. Yürütülecek kapsamlı çalışmalarda devletin ulusal düzeyde öncülük etmesi insan gücü ve finans desteği sağlamasıyla elde edilen lokal çözümler genele yayılabilir.

Konu ile ilgili çalışmamıza dahil edilemeyen 18 yaş altı, 65 yaş üstü, evden çıkamayan ve düşük eğitim düzeyi olan grupların da dahil olduğu yeni çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Akdur, R. (2005). *Türkiye sağlık politikaları*. Yeni Türkiye 4(23-24):1984-1995 Ankara 1998 Ankara Üniversitesi Yayınları.
2. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101.*
3. Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper (Ed.), APA handbook of research methods in psychology (Vol. 2, pp. 57–71).
4. Burton, M. J., Ramke, J., Marques, A. P., Bourne, R. R. A., Congdon, N., Jones, I., Ah Tong, B. A. M., Arunga, S., Bachani, D., Bascaran, C., Bastawrous, A., Blanchet, K., Braithwaite, T., Buchan, J. C., Cairns, J., Cama, A., Chagunda, M., Chuluunkhuu, C., Cooper, A., Crofts-Lawrence, J., Faal, H. B. (2021). The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. *The Lancet. Global health*, *9*(4), e489–e551. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30488-5
5. Çattık, E. O., & Odluyurt, S. (2018). Bakıma gereksinimi olan engelli bireyler. In İ. H. Diken (Ed.), Görme yetersizliği olan bireyler (ss. 123–133).
6. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry, 1(1), 16–20.
7. Christ, S. L., & Becker, R. (2015). Walking-related falls in older adults with visual impairment. Journal of Physical Activity & Health, 12(11), 1577–1583.
8. Court, H., McLean, G., Guthrie, B., Mercer, S. W., & Smith, D. J. (2014). Visual impairment is associated with physical and mental comorbidities in older adults:

a cross-sectional study. *BMC medicine*, *12*, 181. https://doi.org/10.1186/s12916-014-0181-7

9. Çifçili, S. S. (2018) *Aile Hekimliği Gözü ile Evde Bakım* Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi,10
10. Chetty, U. J. (2016). The role of primary care in improving health equity: report of a technical meeting. *International Journal for Equity in Health.* https://doi.org/10.1186/s12939-016-0415-8
11. Dalkıran, Ç. (2021). Ankara Atatürk Bulvarı ve çevresinde görme engelli bireylerin erişebilirliği (Yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi. https://avesis.ankara.edu.tr/yonetilen-tez/916fa36f-106d-4575-902e-06bea574323d/ankara-ataturk-bulvari-ve-cevresinde-gorme-engelli-bireylerin-kent-ve-sosyal-cevreye-erisebilirligi
12. Declaration of Alma-Ata. (1978). International Conference on Primary Health Care. https://www.who.int/publications/i/item/declaration-of-alma-ata
13. Demir, E., & Kocaman, G. (2020). Görme engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi. *Sağlık ve Toplum, 30(2), 45–58.*
14. Demirsoy, E. (2022). Aile hekimliğinde süreklilik aile hekimleri için ne kadar önemli: Edirne örneği, Uzmanlık tezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp
15. Emiroğlu, B. G. (2008). Üniversitede görme engelli öğrenciler için bilişim. *Akademik Bilişim,* 153–158.
16. Ertaş, M. F. (2025). Görme Engellilerin Hastane Hizmetlerine Fiziksel Erişimi: İstanbul Örneği. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 24(52), 333-355. https://doi.org/10.46928/iticusbe.1673772

17. Evans, J. R., Fletcher, A. E., & Wormald, R. P. (2007). Depression and anxiety in visually impaired older people. *Ophthalmology, 114(2), 283–288.*

18. General Medical Council. (2018). *Outcomes for graduates.* https://www.gmc-uk.org/education/standards-guidance-and-curricula/standards-and-outcomes/outcomes-for-graduates

19. Hugo, J., Couper, I., Thigiti, J., & Loeliger, S. (2010). Equity in health care: Does family med icine have a role?WHY EQUITY?. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine, 2*(1), 3 pages. doi:https://doi.org/10.4102/phcfm.v2i1.243

20. Işıkhan, V. ve ark (2019). Engellilerle sosyal hizmet. Engellilerin Sorunlar Genç, Y., & Şar, A. H. *Anadolu Üniversitesi Yayınları. 2(1),53*

21. Jammal HM, Khader Y, Kanaan SF, Al-Dwairi R, Mohidat H, Al-Omari R, Alqudah N, Saleh OA, Alshorman H, Al Bdour M. The Effect of Visual Impairment and Its Severity on Vision-Related and Health-Related Quality of Life in Jordan: A Comparative Cross-Sectional Study. *J Multidiscip Healthc*. 2023;16:3043-3056 https://doi.org/10.2147/JMDH.S431159

22. Kaldık, B. (2024). Engelli bireylerin sosyal dışlanma deneyimleri üzerine fenomenolojik bir araştırma. *Toplum ve Sosyal Hizmet, 35*(3), 393–420. https://doi.org/10.33417/tsh.1366165 .

23. Kanski, J., & Bowling, B. (2016). Kanski's clinical ophthalmology (8th ed.). Elsevier.

24. Karatana, Ö., & Gür, K. (2019). Engelli Bireylerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Engelleri. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 1(1), 43-53.

25. Kelly, B., Nevile, L., Sloan, D., & Petrie, H. (2019). Accessibility 2.0. Journal of Web Engineering.

26. Legood, R., Scuffham, P., & Cryer, C. (2002). Are we blind to injuries in the visually impaired? A review of the literature. *Injury Prevention, 8(2), 155–160.*

27. Mermer, Ü. A. (2020). Devlet hastaneleri erişilebilirlik çalışması (Yüksek lisans tezi).https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=ICDtRJ1uIghS_J5aZNmR0g&no=ShHsksxQe5CD41eaQN7RKQ

28. Miller, N. R., Newman, N. J., Biousse, V., & Kerrison, J. B. (2008). Disorders of the optic nerve. In *Walsh and Hoyt's clinical neuro-ophthalmology* (6th ed.201-203). Lippincott Williams & Wilkins.

29. Morris, J., & Waddington, L. (2021). Assistive technologies and the digital divide. *Disability & Society, 36(1), 1–21.*

30. Okay, B. (2007). Basamaklandırılmış sağlık hizmet sunumu. *Türk Aile Hekimliği Dergisi, 11(3), 135–139.*

31. Pigeon, C., Galiano, A. R., Afonso-Jaco, A., Valente, D., Uzan, G., Prestini, M., & Baltenneck, N. (2025). A participatory research to design a survey providing a portrait of the life of people with visual impairments. *Disability & Society*, *40*(2), 300–316. https://doi.org/10.1080/09687599.2023.2287413

32. Rees, G. & Lamoureux, E. L. (2014). Vision impairment and the risk of development of chronic health conditions. Jo*urnal of Public Health, 36(3), 1–8.*

33. Romero-Jiménez, M., Santodomingo-Rubido, J., & Wolffsohn, J. S. (2010). Keratoconus: A review. *Contact Lens and Anterior Eye, 33*(4), 157–166. https://doi.org/10.1016/j.clae.2010.04.006

34. Sağlık Bakanlığı. (2010). Aile hekimliği uygulama yönetmeliği. https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

35. Samur, B. M., Polat, A., & Canpolat, M. (2022). Albinizm Temelinde Engelli/Kısıtlı Çocukların Sosyal ve Hukuki Problemleri Üzerine Değerlendirme. Çocuk ve Medeniyet, 7(13), 29-65.

36. Shakespeare, T., Bright, T., & Kuper, H. (2018). Access to health for persons with disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15(12), 1–13.*

37. Şahin, S., Çifçili, SS., Ünalan, PC. (2022). Aile hekimlerinin sağlık hizmetlerinin eşgüdümünü sağlayıcı rollerinin iş doyumu üzerine etkisi. *Family Medicine & Primary Care Review 24 (4)*

38. Sağlık Bakanlığı. (2020). Birinci basamak izlem rehberi. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/dokumanlar-cocukergen/egitim-dokumanlari.html

39. Türkiye Cumhuriyeti. (2005). *Engelliler Hakkında Kanun (5378).* https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5378&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5

40. TÜİK. (2010). *Engellilerle ilgili istatistiksel veriler.* https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Ozurlulerin-Sorun-ve-Beklentileri-Arastirmasi-2010-6370

41. United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities.* https://social.desa.un.org/issues/disability/crpd/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-crpd

42. United Nations. (2020). *Disability inclusion strategy report.* https://www.un.org/en/content/disabilitystrategy/

43. Ünalan, P. C., & Uzuner, A., 2005 *Türkiye'de Aile Hekimliğinin Geleceğine Yönelik Planlar. Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 9(1), 37–40.

44. van Maaswinkel, I. M., van der Aa, H. P. A., van Rens, G. H. M. B., Beekman, A. T. F., Twisk, J. W. R., & van Nispen, R. M. A. (2020). Mastery and self-esteem mediate the association between visual acuity and mental health: a population-based longitudinal cohort study. *BMC psychiatry, 20(1), 461.* https://doi.org/10.1186/s12888-020-02853-0

45. World Wide Web Consortium (W3C). (2018). *Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.1* (A. Kirkpatrick, J. O'Connor, A. Campbell, & M. Cooper, Eds.). https://www.w3.org/TR/WCAG21/

46. WONCA Europe. (2023). *The European definition of general practice/family medicine (2023 Edition*). https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine

47. World Health Organization. (2011). *World report on disability.* WHO Press. https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/sensory-functions-disability-and-rehabilitation/world-report-on-disability

48. World Health Organization. (2022*). Toolkit* for *disability-inclusive health services.* WHO Press. https://www.who.int/publications/i/item/9789290620020

49. World Health Organization. (2019). *World report on vision.* WHO Press https://www.who.int/publications/i/item/world-report-on-vision

50. Zheng, D. D., Christ, S. L., Lam, B. L., Arheart, K. L., Galor, A., Lee, D. J., & McClure, L. A. (2016). Increased mortality risk among the visually impaired: A

meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society, 64*(1), 44–51. https://doi.org/10.1111/jgs.13840

EKLER

Ek 1: Gönüllü Olur Formu

Araştırmanın Adı: 'Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Görme Engellilerin Deneyimleri: Nitel Bir Araştırma'

Bu araştırma Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik EAH. Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın amacı görme engellilerin birinci basamak sağlık hizmetlerine erişim süreçlerini, bu süreçlerde yaşadıkları deneyimleri, karşılaştıkları erişilebilirlik sorunlarını nitel yöntemler aracılığıyla incelemektir.
Araştırmaya katılmayı reddetme ve yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Reddetmenizin ya da araştırmadan ayrılmanızın size olumsuz yansımaları olmayacaktır. Sizden kan gibi herhangi bir biyolojik örnek alınmayacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri, odak grup çalışmasında kayıt altına alınan ses kayıtları dahil olmak üzere paylaşmış oldukları diğer tüm bilgiler gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katılanlara herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi kendilerinden de herhangi bir maddi talepte bulunulmayacaktır. Bu koşullar altında araştırmamıza katılmayı kabul etmenizi dileriz. Araştırma süresince sorularınız olması durumunda, mesai saatleri içinde Dr. Cahide Çelenk Biricik'e +_____ numaralı telefondan ulaşabilirsiniz.

Saygılarımızla.

Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili

Araştırma ekibi adına araştırma danışmanı

Gönüllünün Hakları;

- Araştırma yöntemi dışında hangi alternatif tedavilerin bulunduğu ve bu tedavilerin neler olduğunun bildirilmesi,
- Gönüllüye araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğunun bildirilmesi,
- Gönüllünün araştırmacıya haber vermek kaydıyla istediği anda çalışmadan çekilebileceği ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırmadan çıkartılabileceğinin bildirilmesi,
- Gönüllünün araştırmaya katılmayı kabul etmemesi durumunda veya herhangi bir nedenle çalışma programından çıkarılması veya çıkması halinde, hastalığı ile ilgili tedavisinde bir aksama olmayacağı güvencesinin verilmesi,

- Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili gönüllünün herhangi bir maddi sorumluluk altına girmeyeceği, ayrıca kendisine de bir ödeme yapılmayacağı, varsa yol masrafı ve sigorta gibi ödenekler hakkında bilgi verilmesi,

- Gönüllüden alınacak biyolojik örneklerin (kan, serum, idrar vs.) yalnızca adı geçen çalışmada kullanılacağının belirtilmesi,

- Gönüllünün kimlik bilgilerinin gizli tutulacağına dair güvence vermekteyiz.

Gönüllü Olur Formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

……

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin adı-soyadı, imzası, adresi

……

Açıklamaları yapan araştırmacının adı-soyadı, imzası

……

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin adı-soyadı, imzası, görevi

……

Dr. Cahide Çelenk Biricik tarafından Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı bünyesinde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi amacıyla araştırmacı tarafından araştırmadan çıkartılabileceğimi de biliyorum. Araştırma için yapılacak harcamalarla

ilgili herhangi bir maddi sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ödeme yapılmayacaktır. İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan herhangi bir sağlık sorunu yaşamam halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da maddi yük altına girmeyeceğimi biliyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu yaşadığımda; herhangi bir saatte, **Dr. Cahide Çelenk Biricik'e**, +_____ numaralı telefon yahut **Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı adresinde** ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Katılmayı reddetmemin tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar vermeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük çerçevesinde kabul ediyorum. İmzalamış bulunduğum bu formun bir kopyası bana verilecektir.

Ek 2: Yarı Yapılandırılmış Odak Grup Görüşme Formu

Araştırma Konusu: Görme Engelli Bireylerin Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Deneyimleri

Veri Toplama Yöntemi: Odak Grup Görüşmesi

Tarih: [Görüşme Tarihi]

Yer: [Görüşme Mekânı]

Açılış Soruları:

1. Kısaca kendinizi tanıtır mısınız?
2. Aile Hekiminizi tanıyor musunuz ve ne sıklıkla ASM'ye gidersiniz?
3. Aile Sağlığı Merkezi'ne ulaşımınızda, bina içi yön bulmada ne tür zorluklar yaşıyorsunuz?
4. Girişler, merdivenler, bekleme alanları ya da muayene odaları sizin için erişilebilir mi?
5. Randevu alma süreciniz nasıl işliyor? Yardım almanız gerekiyor mu?
6. ASM'deki muayene veya tetkik sürecinde sağlık çalışanları sizinle nasıl iletişim kuruyor?
7. Tıbbi bilgi, reçete, yönlendirme gibi konularda size yeterince açıklayıcı bilgi veriliyor mu?
8. ASM hizmetlerinin sizin için daha erişilebilir ve verimli hale gelmesi için ne gibi önerileriniz olur?
9. Eklemek istediğiniz başka bir görüş veya deneyim var mı?