



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EVDE BAKILAN BEDENSEL ENGELLİLERDE BAKIM
KALİTESİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

NADİR MAŞALACI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. HAKAN BAYDUR

MANİSA-2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**EVDE BAKILAN BEDENSEL ENGELLİLERDE BAKIM
KALİTESİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

NADİR MAŞALACI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. HAKAN BAYDUR

TEZ JÜRİSİ

Doç.Dr.Hakan BAYDUR

Doç.Dr.Gülten UÇAN

Doç.Dr.Melih Kaan SÖZMEN

MANİSA-2019

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10278434
Yazar Adı / Soyadı	NADİR MAŞALACI
T.C.Kimlik No	29683991658
Telefon	5359260510
E-Posta	nadirmasalaci@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	EVDE BAKILAN BEDENSEL ENGELLİLERDE BAKIM KALİTESİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ
Tezin Tercümesi	The relationship between quality of care and quality of life in physically disabled people at home
Konu	Sosyal Hizmetler – Social Services
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Sosyal Hizmetler Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Sosyal Hizmet Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	111
Tez Danışmanları	DOÇ. DR. HAKAN BAYDUR
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	Engelli, yaşam kalitesi, bakım kalitesi, disability, quality of life, quality of care

01.08.2019

İmza: 

YÜKSEK LİSANS TEZ BAŞLIĞI

Öğrenci: EVDE BAKILAN BEDENSEL ENGELLİLERDE BAKIM KALİTESİ İLE

YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Danışman: Doç.Dr.Hakan BAYDUR

Bu tez çalışması 01.08.2019 tarihinde jürimiz tarafından "Sosyal Hizmet Programı"nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Doç.Dr.Hakan BAYDUR
MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye : Doç.Dr.Gülten UÇAN
MCBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye: Doç.Dr.Melih Kaan SÖZMEN
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Bu tez, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından başarılı bulunmuştur.

Prof. Dr. Bilal-i Habeş GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü V.

I. BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



Nadir MAŞALACI

II. TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, bana rehberlik eden, yapıcı geribildirimleri ile sürekli olarak beni destekleyen kıymetli danışmanım Doç. Dr. Hakan BAYDUR'a,

Çalışmalarım boyunca destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan kızlarım Zeynep Sevgim ve İlke'ye, eşim Selma'ya, ilk günden bu yana manevi olarak bana sürekli destek olan anneme sonsuz teşekkürler ederim.

Çalışmamda beni sürekli destekleyen ve cesaretlendiren çok değerli mesai arkadaşlarıma,

Tez jürisinde yer alarak beni onurlandıran Sayın Doç.Dr.Melih Kaan SÖZMEN ve Sayın Doç.Dr.Gülten UÇAN'a teşekkür ederim.

Nadir MAŞALACI

III. KISALTMA VE SEMBOLLER DİZİNİ

WHOQOL-D	World Health Organization Quality of Life-Disability
WHODAS	World Health Organization Disability Assessment Schedule
QOC-S	Quality of Care and Support
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü

IV. İÇİNDEKİLER

I. BEYAN.....	i
II. TEŞEKKÜR	ii
III. KISALTMA VE SEMBOLLER DİZİNİ.....	iii
IV. İÇİNDEKİLER.....	iv
V. TABLOLAR DİZİNİ	viii
VI. ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	3
3. GİRİŞ ve AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER.....	10
4.1. YAŞAM KALİTESİ.....	10
4.1.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	11
4.1.2. Yaşam Kalitesi Gereçlerinin Sınıflanması.....	14
4.2. ENGELLİLİK	17
4.2.1 Engelliliğin Tanımı	17
4.2.1.1. Mevzuata göre engelliğin tanımı.....	17
4.2.1.2. Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi’ne göre tanımı	18
4.2.1.3. DSÖ’ne göre engellilik	19
4.2.1.4. Türk Dil Kurumuna göre engelli tanımı	20
4.2.2. Engelli grupları	20
4.2.3. Engelliliği Anlamak- Engellilik Modelleri	22

4.2.4. Türkiye’de Engelli Haklarının Gelişimi	25
4.2.5. Dünya’da ve Türkiye’de Engelli Profili.....	28
4.3. SOSYAL HİZMET	29
4.3.1. Sosyal Hizmetin Tarihi Gelişimi.....	31
4.3.2. Sosyal Hizmet Uygulama Alanları	33
4.3.3. Engellilikte Sosyal Hizmet Yaklaşımı	33
4.3.3.1. Engelli Sorunları	33
4.3.4. Engellilikte Sosyal Hizmet Modelleri.....	36
4.3.4.1. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü Tarafından Verilen Hizmetler	39
4.3.4.1.1. Engelli Kimlik Kartı.....	40
4.3.4.1.2. Kurum Bakımı Hizmeti.....	40
4.3.4.1.3. ALO 183 Aile, Kadın, Çocuk, Engelli ve Sosyal Hizmet Danışma Hattı.....	41
4.3.4.1.4. Erişilebilirlik	42
4.3.4.1.5. Evde Bakım Hizmeti	42
4.3.4.1.6. Engelli Aylığı.....	43
4.3.4.2. Sağlık Bakanlığı Tarafından Verilen Hizmetler	43
4.3.4.3. Millî Eğitim Bakanlığı Tarafından Verilen Hizmetler.....	44
4.3.4.4. Yerel Yönetimler Tarafından Verilen Hizmetler	45
4.3.4.5. Sivil Toplum Örgütleri Tarafından Verilen Hizmetler	45
4.3.4.6. İstihdam Hizmetleri.....	45
4.3.4.6.1. Korumalı İşyeri	46
4.4. EVDE BAKIM HİZMETİ.....	46
4.4.1. Evde Bakım Kapsamında Sunulabilecek Hizmetler	48
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	50

5.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	50
5.2. EVREN VE ÖRNEKLEM	50
5.3. ARAŞTIRMAYA ALMA VE DIŞLAMA KRİTERLERİ.....	51
5.3.1. Engellilerin araştırmaya dahil edilme kriterleri	51
5.3.2. Bakıcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri	51
5.4. DEĞİŞKENLER	52
5.4.1 Bağımlı değişkenler	52
5.4.2. Bağımsız değişkenler	52
5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	52
5.5.1. Sosyodemografik özellikler bilgi formu	52
5.5.2. Engellinin engeline ait özellikler ve işlevsellik değerlendirme formu	52
5.5.3. Dünya Sağlık Örgütü Yeti-yitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS-II)	53
5.5.4. Dünya Sağlık Örgütü'nün Bedensel Engelli Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçüm Aracı ve Engellilik Modülü (WHOQOL-BREF-D).....	53
5.5.5. Engelli Kişiler için Bakım ve Destek Kalitesi Ölçeği (QOCS-D)	54
5.6. VERİ TOPLAMA SÜRECİ.....	54
5.7. VERİLERİN İŞLENMESİ VE ANALİZİ	54
5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	55
5.9. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI	55
5.10. SÜRE VE OLANAKLAR	55
6. BULGULAR	57
6.1 TANIMLAYICI BULGULAR.....	57
6.1.1 Engelliye ait tanımlayıcı özellikler	57
6.1.2 Bakıcıya ait tanımlayıcı özellikler	62

6.1.3 Engellinin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme durumuna ilişkin özellikleri.....	65
6.1.4. Yaşam kalitesi, bakım ve destek kalitesi ve yetiyitimi durumuna ilişkin bilgiler	68
6.2. ÇÖZÜMLEYİCİ BULGULAR	69
6.2.1. Tek değişkenli analiz sonuçları.....	69
6.2.1. Çok değişkenli analiz sonuçları	87
7. TARTIŞMA	92
7.1 TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE VE ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN TEMEL BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ	92
7.2. ÇÖZÜMLEYİCİ KARŞILAŞTIRMA BULGULARININ İNCELENMESİ	97
7.3. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YANLARI	100
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	101
9. KAYNAKLAR	103
10. EKLER.....	112
EK 1 ÖRNEK BÜYÜKLÜĞÜ	112
EK 2. VERİ TOPLAMA FORMU	113
EK 3. ÖLÇEK KULLANIM İZNİ	127
EK 4. NORMALLİK SINAMASI SONUCU	128
EK 5. ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI	129
EK 6. ETİK KURUL ONAYI.....	130
EK 7. KURUM ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ	131
EK 8. ÖZGEÇMİŞ.....	132
EK 9. BENZERLİK RAPORU BİLDİRİMİ.....	133

V. TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırma süreci.....	56
Tablo 2. Araştırmaya katılan bedensel engellilerin yaş ve cinsiyet dağılımı (n=109).....	57
Tablo 3. Engellinin eğitim ve medeni durumu	58
Tablo 4. Engellilik süresi ve engellilik oluşma nedeni	59
Tablo 5. Engellinin yaşadığı yer, başka engelli varlığı ve anne-baba akrabalık durumu	60
Tablo 6. Engellinin gelir ve sosyal güvence durumu.....	61
Tablo 7. Araştırmaya katılan bedensel engellilerin bakıcılarına ait sosyodemografik özellikleri.	62
Tablo 8. Bakıcıların medeni durum ve eğitim durumları.....	63
Tablo 9. Bakıcının engelli bakımı ile ilgili bilgileri.....	64
Tablo 10. Engellinin günlük yaşam aktivitelerine durumuna ilişkin özelliklerinin değerlendirmesi	65
Tablo 11. Yaşam kalitesi, bakım ve destek kalitesi ve yetiyitimi ölçek puanları dağılımı	68
Tablo 12. Hanede başka engelli varlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	70
Tablo 13. Engellinin anne-baba akrabalık durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki.....	70

Tablo 14. Engellinin kendine ait gelir varlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	71
Tablo 15. Engellinin hane halkı gelirini yeterli bulma durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	72
Tablo 16. Engellinin sosyal güvence durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	73
Tablo 17. Engellinin oturduğu evin mülkiyeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	74
Tablo 18. Engellinin cinsiyeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki.....	75
Tablo 19. Engellinin medeni durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki	76
Tablo 20. Engellinin eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki.....	77
Tablo 21. Engellinin engelli olma zamanı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki ...	78
Tablo 22. Engellinin bakıcısının cinsiyeti ile engellinin yaşam kalitesi arasındaki ilişki.....	79
Tablo 23. Engellinin bakıcısının medeni durumu ile engellinin yaşam kalitesi arasındaki ilişki	80
Tablo 24. Engellinin bakıcısının eğitim durumu ile engellinin yaşam kalitesi arasındaki ilişki	81
Tablo 25. Engellinin bakıcısının çalışma durumu ile engellinin yaşam kalitesi arasındaki ilişki	82
Tablo 26. Engellinin bakıcısının başkaca baktığı kişi varlığı ile engellinin yaşam kalitesi arasındaki ilişki.....	83
Tablo 27. Bakım kalitesi, engellilik durumu, yaş, engellilik süresi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki.....	84
Tablo 28. Sosyodemografik özellikler, bakım ve destek kalitesi ve yetiyitimi durumu ile yaşam kalitesi boyutları arasındaki ilişkinin çok değişkenli doğrusal regresyon ile çözümlenmesi.....	87

Tablo 29. Bakım ve destek kalitesi ve yetiyitimi durumu ile yaşam kalitesi boyutları arasındaki ilişkinin çok değişkenli doğrusal regresyon ile çözümlenmesi. 90



VI. ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Yaşam kalitesi ve sağlık ile iliőekli yaşam kalitesi.....	13
Şekil 2. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması	20
Őekil 3. ICF'nin genel bakıő ačíısı	22

Başlık: Evde bakılan bedensel engellilerde bakım kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Öğrencinin adı: Nadir MAŞALACI

Danışmanlar: Doç. Dr. Hakan BAYDUR

Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

1. ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı evde bakılan bedensel engellilerin yaşam kalitesi ve bakım kalitesi ilişkisini belirlemektir.

Yöntem: Araştırma ilişkisel tarama modelinde yürütülmüştür. İzmir merkez Konak ilçesinde evde bakım hizmetlerinden yararlanan 109 bedensel engelli ve bakıcıları dahil edilmiştir. Çalışmada engelli ve bakıcıların sosyo-demografik özellikleri, WHOQOL-BREF-D engelli yaşam kalitesi, WHODAS-II yetiyitimi değerlendirme çizelgesi ve QOCS-D engelli bakım ve destek kalitesi ölçekleri uygulanmıştır. Ek olarak engellilik durumu için WHODAS-II uygulanmıştır. Veriler yüz yüze görüşme ile toplanmıştır. Analizde SPSS 21 ve Stata 14 ile yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan engellilerin yarısı kadın, ortalama yaş $58,8 \pm 18,3$, %48,6'sı evli, %31,2'si eğitimsiz, %10,1'inin engeli doğuştandır. Engellilik süresi ortalaması $18,5 \pm 16,7$ yıldır. Engellilerin %64,2'sinin sağlık güvencesi SGK ve %33,9'unun yeşil karttır.

Analizlerde QOC-S bakım ve destek kalitesi toplam puanı ile WHOQOL-BREF yaşam kalitesi ölçeği ruhsal, sosyal, çevresel ve engelli modülü arasında anlamlı ilişki vardır ($p < 0,05$). Ayrıca WHODAS-II yetiyitimi toplam puanı ile yaşam kalitesi ölçeğinin bütün boyutları arasında anlamlı birliktelik tespit edilmiştir ($p < 0,01$). Sosyal güvence, gelir, engellilik süresi, anne-baba akrabalığı ve eğitim durumu da anlamlı bulunan diğer değişkenlerdir. Çok değişkenli doğrusal regresyon analizinde WHODAS-II toplam puanı yaşam kalitesinin tüm boyutları ile anlamlı ilişki gösterirken, QOC-S toplam puanı sosyal, çevresel ve engelli modülü üzerinde etkili bulunmuştur.

Sonuç: Bedensel engellilerin yaşam kalitesini etkileyen ana faktörler arasında bireyin yetiyitimi ve bakım kalitesidir. Her iki faktör birbirinden bağımsız bir şekilde yaşam kalitesini etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: Engelli, yaşam kalitesi, bakım kalitesi



Title: The relationship between quality of care and quality of life in physically disabled people at home

Student name: Nadir MAŞALACI

Supervisors: Hakan BAYDUR, Assoc. Prof.

Department: Department of Social Work

2. ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to determine the relationship between quality of care and quality of life.

Methods: The research was conducted with relational survey model. 109 physically disabled and caregivers were included in Konak district of İzmir. Socio-demographic characteristics of disabled and caregivers, WHOQOL-BREF-D, WHODAS-II and QOCS-D scales were used in the study. Data were collected by face to face interview. In the analysis, SPSS 21 and Stata 14 were used.

Results: Half of the disabled people who participated in the study were women. The mean age was $58,8 \pm 18,3$, 48,6% were married and 31,2% were uneducated. 10.1% of the participants were congenitally disabled. The mean duration of disability was $18,5 \pm 16,7$ years. The health insurance of 64,2% of the disabled was SGK and the green card of 33,9%.

There was a significant correlation between QOC-S total score and WHOQOL-BREF-D mental, social, environmental and disability modules ($p < 0,05$). In addition, a significant correlation was found between the WHODAS-II total score and all dimensions of the quality of life scale ($p < 0,01$). Social security, income, duration of disability, parental consanguinity, and educational status were also significant variables. In the multivariate linear regression analysis, the WHODAS-II total score showed a significant correlation with all dimensions of quality of life, while the QOC-S total score was found to have an impact on the social, environmental and disability module.

Conclusion: The main factors affecting the quality of life of physically disabled people were disability and quality of care. Both factors affected the quality of life of people with disabilities.

Keywords: disability, quality of life, quality of care



3. GİRİŞ ve AMAÇ

Engellilik kişilerin mutlak veya olasılıkla içinde bulunacakları bir haldir. İnsanlar yaşadıkları kaza ve hastalıklar sonucunda kendilerinden beklenen işlevlerini yerine getiremez duruma düşebilirler. Bu durum zaman içerisinde yaşın ilerlemesi ve bedenin gereklerini yetirince yerine getirememesi neticesinde de oluşabilecek bir durum şeklinde de olabilir. Engellilik ile mücadele erken dönemde engelliliği önlese bile zaman içerisinde oluşabilecek engelleri kaldıramayabilir. Bu bağlamda hem oluşması hem de yaşanması açısından oldukça kompleks bir durumdan bahsedilmektedir. Engellilik tanımlaması Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme’de şöyledir: “Engelli kavramı diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri içermektedir.”(Resmi Gazete TBMM 2008)

3/12/2008 tarihli ve 5825 sayılı Kanunla onaylanan “Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme”nin temel amacı, “engellilerin tüm insan hak ve temel özgürlüklerinden tam ve eşit şekilde yararlanmasını teşvik ve temin etmek ve insanlık onurlarına saygıyı güçlendirmektir” (Resmi Gazete TBMM 2008). Bu sözleşme ile engelliliğe ilişkin büyük bir değişimin hayata geçirilmesi için atılan önemli bir adımdır.

Engellilik insanlığın karşı karşıya olduğu önemli bir durumdur. Her insan yaşamının bir döneminde engelli duruma düşecektir. Bu durum geçici ya da kalıcı olabilir. Artan yaş ile engelliliğin oluşması mutlak bir durumdur. Dünyada beklenen yaşam süresi arttıkça bu durumda olacak olan kişi sayısının giderek artacağı kesindir (DSÖ 2011).

Engellilik çok fazla boyutu olan tartışmalı ve karmaşık bir kavramdır. Engelliliğe ilişkin gelişen hareket sayesinde bugün tıbbi ve sosyal model olarak adlandırılanın

ötesinde yeni bir bakış ile ele alınmasını gerektirdiği görülmüştür. Tıbbi model olarak bir hastalık ya da bedensel sorunun sonucu olarak ele alınan yaklaşımın zaman içerisinde sosyal modele evrilmesi önemli bir değişimdir. Engellenmişliğe vurgu yapan sosyal model ise bugün yerini insan hakları çerçevesinde ele alınışa doğru değiştirmiştir. Bunun için gerek sağlık gerekse sosyal yaklaşımları da dikkate alacak bir dengeli yaklaşımın gerekli olduğu görülmektedir. Engelliliği çeşitli sağlık sorunları nedeniyle ortaya çıkmış yetersizlik ve aktivitenin sınırlılığı olarak kabul ederek bireyin kendisi ve çevresi arasındaki uyumsuzluğu temsil edecek ana faktör olarak ele alınabilir. Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF) bir şemsiye terim olarak kabul ettikleri engelliliği faaliyet sınırlılığı, sakatlık ve katılımın kısıtlanması olarak tanımlamaktadır (DSÖ 2011).

Her yıl artan bir engellilik sayısı ile dünya karşı karşıya kalmaktadır. Bugün için hesaplanan dünya engelli sayısının yaklaşık 1 milyar olduğu tahmin edilmektedir. Bu sayının 200 milyonu oldukça zor koşullar altındadır. Yetmiş yıllık bir ortalama ömür olan bir ülkede doğan kişilerin yaklaşık olarak 11 yıllarını engellilik altında geçirecekleri tahmin edilmektedir (Bredemeier ve ark. 2014). 2010 yılı tahminine göre dünyadaki nüfusun yaklaşık olarak %15'nin engelli olduğu düşünülmektedir. Bu oranın 1970'li yıllarda %10 civarında olduğu belirtilmektedir. Dünya Sağlık Araştırmasında %15,6 (785 milyon) kişi olarak belirtilen engelli nüfusunun Küresel Hastalık Yüğü çalışmasında %19,2 (975 milyon) olduğu belirtilmektedir. Dünya nüfusunun yaklaşık %2,2'sinin çok ağır işlevsel kayıpla yaşadığı belirtilirken küresel hastalık yüğü çalışmasında bu oran %3,8 olarak öngörülmüştür (DSÖ 2011).

Engelli bireylerin birçok sorunu vardır. Bu sorunların başında da engelli bireylerin eğitim, yoksulluk, rehabilitasyon, sağlık hizmeti, bakım hizmetleri, ulaşım, fiziksel çevre ve konut, erişilebilirlik/ulaşılabilirlik gibi sosyal sorunları gelmektedir. Çağdaş bir toplumda engellilerin gereksinim duyduğu haklara kavuşabilmesi ve temel insan haklarından yararlanabilmesi, onların daha mutlu ve üretken birer birey olarak toplum içerisinde yaşayabilmesi için sosyal politikaların geliştirilmesine gereksinim vardır (Seyyar 2006). Engelli haklarına ilişkin kabul edilen sözleşmede de insan onuruna yakışır bir yaşam sürdürebilmeleri için tarafların yüklenecekleri yükümlülükler tanımlanmıştır (Resmi Gazete TBMM 2008). Bu alanda yaşanan sorun alanları Dünya Engelliler Raporunda ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Raporda insanları engelleyen

faktörler arasında yetersiz politika ve standartlar, olumsuz tavırlar, yeterli hizmetin sağlanamaması, hizmetin iletimi ile ilgili engeller, yetersiz finansman, yetersiz erişilebilirlik, danışma ve katılım yetersizliği ve veri-bulgu yetersizliği sayılmıştır. Bu tür sorunların engelli insanların yaşamlarında oluşturduğu etkiler ise daha kötü sağlık durumu, daha düşük eğitim başarısı, daha az ekonomik katılım, artan bağımlılık ve kısıtlanan katılım biçiminde ele alınmıştır. Tüm sayılan bu engeller için rapor çeşitli öneriler getirmektedir (DSÖ 2011).

Bu kapsamda engellilerin en çok gereksinim duyduğu hizmetlerden birisi bulundukları, yaşadıkları yerlerde bakımlarının sağlanmasıdır. Bu bağlamda sağlık bakanlığı ve aile ve sosyal politikalar bakanlığına bu kişilerin sağlık ve refahını arttırmak için çeşitli görevler düşmektedir. Sağlık bakanlığı evde sağlık hizmetleri kapsamında bu kişilere çeşitli tıbbi destek, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini sunmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2015).

Ayrıca bu kişilerin bakım hizmetlerinin muhtaç olan bireyler bakımından kamu tarafından karşılanması gerekliliği bulunmaktadır. Bu amaçla engelli ve bakıma ihtiyaç duyan kişilere ya doğrudan ya da bulunduğu ortamda bakım hizmetinin sunulması sağlanmaktadır. Bulunduğu ortamda bakım hizmetinin sağlanması son zamanlarda tercih edilen bir yöntemdir. Bu amaçla Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı gerek stratejik planlarında gerekse mevcut uygulamalarında yerinde bakım ve destek hizmetlerinin yerine getirmektedir. Bunu sağlayabilmenin bir yolu olarak bakıma ihtiyaç duyan kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere en yakınındaki kişileri bu amaçla görevlendirmektedir. Karşılığında da belirli bir ücret tahsisi söz konusudur (ASPB, 2005). Yönetmelikteki temel amaç engellinin bulunduğu ortamda refahının sağlanmasıdır (ASPB 2005).

Engelli için evde bakım hizmetini sağlayacak olan kişilerin engellilere yönelik olarak gerekli bilgi ile donatılmış, bakım hizmetinin nasıl yapılacağını bilen kişilerden oluşması gerekir. Ayrıca engellinin görüş, tercih ve haklarına önem veren kişilerden oluşması, iyi bir tutum ve davranışa sahip olması gerekir. Engellinin önündeki engelleri aşmasına destek olacak, nitelikli ve iyi bir bakım hizmetini sunacak özellikte olması önemlidir. Evde bakım hizmetini sunacak olan kişinin mevzuat gereği akraba olması veya bu konuda yasal vasilerce yetkilendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca

bakıcının engelliye ait ağır engelli olduğunu gösteren sağlık kurulu raporunu ve hane halkı gelirleri toplamını Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'ne sunmasının ardından, engellinin evde bakım ihtiyacının olup olmadığı yetkili meslek elemanlarınca denetlenmesi ve uygun bulunması gerekmektedir. Böylece engelliye yakını tarafından bulunduğu mekanda kişisel bakım hizmetlerini ve psiko-sosyal destek vermesi beklenmektedir (ASPB 2005).

Engelliye yönelik sunulan hizmetler arasında bireysel gereksinimlerinin sağlanması, banyo, temizlik, tuvalet, hijyen, beslenme gibi fizyolojik ihtiyaçların yanı sıra sağlanacak psikososyal destek hizmetlerini de kapsamaktadır. Özellikle engellinin kendi ailesi ve tanıdığı kişiler ile daha iyi fazla zaman geçirme olanağına sahip olması, akraba, arkadaş ve yakın çevresindeki kişilerin desteği önemlidir. Bu bağlamda bireyin sosyal destek mekanizmalarının geliştirildiği düşünülmektedir. Ayrıca engelli kişilerin sosyalleşmesine olanak sağlayacak fırsatları da bakıcılarının yaratması beklenmektedir. Bu bağlamda kişinin toplum içerisindeki etkinliklere katılması, sanatsal, sportif ve eğlence olanaklarına erişmesi bakıcının yardımı ile olmaktadır. Engellinin yukarıda bahsedilen olanakların dışında sağlık hizmetlerine erişimi, rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmasının kolaylaştırılması, eğitim olanaklarına erişimi gibi noktalarda da desteklenmesi ve refakat edilmesi nitelikli bir bakım hizmeti için önemlidir.

Engelli bireylerin refahını arttırmak için bakım hizmetlerinin kalitesi önemli bir yer kapsamaktadır. Bakım hizmetleri kalitesi ile engellinin yaşam kalitesi arasında bir ilişkinin olması beklenir. Brezilya'da yapılan bir niteliksel çalışmada engelliler için önemli olan temel alanların çalışma, eğitim, boş zaman etkinlikleri, evrensel olanaklara erişim, toplumsal hayata katılım ve sosyal içerme olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda sunulan hizmetlerin özellikle bakıcılar tarafından etkin bir şekilde sağlanmasının yanı sıra engelliye toplumun bakış açısının da önemli olduğu tespit edilmiştir (Mattevi ve ark. 2012).

Engelli bireylerin yeterli düzeyde bakım hizmetlerinden yararlanma durumlarının tespiti ve bu kişilerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeğine engelli modülü eklemek ve bu kişilerin bakım hizmetlerine erişimini ve toplum tarafından engelliye yönelik tutumu belirleyebilmek amacıyla bir

ölçek geliştirilmesi çalışması yürütülmüştür. Bu çalışmadan üretilen gerek bedensel gerekse zihinsel engelli bireylere yönelik ölçekler bu kişilerin refahını tespit edebilme açısından önemli araçlardır (Lucas-Carrasco ve ark. 2011).

Engelliye yönelik sunulacak olan bakım hizmetlerinin kalitesi arttıkça yaşam kalitelerinin artması beklenen bir durumdur. Bu bağlamda bu ilişkinin niteliğini ve niceliğini daha net ortaya koymak, bakım kalitesinin geliştirilmesini sağlamak önemli bir yere sahiptir.

Bu çalışmada, İzmir ili Konak ilçesinde evde bakılan bedensel engellilerin bakım hizmeti kalitesi ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. YAŞAM KALİTESİ

Kalite kavramı bir iyilik göstergesidir. Yaşam kalitesi ise sağlık durumundan daha geniş kapsayıcılığa sahip olup bireyin genel iyilik halinin bir temsilidir. Yaşam kalitesi tanımı üzerinde tam bir görüş birliği olmamakla birlikte bireyin rol işlevselliği, toplumsal ilişkileri ve niteliği, bedensel ve ruhsal iyiliğini kapsamaktadır. Mendola ve Pelligrini 1979 yılında yaşam kalitesini “bireyin algıladığı bedensel kapasite sınırları içinde başardığı tatmin edici sosyal durum” olarak tanımlamışlardır (Bowling 2005). DSÖ ise yaşam kalitesini bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları şeklinde tanımlamıştır (World Health Organization 1998). Basitçe yaşam kalitesi, belirli yaşam koşullarında bireysel tatmini etkileyen rahatsızlıkların bedensel, ruhsal ve sosyal etkilerine günlük yaşamda verilen bireysel yanıt olarak ifade edilebilir (Bowling 2005).

Yaşam kalitesi kavramı hem sosyolojik hem de tıbbi alanda çok eskilere dayanmaktadır. Aristo’nun “iyi bir yaşam” için öğütleri olduğu görülmektedir. Benzer şekilde sağlığın daha iyi düzeye getirilmesinde hekimlerin rolü olduğu hep vurgulanmıştır (Müezzinoğlu 2005). Bununla birlikte kavramsal olarak yaşam kalitesi ve iyilik durumu birbiri içine geçmiş kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Doksanlı yılların ikinci yarısından itibaren ortaya çıkan bu iki kavramın birbirinin yerine kullanıldığı, daha sonra ise daha geniş bir kapsayıya sahip olan yaşam kalitesinin öncelikle ekonomik gerekçelerle yaşamın niceliksel tarafına odaklandığını, daha sonra ise niteliksel boyutuyla da ele alınmaya başladığını göstermektedir (Theofilou 2013). Sağlıkla ilgili olarak yaşam kalitesinin 1960’lı yıllardan sonra ele

alındığı görülmektedir. Medline veri tabanı incelendiğinde 20.yüzyılın ikinci yarısında hızla gelişmeye başlayan yaşam kalitesi literatürünün günümüzde birkaç yüz bini bulan bir sayıya ulaştığını göstermektedir. Yayın sayısının ise hızla artmaya devam ettiği de görülmektedir.

4.1.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Dünya sağlık örgütünün 1946 yılında kabul ettiği tanımlamaya göre sağlık “yalnızca hastalık ve sakatlık hali olmayıp, kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmıştır (WHO 1946).

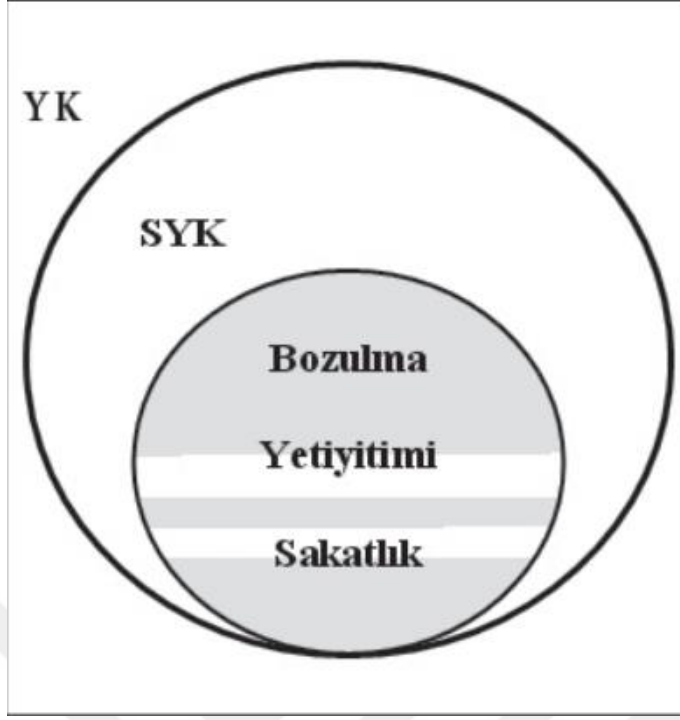
Sağlığı ölçmek istemenin temel amacı var olan sorunlara doğru ve yerinde tanı koyabilmektir. Özellikle toplum sağlığını gösteren ölçütlerin değerlendirilmesi ve zaman içerisindeki değişimlerinin incelenmesi için çeşitli göstergelere başvurulduğu görülmektedir. Kelime anlamı olarak ele alındığında ölçüt bir duruma değer vermeye veya bir yargıya varmaya çalışılan kıstas anlamına gelmektedir. Gösterge ise ilgilenilen durumu belirlemeye çalışan, gelişim ile ilgili niceliksel değerleri ifade eden belirteçler olarak tanımlanmıştır (TDK 2011). Bu bağlamda sağlığın değeri için kullanılacak ölçütler ve değişimini belirleyecek olan göstergelerin nasıl ortaya konulacağının net olarak belirlenmesi gerekir. Sağlık düzeyini ölçmeye yarayan ve halen kullanılan pek çok ölçüt ve gösterge vardır. Bu ölçütlerin çoğunluğu dışsal değerlendirmeye dayanan nesnel ölçüt ve göstergelerdir. Toplumun sağlık durumu tespit etmede kullanılan göstergelerin en çok bilinenleri geleneksel olarak da tanımlanan nesnel ölçütlerdir. Bunlar sıklıkla hastalık veya ölümlülük ile ilgili olanlardır. Ayrıca sağlığın diğer parametrelerini de ölçmeye yarayan doğurganlık, sağlık hizmet kullanımı vb. nesnel ölçütlerden de bahsedilebilir. Bu ölçüt ve göstergelerin zamanla hastalık kavramındaki negatif yönü değil aynı zamanda sağlık kavramındaki pozitif yönü de değerlendirmeye doğru dönüştüğü görülmektedir. Yani toplumdaki bireylerin yalnızca hastalık durumlarını değil, sağlıklılık düzeylerini de ölçmenin önemli olduğu görülmektedir. Bu bağlamda sağlıklı geçirilen zaman, gündelik aktiviteleri yapabilme, mutluluk, sosyal iyilik, duygusal iyilik ve yaşam kalitesi gibi kavramların öne çıktığı belirlenmiştir (Bowling 2005).

Tüm bu kavramların aslında ölçülebilir tarafı genellikle dışsal değerlendirmeyi esas almış olmasıdır. Bu noktada bir diğer önemli yaklaşım biçimi bireyin kendisini

nasıl hissettiği ile ilgilidir. Kişinin kendi hastalık veya sağlık durumunu nasıl değerlendirdiği giderek öne çıkan durumdur. Böylece hastalık ve sağlık durumuna daha geniş bir açıdan bakabilme yeteneği kazanılmıştır. Bu bakış açılarının sonucu pozitif sağlık, sosyal sağlık ve yaşam kalitesidir (Bowling 2005).

Pozitif sağlık genel kabule göre sağlığın tanımında olduğu gibi yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması ile ilgili bir durumu ifade etmemektedir. Aynı zamanda kişinin işlevsel ve verimli bir yaşam içerisinde bedensel, ruhsal ve sosyal bütünlüğünü de kapsamaktadır. Bu bağlamda kişinin yaşamın zorlukları ile başa çıkabilmesi için toplumsal yaşam becerilerinin de gelişmiş olması gerekmektedir. İyi bir toplumsal kavrayış ve sosyal destek mekanizmalarının gelişmişliği yanı sıra birçoğunun görüş birliğine göre, iyi bir moral ve yaşamdan doyum sağlayabilmesini de içermektedir. Bunun için bireyin toplumsal destek mekanizmalarını da içeren sağlığın sosyal boyutunu kapsayacak iyilik düzeyine ihtiyacı vardır. Toplumsal bir varlık olarak bireyin sosyal sağlığı ancak iyi bir kişiler arası iletişim ve entegrasyon ile sağlanabilmektedir. Diğer bir deyiş ile sağlığın önemli bir bileşeni olarak sosyal destek mekanizmalarının yerinde ve sağlam olması önemlidir. Araştırmacılar sosyal desteğin çeşitli alanlarını tanılamışlardır. Bunlar arasında başarılı bir iş yaşamı, aile desteği, sosyal ilişkiler ve arkadaşlık, ekonomik yeterlilik; kişisel yaşam ve cinsel tatmin sayılabilir. Kısacası sosyal sağlık araştırmaları toplumdan çok birey üzerine odaklanmıştır ve bu kavram daha geniş bir anlamı içinde barındıran diğer bir kavram olan yaşam kalitesinin bir boyutudur (Bowling 2005).

Yaşam kalitesi denildiğinde bugün giderek artan bir şekilde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramının akla geldiği görülmektedir. Oysa yaşam kalitesi daha geniş bir kavrayışa sahip bir kavramdır. İçerisinde yaşamın sağlık dışındaki tüm boyutlarını içermektedir. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ise daha çok bireyin bedensel, ruhsal, duygusal, sosyal iyilik durumuna odaklanan kavramsal çerçeveye sahiptir (bkz. şekil 1) (Müezzinoğlu 2005).



Şekil 1. Yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi

(kaynak: (Müezzinoğlu 2005))

Bu kapsamda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesindeki temel beklenti bireyin sağlık durumundaki iyiliğe yönelmektedir. Kişinin sağlığını nasıl hissettiği ile ilgilidir. Özellikle sağlıkla ilişkili girişimlerin sonuçlarının nesnel ve dışsal değerlendirmesine destek olacak şekilde kişinin kendisini nasıl algıladığı ile ilgilenmekte, yapılan sağaltımın sonuçlarının başarısını değerlendirmede destekleyici bir gösterge olarak kullanılmaktadır. Bu durum giderek yaygınlaşmakta, temel sağaltım göstergeleri arasında standartlaşmaya doğru gitmektedir. Diğer bir deyiş ile kişinin kendi sağlığını nasıl değerlendirdiği önem kazanmaktadır.

Bu noktada öncelikle kişinin kendi yetilerine odaklanan bir yapıya önem verdiği görülmektedir. Özellikle klinisyenlerin beklentilerine de yanıt verecek bir şekilde işlevsel yetinin değerlendirildiği süreçler ön plana çıkmıştır (Bowling 2005).

Bir sonuç göstergesi olarak yaşam kalitesi nasıl ve kim tarafından ölçüleceği konusu 1970'li yıllardan bu yana önemli bir sorundur. Bu tartışma konusu zaman içerisinde bireyin kendi sağlığını bir dışsal değerlendirmeden daha iyi değerlendirebildiği yönünde sonuçlar vermiştir. Bu nedenle bir hekimin dışsal

değerlendirmesinin yanı sıra öz değerlendirmenin de önemli olduğu düşünülmüştür. Bu bağlamda çeşitli ölçekler aracılığıyla kişinin kendi sağlığını değerlendirmesi için araçlar geliştirildiği görülmektedir. Bunlar arasında Karnofsky Performans Skalası ilkler arasında yer almaktadır. Pozitif sağlık göstergeleri arasında sayılan McMaster Sağlık Anketi yanı sıra hastalığa, ağrıya, günlük yaşam aktivitelerindeki sınırlılıklara odaklanan Sickness Impact Profile ve Nottingham Health Profile ölçeklerin daha nesnel değerlendirmeler için üretildiği görülmektedir. Daha sonraları ise bu ayırım genel amaçlı ve hastalığa özgü ölçekler şeklinde kategorize edilmiştir (Bowling 2005; Coons ve ark. 2000; Orley ve Kuyken July 2 – 3, 1993; Patrick ve Deyo 1989).

Günümüzde sağlığın ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde sağlığın tanımındaki (bedensel, ruhsal, sosyal iyilik hali) anlamı temsil edebilecek geleneksel yöntemler sıklıkla kullanılmaktadır. Bunun nedeni herkes tarafından bilinen ve kabul gören mortalite, morbitide, beklenen yaşam süresi gibi nesnel ölçütler olmaları ve uluslararası karşılaştırmalara olanak tanımlarıdır (WHO 1998). Bununla birlikte klinisyenler ve araştırmacıların ilgili giderek hasta merkezli sonuçlar üzerine odaklanmaya başlamıştır. Özellikle hastalık modelindeki olumsuz işaret ve göstergeler arasında yer alan ağrı, bozulma, huzursuzluk, fonksiyonel işlevlerde ve duygulardaki negatif değişim gibi kavramları içeren yaşam kalitesi giderek ilgi merkezi olmuştur (Bowling 2005; Orley ve Kuyken July 2 – 3, 1993). Bir sonuç göstergesi olarak sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ölçülmesine olan gereksinim artarak devam etmiştir. Bu bağlamda yalnızca yaşanan toplumda değil, aynı zamanda tüm kültürlerde ölçüm yapabilecek araçların geliştirilmeye başlandığı görülmektedir (Skevington ve Tucker 1999).

Genel olarak yaşam kalitesi ölçümü toplumların genel sağlık durumlarının izlenmesi, sağlık bakım politikalarının ve klinik ortamlarda uygulanan girişimlerin etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Şahin 1999).

4.1.2. Yaşam Kalitesi Gereçlerinin Sınıflanması

Yaşam kalitesi hem mutluluk ve memnuniyet ölçümü hem de hedeflenen amaçlara erişilmesinin bir göstergesi olarak tanımlanırken, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kişilerin sağlık durumlarının fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini nasıl etkilediğini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik düzeylerini

göstermektedir (Coons ve ark. 2000; Orley ve Kuyken July 2 – 3, 1993; The WHOQOL Group 1995). Bu bağlamda yaşam kalitesi ölçümünde çok boyutluluğun hakim olduğu bir kavramsal yapıdan bahsedilebilir. Yaşam kalitesinin ölçümünde iki yaklaşım ile üretilmiş araçların kullanıldığı görülmektedir. Bunlar psikometrik temele dayalı ölçüm gereçleri ve fayda yaklaşımına dayalı olarak geliştirilen araçlardır. Doğru ve gerçek bir yaşam kalitesi ölçümü için geçerli ve güvenilir araçlara gereksinim vardır (Dedhiya ve Kong 1995). Fayda ya da tercihe dayalı olarak adlandırılan ölçeklerin genellikle sağlık ekonomisi alanında kullanıldığı görülmektedir. Bu grupta maliyet yarar analizlerinde kullanılabilecek kalite eklenmiş yaşam yılları (QALY) hesaplamaya olanak tanıyan EuroQol 5D ve Health Utility Index (HUI) en iyi bilinenleridir (Dijkers 1999; Eser 2014).

Genel olarak sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeklerinde genel amaçlı ve hastalığa özel ölçekler biçiminde bir sınıflandırma yapıldığı görülmektedir (Dedhiya ve Kong 1995; Eser 2014; Guyatt ve ark. 1989). Bu sınıflandırmada kullanılan genel amaçlı ölçekler tüm durum veya koşullarda, hasta veya sağlıklı popülasyonda belirli bir sınırlamaya tabi olmaksızın kapsayıcı bir şekilde yaşam kalitesinin ölçülmesi için geliştirilmişlerdir. Hastalığa özel ölçekler ise adından da anlaşılacağı üzere belirlenmiş olan hastalığa ait kısıtlayıcı durumların bireyde yaratmış olduğu bedensel, ruhsal ve sosyal bozulmaları ölçmeyi hedeflemektedir. Bu bozulmalar ya da işlev kayıpları ilgili hastalığın yaratmış olduğu sonuçlar ile ilgilidir.

Yaşam kalitesini ölçmede kullanılan araçlar tek bir soru ya da görsel eşdeğerlik ölçeği kullanılarak ölçülebileceği gibi birden fazla sorunun toplam bir puanı hesaplanarak da ölçülebilir. Bunlara indeks ölçüt ya da ölçekler adı verilir. Bununla birlikte yaşam kalitesinin farklı kavramsal boyutlarının birden fazla indeks ölçekler ile de değerlendirildiği ölçümleri de görmek mümkündür. Bunlara profil ölçekler adı verilir ki genellikle bir toplam puanı olmaksızın birden fazla boyutun çok sayıda sorudan oluşan bileşenleri ile ölçümü söz konusudur. İster indeks, ister profil biçiminde ölçüm yapılıyor olsun, yukarıda bahsedilen genel ve hastalığa özel ölçüm sınıflandırması temel alınan sınıflandırma biçimidir (Eser 2014; Fayer ve Machin 2007).

Genel amaçlı ölçekler geniş bir bakış açısıyla işlev kaybı veya bozukluğa ait sonuçları, tüm toplum kesimini (hasta ya da sağlıklı) temsil edecek şekilde ölçmeye çalışır. Ölçülmek istenen özellik kadar boyut barındıran bu ölçekler arasında yaygın olarak bilinen ve kullanılanları Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL), Nottingham Sağlık Profili, MOS-SF-36, SF-12, Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) sayılabilir. Genel amaçlı ölçeklerin belirli yaş ya da nüfus grupları için üretilmiş türde ölçekleri de mevcuttur. Örneğin çocuklara yönelik CHQ, Kidscreen, Disabkid, Pedsqol KINDL; ergenlere yönelik Kidscreen, PedsQoL, Kiddo-KINDL, Life Satisfaction Index for Adolescents ve yaşlılar için WHOQOL-OLD bu grupta sayılabilir. Özel amaçlı ölçekler ise, belirli bir hastalığa, işleve ya da duruma özgü ölçüm gereçleridir. Bu grupta örnek olarak engelliler için WHOQOL-DIS, genel dermatoloji için DLQI, göz hastalıkları için VSQ25 sayılabilir. Ayrıca her durum (örneğin ağrı, yakınma vb.), işlev (örneğin cinsel işlev, uyku vb.) ya da hastalık için (örneğin diyabet, romatoid artrit, epilepsi vb.) kullanılan ölçekler vardır (Eser 2014).

Yaşam kalitesi ile bir klinik duruma ait sonuçların değerlendirilmesi durumu söz konusu olduğunda bir genel amaçlı ölçek yanı sıra ayrıca duruma ya da hastalığa özel ölçeklerin uygulanması önerilir (Eser 2014). Buradaki temel amaç ilgilenilen durumu ya da zaman içerisinde müdahalenin etkisini ayırt edebilmektir. Kullanılacak olan ölçeklerin de bu özellikleri kendisinde barındırıyor olması gerekir (Eser 2014; Staniszewska 1998).

4.2. ENGELLİLİK

4.2.1 Engelliliğin Tanımı

Engellilik için özürlülük veya sakatlık gibi çeşitli tanımlamalar kullanılsa da zaman içerisinde farklı şekiller almış ve bugünkü son halini almıştır. Toplumda farklı tanımlamalar yapılıyor olmasının nedeni her bir bozukluk ya da farklılığın farklı bir isim ile değerlendiriliyor olmasından gelmektedir. Tüm bu eksiklik ya da noksanlıkların bir bileşimi olarak ele alınan engelliliğin aynı zamanda toplumsal açıdan çeşitli engellere maruz kalmasından kaynaklanan bir tarafı da bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü engelliliği “kişiden ya da bir bütün olarak vücuttan beklenen davranışlar, yetenekler ve görevler olarak ifade edilen normal aktivitelerin yerine getirilmesindeki eksiklik ya da sınırlılık” olarak tanımlamaktadır (WHO 1980). DSÖ’nün uluslararası bozukluk, sakatlık ve engellilik sınıflandırması kapsamındaki tanımlamasına göre engellilik “sakatlık sonucu bir insanın normal kabul edilenleri yapabilmesinde ve belli bir tavırdaki beklenen aktivitelerini sergilemesinde gerekli olan performansını gösterme yeteneğindeki yoksunluk ve/veya sınırlılık” olarak belirtilmiştir (Burcu 2011).

4.2.1.1. Mevzuata göre engelliğin tanımı

“5378 sayılı Engelliler Hakkında Kanun” 2013 yılında çıkarılan 6462 sayılı kanun ile değiştirilmiştir. Bu değişiklik ile özürlü ibaresinin kaldırıldığı ve yerine engelli tanımının getirildiği görülmektedir. Yeni kanunun amacı “engellilerin temel hak ve özgürlüklerden faydalanmasını teşvik ve temin ederek ve doğuştan sahip oldukları onura saygıyı güçlendirerek toplumsal hayata diğer bireylerle eşit koşullarda tam ve etkin katılımlarının sağlanması ve engelliliği önleyici tedbirlerin alınması için gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlamaktır” biçiminde belirtilmiştir. Bu kanuna göre engelli: “fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duysal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen bireyi”; engellilik durumu: “bireyin

engelliliğini ve engellilikten kaynaklanan özel gereksinimlerini, uluslararası yöntemleri temel alarak belirleyen derecelendirmeler, sınıflandırmalar ve tanılamaları” ifade etmektedir (Resmi Gazete TBMM 2005).

Kanun açık bir şekilde ayrımcılıkla mücadelede devlete sorumluluk yüklerken, aynı zamanda engelli bireylerin erişim olanaklarını (eğitim, istihdam, rehabilitasyon, kamusal alan) geliştirmeyi hedeflemektedir. Bu bağlamda insan onur ve haysiyetinin dokunulmazlığı ile kendi kararlarını bağımsız bir şekilde alarak yerine getirmeyi, her türlü istismar ve kötü muamele ile ayrımcılığı önlemeyi ve erişimi kolaylaştıracak sosyal politikaları da içerecek bir şekilde düzenlenen kanunun uluslararası sözleşmelere uyumlu bir şekilde düzenlendiği görülmektedir (Resmi Gazete TBMM 2005).

4.2.1.2. Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi’ne göre tanımı

Birleşmiş Milletler Genel Kurulunca 2006 tarihinde kabul edilen engelli hakları sözleşmesi 2008 yılında yürürlüğe girmiştir. Türkiye bu sözleşmeyi 2007 yılında imzalamış olup 3 Aralık 2008 tarihinde 5825 sayılı kanun ile kabul etmiştir. Resmî Gazete’nin 14 Temmuz 2009 tarih ve 27288 sayılı nüshasında yayınlanan bu milletlerarası sözleşmeye göre engelli tanımı şöyledir: “diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri içermektedir” (Resmi Gazete TBMM 14 Temmuz 2009).

Bu sözleşmenin temel amacı ise “engellilerin tüm insan hak ve temel özgürlüklerinden tam ve eşit şekilde yararlanmasını teşvik ve temin etmek ve insanlık onurlarına saygıyı güçlendirmektir.” biçiminde tarif edilmiştir (Resmi Gazete TBMM 14 Temmuz 2009).

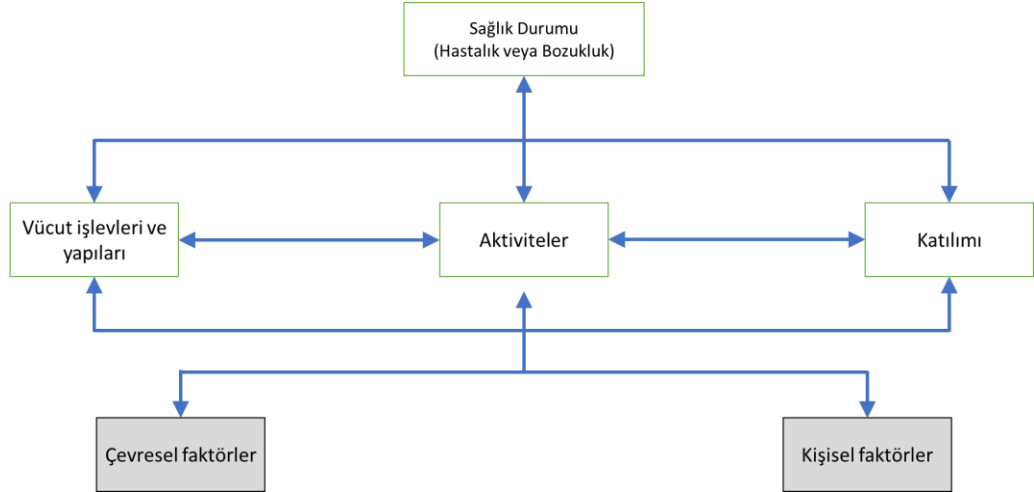
Sözleşmenin esas aldığı temel ilkeler ise fırsat eşitliğinin sağlanması, farklılıklara saygı gösterilmesi erişilebilirlik, engellilerin topluma tam ve etkin katılımı, ayrımcılık yapılmaması, kadın erkek eşitliği ve engelli çocukların gözetilerek kapasitelerinin geliştirilmesi olarak sıralanmaktadır (Resmi Gazete TBMM 14 Temmuz 2009).

4.2.1.3. DSÖ'ne göre engellilik

İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırmasına (ICF) göre engelliliği daha önceki tanımlamalardan daha farklı ele alarak çevresel etmenlerin oluşturduğu engelliliğe atıf yapmaktadır. Bunun için yapmış olduğu sınıflandırmada üç alanı öne çıkarmaktadır. Bunlar yetersizlik, aktivite sınırlılığı ve katılım kısıtlılığıdır. Yetersizlikten kasıt bedenin yerine getirmiş olduğu çeşitli işlevlerinde ya da beden yapısında oluşan değişimleri ifade eder. Örneğin kişinin felç olması, görme yetisini yitirmesi buna örnek olarak verilebilir. Aktivite sınırlılığı istenilen aktivitenin yerine getirilmesindeki güçluktur. Örneğin kişinin yemek yemesi ya da yürümesinde meydana gelen kısıtlılıklar bu kapsamdadır. Son olarak katılım kısıtlaması ise bireyin yaşamında katılmak isteği alandan alıkoyan ya da katılmasını zorlaştıran her türlü sorunlar bu kapsamdadır. Örneğin kişinin istihdamdan uzak kalması ya da işyerinde ayrımcılığa uğraması, yaşam alanlarına erişimini engelleyecek düzenlemelerin yapılmaması neticesinden ulaşımın engellenmesi sayılabilir. Tüm bu temel anlatımlar ışığında engellilik “bu işlev alanlarının birinde veya tümünde yaşanan güçlüklerdir”(DSÖ 2011).

Engelliliğin uluslararası sınıflandırılmasında nötr bir dil hakimdir. Bu nedenle kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığı arasında bir ayrım yapılmaksızın sağlık durumu irdelenir. Sağlık durumundan kasıt ise hastalık, yaralanma ve bozukluktur. Yetersizlik ise bedenin işlevlerinde ve yapılarında spesifik bir azalmanın oluşmasıdır. Bozukluk genel olarak bir sağlık sorununun semptomu veya işaretidir. Bu noktada engellilik “sağlık durumları ile çevresel ve kişisel faktörler arasındaki etkileşimden doğar”(DSÖ 2011).

Bir şema üzerinde göstermek gerekirse:



Şekil 2. İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması

kaynak: (DSÖ 2011)

4.2.1.4. Türk Dil Kurumuna göre engelli tanımı

Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlüğe göre engelli “Vücudunda eksik veya kusuru olan, özürlü” olarak tanımlanmıştır. Engellilik ise “Engelli olma durumu” olarak nitelendirilmiştir(TDK 2011). Kelime anlamı itibariyle bedensel bir eksiklik ve kusura atıf yapılan tanımlama henüz güncel ve sosyolojik değişimi yansıtan özellikte değildir. Kişilerin engellenmişliğinden ziyade bir eksiklik ya da kusura atıf yapmaktadır. Bu tanımlamanın zaman içerisinde günümüz yaklaşımlarına uygun bir şekle dönüşeceği düşünülmektedir.

4.2.2. Engelli grupları

Engelliliğin nedenleri incelendiğinde birçok başlık altında ele almak mümkündür. Bunlar doğum öncesi, doğum sırası ve sonrasında meydana gelen travma ve yaralanmalar, kazalar, doğal afetler ve savaşlar, bulaşıcı hastalıklar, zihinsel sorunlar, beslenme bozuklukları, yaşlılık ve kronik hastalıklar bunlar arasında sayılabilir (Baykan 2000; Murat 2009).

Engelliliğin sayılan pek çok nedeni sonrasında kişinin bedeninde, zihninde, duyularında ya da işlevlerinde çeşitli sorunlar biçiminde oluşabilir. İster kalıtsal, isterse sonradan gelişmiş olsun bu sorunların sonuç bulduğu engelli gruplarını bir çok şekilde sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflamalardaki başlıkları şu şekilde sıralamak

mümkündür: Bedensel engelliler, ortopedik engelliler, zihinsel engelliler, omurilik felçlileri, görme engelliler, işitme engelliler, dil ve konuşma engelliler, otizm spektrum bozukluğu olanlar, spastik engelliler, süregen hastalığı olanlar (DİE 2002; Öztürk 2013).

Engelliliğe daha geleneksel ve tıbbi bir bakış açısıyla ele alındığında duyuşal engelliler; göremeyenler, işitemeyenler, konuşamayanlar, zihinsel ve serebral engelliler, spastikler, zeka gerilikleri, nörolojik sorunlular, fiziksel engelliler, vücut bozuklukları, kronik hastalıklılar şeklinde sınıflamalar oluşturulabilir (Yazan 1996).

Daha yaygın ve kabul gören sınıflandırma biçimi İşlevsellik, Yeti yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması'nda (ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health) yer almakta yer alan yaklaşımdır. ICF engelliliğin sınıflandırmasına daha sistematik bir yaklaşım getirmektedir. DSÖ tarafından geliştirilen ve sağlığın pek çok alanında kullanılan bir sınıflandırma biçimi olan ICF tanı, işlevsellik, yeti yitimi hizmet kullanımı gibi alanlarda geniş bilgi sağlar. Ayrıca pek çok disiplin arasında ortak bir dil oluşturur.

ICF, insanın işlevselliği ve kısıtlılıklarını tanımlamayı sağlar. İki bölümden oluşan genel sınıflandırmada birinci bölüm işlevler ve yeti yitimini, ikinci bölüm bağlamsal etmenleri oluşturur. İşlevler ve yeti yitimi bölümünde bedenin bileşenleri ile yapılarından oluşur ve sistemlere göre düzenlenmiştir. Etkinlikler ve katılım ise bireye ya da topluma ait etkinliklerde yer almayı ifade eden işlevselliklerdir. Bağlamsal etmenler ise bireyin en yakınından başlayarak genel çevresine doğru genişleyen bir sıralama içerisindeki işlevselliklerin içerir.

ICF'de sınıflandırma her zaman sağlık ve sağlıkla ilgili durumları ele alarak yapılır. Bireylerin sınıflandırılması söz konusu olmayan her bir kişinin içinde bulunduğu sağlık durumu ve alanlardaki konumu tanımlanır. Ayrıca yapılan tanımlamada kişinin içinde bulunduğu çevresel ve kişisel etmenler göz önünde bulundurulur (DSÖ 2004).

Tüm bu açıklamalar ışığında ICF'nin genel bakış açısı şematize edilecek olursa:

	1. Bölüm: İşlevler ve Yetiyitimi		2. Bölüm: Bağlamsal Etmenler	
Bileşenler	Vücut İşlevleri ve Yapıları	Etkinlikler ve Katılım	Çevresel Etmenler	Kişisel Etmenler
Alanlar	Vücut işlevleri Vücut yapıları	Yaşam alanları (görevler, eylemler)	İşlevler ve yetiyitimi üzerinde dışsal etkiler	İşlevler ve yetiyitimi üzerinde içsel etkiler
Yapılar	Vücut işlevlerinde değişiklik (fizyolojik) Vücut yapılarında değişiklik (anatomik)	Kapasite Standart bir çevrede görevlerin yerine getirilmesi Performans Mevcut çevrede görevlerin yerine getirilmesi	Fiziksel, sosyal ya da düşünsel dünya özelliklerinin kolaylaştırıcı veya engelleyici etkileri	Kişinin kendi özelliklerinin etkileri
Pozitif terimleme	İşlevsel ve yapısal bütünlük	Etkinlikler Katılım	Kolaylaştırıcılar	uygulanamaz
	İşlevsellik			
Negatif termleme	İşlev veya yapı bozukluğu	Etkinlik sınırlılığı Katılım kısıtlılığı	Sınırlar/engeller	uygulanamaz
	Yetiyitimi			

Şekil 3. ICF'nin genel bakış açısı

Kaynak: (DSÖ 2004)

4.2.3. Engelliliği Anlamak- Engellilik Modelleri

Engelliliği anlamak için insanların engelliği nasıl değerlendirdiğine bakmak gerekir. Tarihsel süreç içerisinde hem engelliliğe neden olan faktörler hem de sonuçları bağlamında ele alındığı görülmekle birlikte aynı zamanda toplumsal bağlamda üretim biçimleri ve toplumsal yapı ile de doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda engellilik literatüründe engellilik yaygın bir şekilde dört ana model ile ele alınıp anlaşılmaya çalışılmıştır. Bunlar:

- 1) Geleneksel ya da Ahlaki Model
- 2) Medikal Model
- 3) Sosyal Model
- 4) İnsan Hakları Yaklaşımı (Okur ve Erbil Erdugan 2010).

Geleneksel ya da Ahlaki Model olarak bilinen en eski yaklaşım biçimi engelli bireyi suçlu kabul eden yaklaşımdır. Bu yaklaşımın temelinde Tanrı'nın cezalandırması nedeniyle bireyin engelli olarak doğduğu ya da bu konuma geldiğine hükmedilir. Diğer bir deyiş ile Tanrı kişiye işlemiş olduğu suçlar nedeniyle böyle bir ceza vermiş ya da anne-babasının suçlarının bir ürünü olarak dünyaya gelmiştir. Bu söylemin ahlaki ve dini bir yanı vardır.

Medikal model olarak adlandırılan ve en çok atıf alan yaklaşımda engellilik bir patolojik olgu olarak değerlendirilir. Bu yaklaşımın temelinde engellilik iyileştirilmesi gereken bir hastalıktır. Yani bireyin biyolojik ve fizyolojik özelliklerine odaklanılmalı, tedavi ve rehabilite edilmelidir. Engelliye sağlanan tıbbi sağaltım ve destek ile oluşan olumsuzluklar giderilmeye çalışılır. Kişinin normal olarak adlandırılan sınıfa döndürülmesi ya da en yakın hale getirilmesi amaçlanır. Bu bağlamda engelli bireye hasta rolü atfedilir ve bu çerçevede yardıma ihtiyaç duyan biri olarak görülür (Winter 2003). Engellilere sunulan hasta rolü onlar için ayrıca kazanımlar da sağlamıştır. Bunların başında tanı, tedavi ve bakım ile rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma olanağı sayılabilir. Bu hizmetlerin bir hak olarak engellilere sunulması ise hem kendileri hem de yakınları için yaşam kalitelerinin gelişimi anlamına gelmektedir (Arıkan 2002).

Engellilikte medikal modele alternatif olarak geliştirilen sosyal modelde bireyin eksiklik ya da yoksunluğunun temel sebebi toplumsal engeller olarak tanımlanmıştır. Burada kişinin bedensel, ruhsal ya da sosyal işlevselliğindeki engelliliğin toplum tarafından çıkarılan engeller vasıtasıyla meydana geldiği belirtilmektedir. Bu engellerin ortadan kaldırılmasıyla birey toplumsal, kültürel, ekonomik yaşamın içerisinde yer alabilecektir. Sosyal model ile engellilik toplumsal normların yeniden inşa edilmesine neden olmuştur (Okur ve Erbil Erdugan 2010). Bu modelin en önemli tarihsel gelişim aşaması ikinci dünya savaşından sonra gelişen vatandaşlık haklarından

kaynaklanan bir hareket gelişimidir. Bu gelişim ile birlikte engelli insanların da diğer tüm bireyler gibi vatandaşlıktan doğan haklara sahip olduğu düşüncesinin hâkim olmaya başlamasıdır. Bu bağlamda yasal olarak düzenleme altına alınan pek çok hakkın fiili olarak uygulanabilirliği yetirince olamamıştır. Bu hakların ihlaline karşı batıda gelişen özrürlülük hakları hareketi yoluyla engelli bireylerin siyasal, sosyal, kültürel, ekonomik hakları ve sağlık, eğitim gibi fırsatlara erişimi için çaba sarf edilmiştir (Arıkan 2002).

Engellilik kavramını yalnızca yetersiz ve eksik çevresel koşulların düzeltilmesi ile ele alan sosyal modelde temel argüman bireyin toplumsal yaşama dahil olması için yapılacak çevresel düzenlemelere odaklandığını göstermektedir. Hatta toplumsal yaşama engelli bireyin daha fazla dahil edilebilmesi için teknolojik yeniliklerden yararlanmayı da önceleyen dar bir bakış açısı gelişmesine neden olmuştur. Engelli kişileri çözümün ortağı yapmayan ve onlar adına karar vermeye çalışan bu yaklaşımın özellikle engellilikte toplumsal bakışı yeniden düzenleyerek sosyal içermeyi kapsayacak bir yapıya getirmesi önemlidir (Köten ve Erdoğan 2014).

Sosyal modelde engelliliğin bedene ait olan anomali tarafı göz ardı edilir ve yalnızca toplumsal hayata katılım noktasındaki engeller önemsenir. Bu nedenle beden ve toplum ayrıştırılmış olur. Engellilik kavramının insan bedeninden ayrılarak yalnızca sosyal yaşama katılmayı engelleyen durumlar biçiminden ele alınması sosyal modelin en önemli eleştirilen taraflarındandır. Engellilik ne bedenden ne de toplumdan ayrı düşünülemez. Sosyal modelin yapması gereken iki bakış açısından da dengeli bir şekilde yararlanmaktır (Meşe 2014).

Sosyal modelin ortaya çıkışında artan sosyal haklar ve sosyal devlet anlayışının da etkisi vardır. Dünyadaki siyasi konjonktür ve toplumsal yapının değişen özellikleri sosyal modelin de besleyicisi olmuştur. Özellikle işçi hakları mücadelesi bu bağlamda destekleyen unsurlar arasında sayılabilir (Kızılaslan ve ark. 2016).

Sosyal modele göre engellilik toplumun bireye uyguladığı etiketleme, baskı ve dışlama neticesinde ortaya çıkan bir durumdur. İnsan hakları yaklaşımı bütün vatandaşların eşit ve adil bir şekilde evrensel kabul görmüş haklardan yararlanması ilkesi üzerinedir. Medikal ve sosyal modelin yaklaşımlarını birleştiren, bireyin tek ve biricikliğine temel noktası olarak kabul eden biyo-psiko-sosyal model bakış açısı da

alan yazında yerini almıştır. Bu modele göre her bir engel türü bile birbirinden farklı sorun ve gereksinimleri içerisinde barındırmaktadır. Temel dayanağı eşitliği savunan bir insan hakları yaklaşımıdır (Sart ve ark. 2016).

İnsan hakları modeli sosyal model ile birlikte inceleyen yazarlar olduğu gibi ondan ayrı bir şekilde ele alanlarda bulunmaktadır. Her iki modelde benzer fikir ve düşünce kalıpları üzerine inşa edilmiştir ve birbirini tamamlar niteliktedir (Kolat 2010).

Toplumsal yaşamda “çoğunluktan farklı olma” durumu önemli bir sorun haline gelmektedir. İnsan hakları yaklaşımına göre her insan doğuştan gelen temel haklara sahiptir. Buna karşın kadın olmak, farklı ırktan olmak, başka dili konuşmak, engelli olmak gibi azınlıkta olmadan kaynaklanan olumsuzluklar insan hakları ihlallerini meydana getirmektedir (Erdugan 2010).

Küreselleşmenin hızla arttığı 1980’li yıllardan itibaren toplumda sosyal hakların savunuculuğunda gerilemeler görülmeye başlanmıştır. Toplumsal hareket etme kabiliyetindeki bu zayıflama yerini daha bireysel bir bakış açısı olarak değerlendirilen insan hakları yaklaşımı ile doldurmaya başladığı yönünde eleştirileri de beraberinde getirmektedir. Bu yaklaşıma göre her insanın hakkı olduğu gibi engellinin de eğitim, çalışma, sağlık gibi haklara erişmesinde insan olmasından kaynaklanan haklarını kullanma özgürlüğü vardır. Bunun için de devletten bazı yasal düzenleme ve etkinliklerde bulunmayı istemesi engellilerin temel hakkıdır (Okur ve Erbil Erdugan 2010). Birçok ülkede medikal modelden sosyal modele evrilmiş bir politik yaklaşımın benimsendiği görülmektedir. Buradan da hareketle ülkelerin gelişmişliklerine bağlı olarak sosyal politikalarının boyutları giderek insan hakları çerçevesini de kazanmaya başladığını göstermektedir (Orhan 2013).

4.2.4. Türkiye’de Engelli Haklarının Gelişimi

Türkiye’de engelli haklarına ilişkin gelişimin batıdakinden farklı bir seyir izlediğini görmek mümkündür. Özellikle engelli hareketi gelişimi 1980’li yıllara kadar uzanmaktadır. Bu yıllarda hızlanan hareket kamunun bu alanda uluslararası düzenlemeleri iç mevzuata aktarmaya başlaması, Avrupa birliğine üyelik sürecinin hızlanması ve sivil toplum kuruluşlarının hızla kurularak gelişmeye başlaması ile

artmıştır. Türkiye Cumhuriyetinin ilk yıllarında Cenevre Sözleşmesi ve ilk kez özürlü kavramının sağlık alanı dışında eğitimde de ele alınması ile engellilere yönelik hakların ortaya konulduğu görülmektedir. Keza altı nokta körler derneğinin kurulması ve peşi sıra sivil toplumun hızla örgütlenmesi yakın döneme denk gelmektedir. 1960'lı yıllarda özürülülerin üretkenliğini arttırmak için ilk kez özel eğitim yönetmeliği çıkarılmış, ve 1965'te Ankara Üniversitesinde “Özel Eğitim Bölümü” açılmıştır. 1970'li yıllarda özürülülerin çalışma yaşamına katılımının arttırılması için kapasitelerinin geliştirilmesine yönelik politikalar geliştirilmiş, 1475 sayılı İş Kanunu'nda yeni bir düzenleme yapılarak iş yerinde engelli çalıştırma kotası yüzde iki olarak belirlenmiştir. 1976 yılında işsiz engelli ve yaşlılara gelir bağlanması ile ilgili düzenleme yapılmıştır. 1983 yılında sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu kanunu ile ilk kez özürülülük tanımı yapılmıştır. Peşi sıra 1990'lı yıllarda özürülüler şurası ve başbakanlığa bağlı özürülüler idaresinin kurulmuştur. 2000'li yıllar Avrupa birliği mevzuatına uyum süreci ile engelliliğe ilişkin politikaların hızla geliştiği görülmektedir (Burcu 2006; Kara 2016).

1982 Anayasası'nın 10.maddesi “Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetmeksizin kanun önünde eşittir” ifadesine yer verilmiştir. Bu maddeye dayalı olarak engellilikten dolayı bireylerin ayrımcılığa maruz kalmayacakları anayasal güvence altına alınmıştır (Özgökçeler ve Alper 2010).

Engellilik ile ilgili kamuda yapılan düzenleme ve örgütlenmelerin temelinde 1961 ve 1982 anayasası yer almakta ve sosyal devlet ilkesi çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. İlk başlarda 225 sayılı Kanun ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı yapısında oluşturulan Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü 1963 yılında oluşturulmuş, daha sonra 1983 yılında 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü tarafından engelliliğe yönelik hizmetler yürütülmüştür. Merkez ve taşrada yürütülen engelli hizmetleri SHÇEK tarafından yürütülmüş, 1997 yılında çıkarılan 571 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile Başbakanlığa bağlı, merkez teşkilatında oluşan Özürülüler İdaresi Başkanlığı yapılandırılmıştır. SHÇEK ve Özürülüler İdaresi Başkanlığı 2011 yılında 633 sayılı KHK ile kapatılmış, yerine “Aile ve Sosyal Politikalar Başkanlığı”nın (ASPB) içerisinde “Engelli ve Yaşlı hizmetleri Genel Müdürlüğü” oluşturulmuştur (Resmi

Gazete Çetin 2011; TBMM 2005). Halen Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı adı altında hizmetlerini sürdürmektedir.

Ülkemizde geniş çaplı bir şekilde engellilerin ele alındığı yasal düzenleme 2005 yılında çıkartılan “Engelliler Kanunu” dur. Bu kanun uluslararası alandaki gelişmeleri de dikkate alarak engellilere yönelik sosyal politikalar güncellenmekte olup, ayrımcılıkla etkin mücadele yasal koruma altına alınmıştır. Türkiye’nin de kabul edip onayladığı uluslararası düzenleme olan BM Engelli Kişiler Hakkında kanun ülkemizin uluslararası düzeyde engellilik ile ilgili sosyal politikaları geliştirmesine önemli bir kaynak oluşturmaktadır (Resmi Gazete TBMM 2008; Yılmaz 2015).

Anayasanın 10. Maddesine eklenen düzenleme ile dezavantajlı gruplara yönelik pozitif ayrımcılığın eşitlik ilkesine aykırı olmayacağı hükmü eklenmiştir. Pozitif ayrımcılık diğer vatandaşlar ile eşit hak ve özgürlüklerden yararlanarak yaşamını devam ettiremediği düşünülen dezavantajlı bireylerin yasal olarak desteklenerek haklardan daha fazla yararlanmasına olanak sağlanmasıdır. Anayasaya eklenen ek hükümde “Çocuklar, yaşlılar, özürlüler, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz” şeklindeki pozitif ayrımcılık ilkesi engellilerin her türlü haktan daha fazla oranda yararlanmasını olanak tanımaktadır. Bu durum anayasanın eşitlik ilkesine aykırı olarak görülemez şeklinde belirtilmiştir. Örneğin engellilere sağlanan emeklilik, sosyal güvenlik, maluliyet, vergi avantajları sayılabilir. Böylece engellilerin haklar bağlamında anayasal düzeyde güvence altına alındığı görülmektedir (Demirdizen 2014; TBMM 1982). Yapılan tüm düzenlemelere rağmen halen ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde engelli hakları konusunda sorun alanları bulunmaktadır. Bununla birlikte gerek eğitim ve rehabilitasyon gerekse engelli hakları ve özgürlükler konusunda önemli mesafe kat edilmiştir (İçağasıoğlu Çoban 2003).

Batılı ülkelere göre daha geç bir gelişim gösteren engelli hareketinin ülkemizdeki seyri kültürel ögeler ve toplumsal inanışlar ile şekillenmiştir. Bu noktada himayeci ve koruyucu bir davranış kalıbı içerisinde engellilere yaklaşıldığı, koruyucu ve bakıcı ailelerin desteği öne çıktığı görülmektedir (Orhan 2013). Sosyal devlet olmanın yeter şartlarından olan; engelli bireylerin eğitimi, bakımı ve rehabilitasyonu, ulaşım ve erişebilirliği, sosyal yaşama tam ve aktif katılımının sağlanması önemlidir. Bu

bağlamda özellikle bedensel ve zihinsel engellilerin bakım hizmetlerine olan ihtiyacı ve bakım gereksinimi, bu konuda profesyonel desteğin varlığı ve yetirince sağlanması ve engellilerin tüm bu olanaklardan haberdar olması ve yararlandırılması önemli bir sosyal devlet anlayışının yansıması olarak değerlendirilebilir. Profesyonel anlamda sunulacak olan bu bakım hizmetleri gerek tıbbi gerekse sosyal bakım özelliklerini içerecek şekilde yapılandırılmalıdır.

4.2.5. Dünya’da ve Türkiye’de Engelli Profili

Her yıl artan bir engellilik sayısı ile dünya karşı karşıya kalmaktadır. Dünyada engelli birey nüfusu Birleşmiş Milletlere göre yaklaşık olarak %10-12 civarındadır. Bu oran kalkınmış ülkelerde %10, kalkınmakta olan ülkelerde ise %12 olarak öngörülmektedir (Oran 2011). Bugün için hesaplanan dünya engelli sayısının yaklaşık 1 milyar olduğu tahmin edilmektedir. Bu sayının 200 milyonu oldukça zor koşullar altındadır. Ortalama ömrü 70 yıl olan ülkede bir kişinin yaklaşık olarak 11 yılını engellilik altında geçireceği tahmin edilmektedir (Bredemeier ve ark. 2014). 2010 yılı tahminine göre dünyadaki nüfusun yaklaşık olarak %15’nin engelli olduğu düşünülmektedir. Bu oranın 1970’li yıllarda %10 civarında olduğu belirtilmektedir. Dünya Sağlık Araştırmasında %15,6 (785 milyon kişi) olarak belirtilen engelli nüfusunun Küresel Hastalık Yüğü çalışmasında %19,2 (975 milyon) olduğu belirtilmektedir. Dünya nüfusunun yaklaşık %2,2’sinin (110 milyon kişi) çok ağır işlevsel kayıpla yaşadığı belirtilirken küresel hastalık yüğü çalışmasında bu oran %3,8 (190 milyon kişi) olarak öngörülmüştür (DSÖ 2011).

Türkiye için Devlet İstatistik Enstitüsü’nün (DİE) 2002 yılı Türkiye Özürlüler Araştırmasına göre engelli nüfusun toplam içerisindeki payı %12,29’dur. Görme, işitme, konuşma, ortopedik ve zihinsel engelli oranı %2,58 iken süregelen hastalık grubu %9,70’dir. Yaş gruplarına göre incelendiğinde ise engellilik oranının ileri yaşlarda ve süregelen hastalığı olanlarda daha fazladır. Görme, işitme, dil, konuşma, ortopedik ve zihinsel engelli nüfusunun erkeklerde, kırsal alanda ve Marmara bölgesinde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (DİE 2002).

OECD ülkelerinde engellilik oranı, düşük eğitim düzeyindeki bireyler arasında daha yüksektir. Buna göre düşük eğitimliler arasında bu oran %19 iken, yüksek eğitimliler arasında %11’dir. Engelli kadın nüfusu, engelli erkek nüfusundan daha

yüksektir. UNESCO verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde eğitime devam edenlerin oranı oldukça düşük olup, %90'ının eğitim hizmetlerinin dışında kalmaktadır. Yüksek öğrenim görenlerin oranı artmakla birlikte kendileri ile ilgili alanda temsil oranları oldukça yetersizdir (Aysen ve ark. 2014). Türkiye'de ise 2002 yılı araştırmasına göre ortopedik, görme, işitme, dil-konuşma ve zihinsel engellilerde okuma-yazma bilmeyenlerin oranı %36,33 iken, kronik hastalığı olanlarda %24,81'dir. Kırsal alanda ortopedik, görme, işitme, dil-konuşma ve zihinsel engellilerde okuma-yazma bilmeyenlerin oranı %43,44, kentsel alanda %29,58; kadınlarda %48,01, erkeklerde %28,14; Marmara bölgesinde %26,62, Güneydoğu Anadolu bölgesinde %52,53'tür (DİE 2002). TÜİK 2011 Nüfus ve Konut Araştırmasında ise en az bir engeli olan birey sayısı %6,9 iken, bu oran erkeklerde %5,9 ve kadınlarda %7,9'dur. Artan yaş ile birlikte engellilik oranı da artmaktadır. Okuma-yazma bilmeyenlerin oranı engelliler arasında %23,3 olup, erkeklerde 10,9, kadınlarda 32,4'tür. Engelliler arasında işgücüne katılım oranı %22,1, istihdam oranı %20,1 ve işsizlik oranı %8,8'dir (TÜİK 2011).

1998 yılında Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın yapmış olduğu araştırmada dünyada yetişkin engellilerin okuryazar oranı sadece %3, kadınlarda ise %1'dir. Uluslararası Çalışma Örgütüne göre istihdam edilebilir yaşta olan kişilerin 386 milyonu engelli olup, engelliler arasında işsizlik oranı bazı bölgelerde %80'e yaklaşmaktadır. Savaşlarda meydana gelen yaralanmalarda engellilik oranı da oldukça yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ise engelliliğe yol açan etmenlerin %25'i yaralanmalardan ve şiddet sonucu oluşmaktadır (Ayan ve ark. 2014).

4.3. SOSYAL HİZMET

Sosyal hizmet insanları özgürleştirme ve güçlendirmeye yardımcı olan, bireyler arasındaki sorun alanlarını belirleyen ve değişimi destekleyen bir meslektir. Sosyal hizmet mesleği çeşitli müdahale yöntemleri ve yaklaşımlarını kullanarak bireylerin işlevselliğini geliştirir. İnsan hakları ve sosyal adalet çerçevesinde hizmet görür (Hare 2004). Yalın bir tanımlamayla sosyal hizmet insanlara sosyal çevrelerinde yardımcı

olmadır (Sheafor ve Horejsi 2012). Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu sosyal hizmetin insan hakları mesleği olduğunu açıklamıştır (Tufan ve ark. 2009). IASSW ve IFSW'nin 2014 yılındaki genel toplantısına göre ise sosyal hizmet, “sosyal değişimi ve gelişimi, sosyal bütünleşmeyi, insanların güçlendirilmesini ve özgürleşmelerini destekleyen uygulama temelli bir meslek ve akademik disiplindir. Sosyal hizmet, sosyal adalet, insan hakları, ortak sorumluluk ve farklılıklara saygı ilkelerini merkeze alır. Sosyal hizmet teorileri, beşeri bilimler, sosyal bilimler ve yerel bilgi ile desteklenen sosyal hizmet, yaşam zorluklarıyla mücadele etmek ve iyilik halini geliştirmek için insanlarla ve yapılarla çalışır. Sosyal hizmetin bu tanımı ulusal ve/veya bölgesel düzeylerde geliştirilebilir.” (Yiğit 2017) (https://www.ifsw.org/tr*, Erişim tarihi: 01 Haziran 2019).

Sosyal hizmet bir insan hakları mesleğidir. Toplumda özel gereksinimleri olan müracaatçıların yaşadıkları güçlükler ile baş etmelerini yardımcı olan, toplumun kaynaklarını müracaatçının ihtiyaçları ile birleştirilmesine katkı sağlayan, insan değer ve onuruna yakışır bir yaşama kavuşmalarını sağlayan bir mesleki disiplindir. Sosyal hizmeti diğer yardım meslek ve disiplinlerinden ayıran en önemli özelliği müracaatçıyı konunun nesnesi olmaktan çıkararak öznesi olmasını sağlaması ve insan hakları temelinde yaklaşmasıdır. Sosyal hizmet bu bağlamda müracaatçısının sahip olduğu haklardan azami şekilde yararlanabilmesi için savunuculuk görevini üstlenir. Kendine has bilgi, beceri ve değer temeline dayalı olarak müracaatçısının kapasitesini geliştirmeyi hedefler (Çoban 2017).

Sosyal Hizmet bireyi çevresi içerisinde bir bütün olarak ele alır. Bireyin güçlendirilmesi, savunuculuk, ekosistem yaklaşımları ile baş etme kapasitesinin geliştirilmesini destekler. Sosyal hizmet bireyin kendi kaderini tayin hakkını gözeterek yaşadığı toplumun inançları, değerleri ve kültürel özelliklerini de göz önüne alarak insan değer ve onuruna yakışır bir müdahale uygular (Tufan ve ark. 2009).

* <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

4.3.1. Sosyal Hizmetin Tarihi Gelişimi

Sosyal hizmet mesleğinin başlangıcı 1800’lü yılların sonlarına denk gelmektedir. Yoksulluk sorunu 1800’lü yıllarda bazı meslek öncüleri tarafından fark edilmiş ve ilgilenilen bir grup olmuştur. Geneli itibariyle yardıma muhtaç kişilerin ortak noktaları ise yoksul olmalarıdır. Yoksulluğun dışında hastalık yaşlılık, çocuk, engellilik gibi dezavantajlı gruplarda ilgi alanına girmiştir. Yoksulların barınma, eğitim, sağlık gibi gereksinim duyduğu hizmetlerin sağlanması mesleğin gelişmesinde önemlidir. Sosyal hizmet ilk başlarda yoksulluğun azaltılması için ortaya çıkmış gibi görünse de gelişimi sosyal, ekonomik ve tarihsel koşullardan etkilenmiştir. Ayrıca yoksulluğun dışında hastalık, yaşlılık, çocuk, engellilik gibi dezavantajlı gruplarda zaman içerisinde ilgi alanına girmiştir (Koşar 2000).

Sosyal refahın sağlanmasında sosyal hizmet mesleğinin önemli bir yeri vardır. Sosyal refah alanındaki ilk düzenlemenin 1601 yılında İngiltere’de Kraliçe 1.Elizabeth döneminde çıkarılan “Yoksullar Yasası”dır (Kongar 1972). Daha sonraları İngiltere’de sanayi devriminin 18 ve 19. yüzyıllarda gelişmesi, artan şehir nüfusu ve sosyal dokunun değişmesi önemli bir gelişim noktasıdır. Avrupa’da yaşanan savaş, isyan, ekonomik sorunlar ve kentleşen yoksullar sosyal hizmet mesleğinin oluşmasına zemin hazırlamıştır (Türkmen 1987). Aynı dönemlerde Almanya’da ilk kez sosyal güvenliğe ilişkin uygulamaların hayata geçirildiği de görülmektedir. Özellikle yerel yönetimlere yardım vazifesinin verildiği görülmektedir.

Sosyal hizmetin bir meslek olarak ortaya çıkmasından en önemli öğelerden birisi dini inanışlardır. Özellikle dini kurumların sağladığı hizmetlerde profesyonellere duyulan ihtiyaç önemlidir. Bu ihtiyaca binaen ilk girişimin Londra’da 1873 yılında hayırsever dernekler için verilen konferanslardır. Daha sonra 1898’de New York yaz okulu eğitimi başlamıştır. 1899’da ise ilk kez Amsterdam’da sosyal hizmet eğitimi veren okul açılmıştır (Kut 1988). Daha sonraki yıllarda ise İsviçre, İngiltere ve Almanya gibi ülkelerde sosyal hizmet okulları açılmıştır (Türkmen 1987).

Ülkemizdeki ilk sosyal hizmetin oluşumu Osmanlı İmparatorluğu dönemine dayanmaktadır. Osmanlı İmparatorluğunda yoksullara, kimsesizlere ve engellilere vakıflar aracılığıyla sosyal yardımlar yapılmaya başlanmıştır. 1893’de dilencililiği önlemek için çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Kimsesizler engellilerin bakımının

sağlanması için İstanbul’da “Darülaceze” kurulmuştur. Korunmaya muhtaç çocuklar için Islahhaneler açılmış, Meşrutiyet döneminde “Daruleytam” kurumları kurulmuştur. Kurtuluş savaşı döneminde Atatürk’ün isteği üzerine 1921 yılında “Himaye’i Eftal Cemiyeti” kurulmuştur. Bu cemiyet, Kurtuluş Savaşı yıllarında bakıma muhtaç çocukların ve şehit çocuklarının bakımını sağlamıştır. Himaye’i Eftal Cemiyeti’nin adı 1935 yılında “Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu” na dönüştürülmüştür. Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından bakım evleri, çocuk yuvaları gibi kuruluşlar açılarak toplumun ihtiyaçlarına yönelik çeşitli hizmetler sunulmuştur. Korunmaya muhtaç çocuklar ile ilgili kanun 1957 yılında yeniden düzenlenerek illerde “Korunmaya Muhtaç Çocukları Koruma Birlikleri” şeklinde çalışmalar yürütmüştür. 1963 yılında da Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü 225 sayılı kanunla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı altında kurulmuştur. 1983’de ise 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu’nun çıkarılmıştır. 1991’de Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü Başbakanlığa bağlı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü olarak yeniden yapılandırılmıştır (Duyan ve ark. 2008).

Türkiye’de sosyal hizmet eğitimine kaynaklık oluşturan ilk kuruluş Sosyal Hizmetler Enstitüsüdür. 1959 yılında 7355 sayılı kanunla alanda araştırma yapmak üzere kurulan Sosyal Hizmet Enstitüsü’ne bağlı olarak 1961’de 7355 sayılı Sosyal Hizmetler Enstitüsü Kuruluşuna Dair kanun kapsamında Sosyal Hizmetler Akademisi açılmıştır. İlk mezunlarını 1965 yılında veren okula ile 1963 yılında bakanlık bünyesinde Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü’nde oluşturulduğu görülmektedir. 1967 yılında ise Hacettepe Üniversitesi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi kapsamında Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bölümü kurulmuştur. Daha sonra 1982 yılında ise Sosyal Hizmetler Akademisi Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bölümü ile birleşerek Sosyal Hizmetler Yüksekokulu olarak Hacettepe Üniversitesi bünyesine girmiştir. 2006 yılında da Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü adını almıştır (Şahin Taşgın ve Özel 2011; Yiğit 2017).

Daha sonraki Dönemde Sosyal Hizmetlerin 2011’de 633 sayılı KHK ile kurulan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı altında yer aldığı görülmektedir. Aynı bakanlık 2018 yılında çıkarılan 703 sayılı KHK ile Çalışma, Sosyal Hizmetler ve Aile Bakanlığı adını almıştır (TBMM 2018).

4.3.2. Sosyal Hizmet Uygulama Alanları

Sosyal Hizmetler geniş bir çalışma ve uygulama alanına sahip disiplindir. İnsanın olduğu her noktada onlara yardımcı olmak, refahını sağlamak adına yer alır. Özellikle dezavantajlı gruplar başta olmak üzere pek çok birey ve grupla çalışmalar yürütür. Müracaatçıların üstün yararı için toplumsal kaynaklar ile buluşturur. Bu bağlamda sosyal hizmetin uygulama alanları çok çeşitlidir. Bu alanlardan bazıları şunlardır:

- Çocuk refahı
- Gençlik refahı
- Yaşlılık refahı
- Aile refahı
- Engellilik refahı
- Adli sosyal hizmet
- Toplum kalkınması
- Okul sosyal hizmeti
- Yerel yönetimler ve sivil toplum örgütleri
- Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet

4.3.3. Engellilikte Sosyal Hizmet Yaklaşımı

4.3.3.1. Engelli Sorunları

Klasik sosyal vatandaş kavramının toplumsal yaşamdaki değişimlerle birlikte değişime uğraması ile Avrupa Birliği ve çeşitli uluslararası örgütlerde birçok kurum ve kuruluş dezavantajlı bireylere yönelik uygulanacak politika ve eylemlere yaklaşımlarını değiştirmeye başlamışlardır. Uluslararası sözleşmelerde, ulusal eylem planlarında, kanunlarda, standart kurallar ve eylem planları ile stratejik planlamalara yansımaya başladığı görülen görüş değişikliğinin birçok ülke tarafından benimsenmeye başlandığını ve yasalarına konulduğu ya da yasaların yeniden düzenlendiği görülmeye başlanmıştır.

Avrupa Birliğine üye ülkelerin engellilere yaklaşımı incelendiğinde engellilerin yardıma muhtaç ve pasif bireyler olarak değil, toplumun diğer üyeleri ile eşit haklara sahip, toplumla entegre olmak için mücadele eden aktif bireyler olarak değerlendirildiği görülmektedir. Sosyal, ekonomik, kültürel, siyasi alanda gelişmiş ülkelerin engellilere ve diğer dezavantajlı birey ve gruplara karşı sosyal, ekonomik, siyasal, çevresel, psikolojik hakların verilmiş olması gelişmişliğin göstergelerinden biri olarak değerlendirilmektedir.

Engelliliğin ve dezavantajlı birey ya da grup üyesi olmanın doğru orantılı bir ilişki içerisinde olduğunu söylemek mümkün iken her engellinin aynı oranda dezavantajlı olmadığı da görülmektedir. Özellikle engellilik, toplumun savunmasız bireyleri olarak kabul edilen çocuk, yaşlı, kadın, yaşlı ve yoksulları orantısız denilebilecek düzeyde etkilemektedir. Engellilerin sosyal ve ekonomik haklarını kullanamamaları nedeni ile toplumun üyesi olarak yaşamda aktif rol almasını sağlayacak siyasal yaşama ait haklarını da kullanamaması sonucunu doğurduğu söylenebilir. Burada dikkat edilmesi gereken husus, engelli bireylerin kendileri hakkında oluşturulacak politika ve alınacak kararlarda sürece dâhil olmalarının sadece gereklilik değil zorunluluk olarak görülmesidir.

Her ülkenin sosyoekonomik gelişmişlik durumu, engelli ve engelliliğe yüklenen misyon, anlam ve öneme göre engellilere tanınan haklar, sunulan hizmetler ve yaratılan fırsatlar nitelik ve nicelik olarak farklılıklar göstermektedir. Devletlerin dezavantajlı yurttaşlarına sunacağı ya da sunduğu hizmetler birer lütuf değil, sosyal hukuk devleti ilkesi gereği devletin sunmak zorunda olduğu “hak” olarak değerlendirilmeli, engellilerin haklarını savunmak üzere kurulduğu varsayılan tüm sivil toplum örgütlerinin ve kuruluşlarının temel alacağı ilke de bu olmalıdır. Bunun aksini düşünmek ve uygulamak engelli bireyleri bireysel ve grup olarak bağımlı kılmaya devam edeceği için engellinin pasiflik duygusu ile pasifize olacağı unutulmamalıdır. Bu nedenle engelli bireylere yönelik korumacı ve yardımsever uygulamaların engellilere zarar veren uygulamalar olduğu unutulmamalıdır.

Yukarıdaki açıklamalar doğrultusunda engelli hakları, zamanla değişen hükümet programları ve politikalarının keyfiliğine bırakılmamalı, “hak” temelli bir konu olarak ele alınmalıdır.

Engellilik alanındaki sorunlar sadece engellileri değil tüm toplumu ilgilendiren ve çözümüne yönelik katılımını gerektiren sorunlardır. Bu sorunlara yönelik oluşturulacak çözümlerin en üst düzeyde uygulanması için de toplumsal tutumlar ve katılım oldukça önemlidir. Olumsuz tutum ve davranışlar engellilerin toplumla bütünleşmelerinde görünmez engellerdir. Engellilere yönelik olumsuz duygu, düşünce, tutumlar ve ön yargılar engellilerin toplumdan dışlanmaları, engellilerin toplumun üretken, bağımsız ve onurlu bireyler olarak toplum içinde yer almalarını engellemektedir.

Engellilere yönelik olumsuz tutumlar, önyargılar, ayrımcılık ve bunların sonuçları hakkında birey ve toplum düzeyinde farkındalık geliştirilmesi gerekmektedir. Oysa insanlar çoğu zaman engellilik ve engelliler hakkında doğru bilgilere sahip olmadıkları gibi, engellilere yönelik tutum ve davranışlarının olumsuz ve zarar verici olduğunun farkında bile değildirler.

Toplumun en dezavantajlı gruplarından biri olan bedensel engelliler, özel durumlarından ötürü sosyolojik, fizyolojik ve iktisadî açıdan sosyal dışlanmaya maruz kalabilmektedirler.

Engellilerin baş etmeye çalıştıkları ve karşı karşıya kaldıkları en büyük sorunların başında yoksulluk, ulaşım, eğitim, çevresel sorunlar, konut ve iyileştirme gibi konular gelmektedir. Eğitimdeki eksiklik yoksullukla endeksli olarak ortaya çıkmaktadır engelli ailelerinin maddi sıkıntılarından ve ulaşımındaki zorluklardan dolayı engelli çocuklarını okula göndermeleri güçleşmektedir. Bu sorunların dışında bir diğer sorun ise ailelerin ve çevredeki insanların engellilere bakış açısı ve toplumsal dışlanma sorunudur. Engellilerin toplumda tam ve etkin yer alabilmeleri için engellilere yönelik tutumların olumlu yönde değiştirilmesi gerekir. Toplumun tüm bireyleri, kurum ve kuruluşları engellilere ilişkin tutumlarını, davranışlarını ve eğilimlerini gözden geçirmeli ve gereken düzenlemeleri yapmalıdır.

Engellilerin yaşadıkları yoksulluk, eğitim, ulaşım ve dışlanma sorunları dışında tedavi amacıyla yaşadıkları sorunlar vardır. Engelli bireylerin toplumla bütünleştirilmesinin önündeki en büyük engellerden biriside Rehabilitasyon ve araç-gereç gereksiniminin yeterince karşılanamamasıdır.

Engellinin fiziksel işlevlerindeki bozulma ya da bazı eksiklikler nedeniyle engellinin hareket yeteneği sınırlandırınca, aile yaşamı ve özel yaşamına da bazı kısıtlamalar getirmektedir. İstihdam sorunu da engelliler için en büyük sorunların başında gelmektedir. Her insanın yapabileceği bir iş vardır ve engelliler de niteliklerine uygun bir işte, eğitim ve rehabilitasyondan geçirildikleri zaman çalışabilirler, üretime katılabilirler (Koca 2010).

4.3.4. Engellilikte Sosyal Hizmet Modelleri

Birleşmiş Milletler (BM) Engelli Haklarına İlişkin Sözleşmede çevrenin engelli bireylerin topluma katılımını kısıtlayan rolüne vurgu yaparak, engellilerin yetersiz politikalar ve standartlar, yeterli hizmet sağlanmaması, yetersiz erişilebilirlik, olumsuz tutum ve davranışlar, kendi kaderini tayin edememe, yetersiz kaynaklar ile engelli verilerinin yetersizliği gibi konular nedeni ile zaten dezavantajlı konumda olan engelli bireylerin sorunlarının çözümünün daha da zor olduğu ortaya konulmaktadır. Bu nedenle engelli ve engellilik alanında yapılacak düzenlemeler, değişiklikler konusunda ilgili kurum ve kuruluşların; erişilebilir bilgi ve iletişim teknolojisi dâhil dilleri, yazılı, işitsel medyayı, işitsel okuma, diğer tüm araçlarla gerçekleşen iletişimi, siyasi, ekonomik, sosyal, kültürel alanlar ile insan temel hak ve özgürlüklerinin tam olarak kullanılmasını ve bunlardan yararlanmayı engelliliğe dayalı olarak engelleyen her türlü ayırım ve dışlamayı içeren engelliliğe dayalı ayrımcılığı, belirli bir durumda ihtiyaç duyulan, ölçsüz ve aşırı bir yük getirmeyen, uygun değişiklik ve düzenlemeyi içeren makul düzenlemeyi, hizmetlerin, ürünlerin, çevrenin ek bir düzenleme ve tasarıma ihtiyaç duyulmadan, herkes tarafından kullanılacak şekilde yapılacak evrensel tasarımı dikkate alarak çalışmalarını ve hizmet modellerini geliştirmesi gerekmektedir.

Çağımızda engellilere ilişkin saha incelemelerinin yapılması, sistematik verilerin alınmış olması, istihdama yönelik adımların atılması artık ülkelerin gelişmişliklerini göstermektedir.

Ülkemizde engellilere yönelik olarak; sağlık, eğitim, iş ve istihdam, maddi yardımlar, emekliliğe yönelik tanınan haklar, çeşitli hizmetlerin sunumunda indirimler, erişilebilirlik alanında yapılan çalışmalarla engellilerin yaşadıkları

dezavantajlara bağlı yaşanabilen sosyal ve ekonomik koşullarda eşitliğin sağlanabilmesi amaçlanmaktadır.

Ülkemizde, 2005 yılında çıkartılan 5378 sayılı engelliler kanunu ile engellilerin sosyal haklardan ve hizmetlerden yararlanma kapsamı ciddi anlamda genişlemiştir. Engelliler Kanunu engelliler için fırsat eşitliği, insan hakları çerçevesinde eşit yaşam ve ayrımcılığın önlenmesi anlamında büyük önem taşımaktadır. Engelliler Kanunu ile erişilebilirlik, istihdam, bakım ve rehabilitasyon hizmetleri, sosyal güvenliğe ilişkin sorunların çözümü, engelli bireylerimizin her bakımdan gelişmeleri ve toplumsal hayata tam katılımlarının sağlanması ve bu hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemelerin yapılmasının yasal çerçevesi belirlenmiş, çeşitli uygulamalarla engelli bireylerin önündeki engellerin kaldırılması yönünde önemli adımlar atılmıştır. Engelliler Kanunu'nun amacı; "engelliliği önleyici tedbirler almak, engellilerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunlarının çözümü ile her bakımdan gelişmelerini ve topluma katılımlarını sağlamaktır. Ülkemizde birçok farklı kamu kurumunun bu kanun çerçevesinde geliştirdiği sosyal hizmet modelleri ve uygulamaları bulunmaktadır.

Türkiye'de birçok kamu kurumunun engellilere yönelik uygulamakla yükümlü olduğu başlıca yasal düzenlemelerin (68 kanun, 4 KHK, 4 bakanlar Kurulu kararı, 97 Yönetmelik, 19 Genelge, 16 Tebliğ, 17 Türk Standartları Enstitüsü Standardı) olduğu görülmektedir. Bunlardan başlıcalarına baktığımızda;

- 193 Sayılı Gelir Vergisi Kanunu
- 3194 sayılı İmar Kanunu
- 4857 sayılı İş Kanunu
- 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanunu
- 197 sayılı Motorlu Taşıtlar Vergisi Kanunu
- 4760 sayılı Özel Tüketim Vergisi Kanunu
- 298 sayılı Seçimlerin Temel Hükümleri ve Seçmen Kütükleri Hakkında Kanun
- Emlak Vergisi Kanunu
- Gümrük Vergisi Kanunu
- 6831 sayılı Orman Kanunu
- 634 sayılı Kat Mülkiyeti Kanunu
- 1512 sayılı Noterlik Kanunu

- 3065 sayılı Katma Değer Vergisi Kanunu
- 3289 sayılı Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğünün Teşkilat ve Görevleri hakkında Kanun
- Radyo ve Televizyon Yayınlarının Esas ve Usulleri hakkında Yönetmelik
- Karayolları Trafik Yönetmeliği ve Karayolları Taşıma Yönetmeliği
- Engellilerin Devlet Memurluğuna Alınma Şartları ile Yapılacak Yarışma Sınavları Hakkında Yönetmelik

olduğunu görmekteyiz. Hizmet bazlı baktığımızda da;

Sosyal Güvenlik Alanında;

Engelli bireylere yönelik olarak; koşulları sağlamaları halinde; alt bezi, Ortez, Protez, İşitme Cihazı, Sonda ve Tekerlekli Sandalye alımlarında Sosyal Güvenlik Kurumunca belirlenmiş miktarlara kadar ödeme yapılmaktadır. Bununla birlikte; muayene katılım ücretleri ve bazı ilaçların katılım payı ücretlerinin Sosyal güvenlik Kurumlarından geri alınmasının mümkün olduğu,

İş Ve İstihdam Alanında;

Engelli çocuğu olan çalışanlara yönelik olarak;

- Gelir vergisi indirimi
- Nöbet ve fazla mesai muafiyeti
- Saatlik izinlerde ve Senelik İzinlerde kolaylık sağlanması
- Refakat İzni
- Mazeret İzni
- Annelere Erken Emeklilik Hakkı
- Engelli çocuğun eğitime, engellilik durumuna, engellilik durumuna ilişkin tedavisine bağlı tayin hakkı

Engelli çalışanlara yönelik olarak;

- Erken Emeklilik Hakkı
- Nöbet ve Fazla Mesai Muafiyeti
- Engeline Bağlı Olarak Tayin Hakkı
- Engellilik Durumuna Bağlı Olarak Yer Değişikliği Hakkı
- Gelir Vergisi İndirimi

- 10-16 Mayıs Engelliler Haftasının ilk Günü ile 3 Aralık Dünya Engelliler Gününde engelli Kamu Personeli İzinli sayılması
- Engellinin engel durumuna bağlı mesai düzenlemesi
- Valilikçe olumsuz hava koşulları nedeniyle tatil kararı verildiği durumlarda engelli personelin idari izinli sayılması yönünde uygulamaların mevcut olduğu görülmektedir.

Engellilere Yönelik olarak yine birçok Kurum ve Kuruluşun da indirimler uyguladığı görülmektedir.

- Su faturası
- Digital platformlar (firmadan firmaya farklılık göstermekte)
- GSM operatörleri ve internet servis sağlayıcıları (firmadan firmaya farklılık göstermekte)
- Ulaşım Hizmetleri (Belediyelerce belirlenmekte)
- Şehirlerarası Ulaşım (firmadan firmaya farklılık göstermekte)
- Motorlu Taşıt Vergisi ve Özel Tüketim Vergisi Muafiyeti
- Emlak Vergisi İndirimi
- Gümrük Vergisi İndirimi
- Devlet Tiyatroları
- Müze ve Ören Yerleri (Ücretsiz)

4.3.4.1. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü Tarafından Verilen Hizmetler

633 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler bünyesinde Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Kararname'nin 10. maddesinde ilgili Genel Müdürlüğe bazı görevler verilmiştir:

- Engelli ve yaşlılara yönelik koruyucu, önleyici, eğitici, geliştirici, rehberlik ve rehabilite edici sosyal hizmet faaliyetlerini yürütmek ve koordine etmek,
- Ulusal düzeyde politika ve stratejilerin belirlenmesi çalışmalarını koordine etmek, belirlenen politika ve stratejileri uygulamak, uygulanmasını izlemek ve değerlendirmek.

- Engelliliğin önlenmesi ile engellilerin eğitimi, istihdamı, rehabilitasyonu, ayrımcılığa uğramadan insan haklarından yararlanarak toplumsal hayata katılmaları ve diğer konularda Engellilerin sorunlarını ve çözüm yollarını araştırmak, bu konuda uygulamanın geliştirilmesine yönelik öneri ve programlar hazırlamak ve uygulamak.
- Engellilerle ilgili konularda inceleme ve araştırmalar yapmak, projeler hazırlamak ve uygulamak.
- Münhasıran engellilere tanınan haklar ve sunulan hizmetlerden yararlanmada kullanılmak üzere hazırlanan engelli kimlik kartlarına ilişkin işleri yürütmek.
- Kamu kurum ve kuruluşları, gönüllü kuruluşlar ile gerçek ve tüzel kişilerce engellilere ve yaşlılara yönelik yürütülen sosyal hizmet faaliyetlerine ilişkin ilke, usul ve standartları belirlemek ve bunlara uyulmasını sağlamakla görevlendirilmiştir.

4.3.4.1.1. Engelli Kimlik Kartı

Engelli kimlik kartı, doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle meydana gelen bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini yüzde kırk (%40) veya daha yüksek bir oranda kaybeden ve Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olan engelli bireylere verilmektedir. Engelli Kimlik kartı alabilmek için hafif veya ağır engelli olduğuna bakılmamaktadır. Engelli bireyler kimlik kartı müracaatlarını Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı ikamet ettikleri il müdürlükleri veya sosyal hizmet merkezi müdürlüklerine yapılabilmektedir.

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından erişkinler için engellilik sağlık kurulu raporu, erişkinler için terör, kaza ve yaralanmaya bağlı durum bildirir sağlık kurulu raporu ve çocuklar için özel gereksinim raporu, çocuklar için terör, kaza ve yaralanmaya bağlı durum bildirir sağlık kurulu raporu doğrultusunda %40 ve üzeri engelli olan kişilere engelli kimlik kartı düzenlenmektedir.

4.3.4.1.2. Kurum Bakımı Hizmeti

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSHB) bünyesinde evlerinde bakımı yapılamayan, bakımını yapacak kimsesi olmayan veya ihmal/istismara maruz kalmış engellilerin bakımı Resmi Bakım ve Özel Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerince yapılmaktadır.

Kurum Bakımı Hizmeti Kapsamında;

- Proje dâhilinde inşa edilmiş engelli bireylerin tekerlekli sandalye, yürüteç ve koltuk değnekleri ile dolaşabilecekleri alanlara sahip 3'er kişilik müstakil evlerden oluşan Engelsiz Yaşam Merkezleri mevcuttur.

- AÇSHB bünyesinde yer alan "Umut Evleri"nde aileleri tarafından bakımı yapılamayan engelli bireylerin çevre ile olan ilişkilerinin gelişmesine, engellilerin ev ortamında, komşuluk ilişkileri ve toplumsal yaşama aktif katılımlarının sağlanması amacıyla küçük gruplar (en fazla 6 engelli birey) olacak biçimde apartman ya da müstakil dairelerde bakımları yapılmaktadır.

- Geçici ve Misafir Olarak Bakım Hizmeti, bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde kısa süreli bakım ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla engellilerin bakımı sağlanmaktadır.

- Gündüzlü Bakım Hizmeti, engellilerin haftada 1 gün saatlik, yarım gün ve tam gün olmak üzere bakımı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde karşılanmaktadır.

- Evde Bakıma Destek Hizmeti, evinde engellisi bulunan kişilere yönelik olarak koşulları karşılaması halinde engellinin bakımı belirlenen periyotlarda bakıcı personel tarafından sağlanmaktadır.

- Özel Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri, bakıma muhtaçlık koşullarını karşılanması halinde devlet destekli, karşılanmaması halinde özel olarak yararlanılan engellilerin engel gruplarına göre düzenlenmiş Merkezlerde engellilerin 7 gün 24 saat üzerinden bakımları yapılmaktadır

4.3.4.1.3. ALO 183 Aile, Kadın, Çocuk, Engelli ve Sosyal Hizmet

Danışma Hattı

Alo-183 ihbar hattı aile, kadın, çocuk, engelli, yaşlı, şehit yakınları ve gazilere yönelik hizmetler hakkında müracaatta bulunanlara bilgilendirme yapan, yönlendirme ve destek sağlayan, ihmal, istismar ve şiddet vakalarının önlenmesi için tedbir mahiyetindeki ihbarları değerlendiren, ücretsiz hizmet veren bir hattır. İhbar edilen durumun aciliyeti göz önünde tutularak, vakanın bulunduğu ilin acil müdahale ekip sorumlusuna, kolluk kuvvetlerine veya acil sağlık ekiplerine bildirilerek müdahale edilmesi sağlanmaktadır. Müracaatlar Alo-183 ihbar hattında görevli saha uzmanlarınca alınmakta ve illerde belirlenmiş Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl

Müdürlüklerinde görev yapan sorumlulara iletilmekte, yapılan işlemlere ilişkin sonuçlar Alo-183 İhbar Hattı Çağrı Merkezine web sayfası üzerinden bildirilmektedir.

4.3.4.1.4. Erişilebilirlik

Erişilebilirlik; binaların, açık alanların, ulaşım ve bilgilendirme hizmetleri ile bilgi ve iletişim teknolojisinin, engelliler tarafından güvenli ve bağımsız olarak ulaşılabilir ve kullanılabilir olmasını ifade etmektedir.

Herkes yaşam içinde bağımsız olarak hareket edebilme hakkına sahiptir. Bu, toplumsal yaşam içindeki olanak ve hizmetlere ulaşmak için en önemli koşullardan biridir. Buna göre, belediyeler ve valilikler, ruhsat verdikleri konut amaçlı apartman ve umumi binaların engellilerin kullanımına uygunluğunu gözetmek zorundadır

5378 sayılı Engelliler Hakkındaki Kanunun 2. ve 3. maddelerinde 28713 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan “Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Yönetmeliği” kapsamında İllerde Vali Başkanlığında (görevlendirileceği Vali Yardımcısı) Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler, İçişleri, Çevre ve Şehircilik, Ulaştırma ve Haberleşme Bakanlıklarının Taşra Teşkilatların temsilcilerden oluşan Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Komisyonları kurulmuştur.

Bu yönetmelik ile resmi binalar ile ibadet yerleri, özel eğitim, özel sağlık tesisleri, sinema, tiyatro, opera, müze, kütüphane, konferans salonu gibi kültürel binalar ile gazino, düğün salonu gibi eğlence yapıları, otel, özel yurt, iş hanı, büro, pasaj, çarşı, alışveriş merkezi gibi ticari yapılar, spor tesisleri, yüzme havuzu, genel otopark ve buna benzer umuma ait binalar, mevcut tüm yol, kaldırım, yaya geçidi, açık ve yeşil alanlar, spor alanları ve benzeri sosyal ve kültürel alt yapı alanları ve toplu taşıma araçlarında erişilebilirlik tedbirlerinin alınıp alınmadığının takip edilerek ve denetlemeler yapılması öngörülmüştür.

4.3.4.1.5. Evde Bakım Hizmeti

Engelliler Kanunu’nun 6. maddesinde; “Engelli kişilerin yaşamlarını öncelikle bulundukları ortamda sağlık, huzur ve güven içinde sürdürebilmesi toplum içinde kendi kendilerini idare edebilecek ve üretken hâle gelebilecek şekilde bakım ve rehabilitasyonlarının yapılması, bunlardan ihtiyacı olanların geçici veya sürekli bakım altına alınması veya bunlara evde bakım hizmeti sunulması esastır” hükmü yer almaktadır. Yönetmeliğin 9. maddesinde; “Bakım hizmetleri, evde bakım veya kurum bakımı modelleriyle sunulabilir. Öncelikle kişinin sosyal ve fiziksel çevresinden

ayrılmaksızın hizmetin sunulması esas alınır.” denilmektedir. Dolayısıyla söz konusu yönetmelik kapsamında engellinin yaşadığı ortamda desteklenerek bakımının yapılmasına öncelik verilmektedir.

4.3.4.1.6. Engelli Aylığı

2022 sayılı kanunun uygulanma sorumluluğu, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’na bağlı olan Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğündedir.

Engelli Aylığı, 18 yaş üstü engellilerin kendilerine; 18 yaş altı engellilerin yakınlarına koşulları karşılamaları halinde 2022 Sayılı Kanun Kapsamında maaş bağlanır. Maaş ödemeleri aylık olarak yapılmaktadır. Kişinin engelli sağlık kurulu raporundaki engel oranına göre (%40-69 arası ve %70 ve üzeri olmak üzere) aylık miktarı değişmektedir.

4.3.4.2. Sağlık Bakanlığı Tarafından Verilen Hizmetler

Engelliliğin önüne geçilmesiyle ilgili çalışmalar Sağlık Bakanlığınca yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığına bağlı ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, sağlık ocakları, sağlık evlerinde, aile planlaması, doğum öncesi gerekli kontroller, doğum sonu bakım, bebek ve çocuk izlemeleri hizmetleri yürütülmekte ve hizmetlerle ilgili eğitim de verilmektedir.

Engeli bulunan ya da engellisi olan kişilerin yetkilendirilmiş hastanelere başvurularıyla birlikte; engelli sağlık kurulu raporu düzenlenmektedir.

Engelli Sağlık Kurulu Raporları, 30.03.2013 tarih ve 28603 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik hükümleri kapsamında düzenlenmekte iken bahse konu yönetmelik 20.02.2019 tarih ve 30692 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Erişkinler için Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliğin 18 inci maddesi birinci fıkrası hükmü ile yürürlükten kaldırılmıştır. Aynı tarih ve sayılı Resmi Gazete ’de Çocuklar için Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik de yürürlüğe girmiştir.

Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliğin 8 inci maddesinin birinci fıkrasının f bendinde “Raporda yer alan bağımlılık alanına “evet” ya da “hayır” ifadesi yazılarak bireyin durumu belirtilir ve bu alan hiçbir suretle boş

bırakılamaz. Bu Yönetmelikte geçen “tam bağımlı engelli birey” ifadesi ağır engellilik durumunu ifade eder” hükmü doğrultusunda “Bağımsız” , “Kısmi Bağımlı” ve “Tam Bağımlı” olarak belirlenen alanlardan “Tam Bağımlı” alanının işaretli olması halinde engelli birey “Ağır Engelli” olarak kabul edilmektedir.

Çocuklar İçin Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmeliğin 15 inci maddesinin birinci fıkrasında “Bu Yönetmelikte geçen “Çok İleri Düzeyde ÖGV”, “Belirgin ÖGV” ve “Özel Koşul Gereksinimi Var” ifadeleri “Ağır Engellilik” durumunu ifade eder” hükmü doğrultusunda 18 yaş altı engellilerde engel oranı rapor üzerinde yer almamakta ve “Çok İleri Düzeyde ÖGV”, “Belirgin ÖGV” ve “Özel Koşul Gereksinimi Var” ifadeleri bulunması halinde engelli “Ağır Engelli” olarak değerlendirilmektedir.

Engelli Sağlık Kurulu Raporlarındaki engel oranları ve gereksinim durumlarına bağlı olarak engelliler ve engelli yakınları birçok haktan yararlanabilmektedir.

Hastanelerde engellilerin muayene önceliği bulunmaktadır.

4.3.4.3. Millî Eğitim Bakanlığı Tarafından Verilen Hizmetler

Millî Eğitim Bakanlığı bünyesinde özel eğitime gereksinim duyan bireylerin yaygın eğitim olanaklarından daha fazla yararlanmaları için 1992 yılında 3797 sayılı Kanun ile Özel Eğitim ve Rehberlik Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Müdürlüğün altında engelli çocuklar için engel gruplarına göre özel eğitim okulları açılmıştır. Bu okullarda engelli çocuklar ve gençlerimiz engellilik türlerine göre okullara giderek eğitim hakkından yararlanmaktadırlar.

“Çocuklar için Özel Gereksinim Raporu, Çocuklar İçin Terör, Kaza ve Yaralanmaya Bağlı Durum Bildirir Sağlık Kurulu Raporu ile birlikte; Rehberlik Araştırma Merkezlerince hazırlanmış Eğitsel Değerlendirme Raporu doğrultusunda; ücretsiz Özel Eğitim alma ve devlet okullarında özel alt sınıf, kaynaştırma eğitimlerinden yararlanma hakları bulunmaktadır.

Üniversitede eğitim alan engelli öğrencilere yönelik olarak; üniversite sınavında ek puan, öğrenci yurtlarında öncelik hakkı, eğitim ücretlerinde indirim hakkı, Açık Öğretim Fakültesi’ne ücretsiz kayıt gibi imkânlar tanınmaktadır. Bu hizmetlerin bir kısmı üniversitelere bağlı olarak değişebilmektedir.

4.3.4.4. Yerel Yönetimler Tarafından Verilen Hizmetler

5216 sayılı Büyükşehir Belediyesi Kanunuyla büyükşehir belediyelerine engelli hizmet birimleri kurma zorunluluğu gelmiştir. Büyükşehir belediyeleri engelli birimlerinde engellilere yönelik, bilgilendirme, bilinçlendirme, aile, eğitim, sağlık, bakım, ulaşım, istihdam, çevre düzenlemeleri ve sportif faaliyetler gibi alanlarda önemli hizmetler verilmektedir.

4.3.4.5. Sivil Toplum Örgütleri Tarafından Verilen Hizmetler

Ülkemizde engellilere yardım ve hizmet sunan birçok sivil toplum örgütü (Engellilerle ilgili federasyonlar, Konfederasyonlar, Vakıflar, Dernekler, Engelli spor kulüpleri) bulunmaktadır. Sivil toplum örgütleri kamu ve yerel yönetimler ile iş birliği içinde çalışmaktadır. Çeşitli alanlarda çalışmalar yapan sivil toplum kuruluşlarının ana amaçları; farkındalık yaratma, içinde yaşadığımız toplumda bilgilendirme, engelli hakları konusunda birey ve ailelerine yönelik danışmanlık yapmaktır.

4.3.4.6. İstihdam Hizmetleri

5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunun mesleki rehabilitasyon başlıklı 13. maddesinde; “Engellilerin yeteneklerine göre mesleğini seçme ve bu alanda eğitim alma hakkı kısıtlanamaz. Engellilerin yetenekleri doğrultusunda yapabilecekleri bir işte eğitilmesi, meslek kazandırılması, verimli kılınarak ekonomik ve sosyal refahının sağlanması amacıyla meslekî rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmasının sağlanması esastır. Sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri belediyeler tarafından da verilir. Belediyeler bu hizmetlerin sunumu sırasında gerekli gördüğü hallerde, halk eğitim ve çıraklık eğitim merkezleri ile işbirliği yapar.” denilmektedir.

Engelli bireylerin işçi olarak istihdamları Türkiye İş Kurumu tarafından yapılmakta olup 50 ve daha fazla işçi çalışan kamu sektörü işyerleri %4, özel sektör işyerleri %3 oranında engelli işçi çalıştırmakla yükümlüdür. Engelli kişilerin devlet memuru olarak istihdamları Devlet Personel Başkanlığı koordinasyonunda ilgili kamu kurum ve kuruluşlarınca yapılmakta olup kamu kurum ve kuruluşları, toplam dolu kadro sayısının %3’ü oranında engelli memur istihdam etmekle yükümlüdür. %40 ve üzeri engel oranı bulunan Ortaöğretim ve üzeri eğitim durumuna sahip engellilerin

EKPSS (Engelli Kamu Personeli Seçme Sınavı)'na girmesi sonucunda aldığı puan yoluyla kamu personeli ataması yapılmaktadır.

4.3.4.6.1. Korumalı İşyeri

Korumalı İşyerinin amacı mevcut işyerlerinde çalışma imkânı bulamayan engelli bireylerin desteklenmesi ve topluma entegrasyonun sağlanmasıdır. Korumalı işyerleriyle ilgili denetim ve çalışmalar, İl Valilikleri bünyesinde Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü, İl Milli Eğitim Müdürlüğü, İş Kur ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden oluşan komisyon marifetiyle yürütülmektedir.

4.4. EVDE BAKIM HİZMETİ

Evde bakım, uzun süreli bakım, topluma dayalı uzun süreli bakım gibi çeşitli adlar altında anılan evde bakım hizmetinin tanımı üzerinde tam bir fikir birliği sağlanamamıştır. Birçok kişi evde bakım denildiğinde daha çok evde sağlık hizmetlerini anlar ve buna ilişkin hizmetleri sıralarken, sosyal tarafına ağırlık veren tanımlamada daha çok bireyin kendi öz bakımı, hareketliliği, ev hizmetlerini yerine getirebilmesi, sosyal yaşamın içinde yer alabilme gibi farklı yönlerini ele almaktadır. Evde bakım terimi ülkeler ve bölgelerde farklı algılansa da üzerinde uzlaşılan bazı noktalar vardır. Bunlardan ilki bireyin temel fizyolojik ve psikolojik gereksinimlerinin sağlanmasına yönelik bakım hizmeti, diğeri ise sağlık bakım hizmetidir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Evde Uzun Süreli Bakım Çalışma Grubunun tanımına göre “Uzun süreli bakım, sağlık ve sosyal sistemlerin ayrılmaz bir parçasıdır. Resmi statüsü olmayan bakıcılar (aile, arkadaşlar ve komşular), profesyoneller ve yardımcıları (sağlık, sosyal ve diğer çalışanlar) dahil olmak üzere resmi bakıcılar ve geleneksel bakıcılar ve gönüllüler tarafından yürütülen ve üstlenilen bakım faaliyetlerini içerir.” (WHO 2000).

Uzun süreli bakıma duyulan ihtiyaç, fiziksel, zihinsel ve / veya bilişsel işlevsel kapasitelerinin çevresel etmenlerin etkisi altında değişmesinden etkilenir. Birçok insan kaybettiği işlevsel kapasitesini geri kazanabilirken bazılarında durum tersinedir. Bu nedenle bakıma ilişkin gereksinim duyulan sürenin ve bakım türünün ne olacağını tahmin etmek zor olabilir.

Uzun süreli bakımın amacı, öz bakımına tam olarak sahip olmayan bir bireyin, mümkün olan en yüksek derecede bağımsızlık hareket edebilmesi, özerkliğinin sağlanması, katılımının artırılması, yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve insan onuruna yaraşır bir hizmetin sunulmasıdır. Bu nedenle evde veya kurumda sunulacak bu hizmetin o bireyin değerlerine, tercihlerine ve ihtiyaçlarına uygun olmalıdır. Evde uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan kişiler, fiziksel, ruhsal bakım ve rehabilitasyon gibi hizmetlerin yanı sıra finansal, sosyal ve yasal desteğe de ihtiyaç duyabilir. Bu nedenle resmi statüsü olmayan bakıcılar, güvenlik, eğitim, dinlenme ve yardım dahil olmak üzere destek hizmetlerine erişebilmelidir. (WHO 2000)

Sürdürülebilir, ekonomik ve etkili ev tabanlı bakım ve diğer uzun süreli bakım hizmetleri, bir ülkenin sağlık ve sosyal sistemlerinin ayrılmaz bir parçası olmalıdır. Bunu başarmak için resmi kuruluşların, özel, kar amacı gütmeyen gönüllü örgütlerin ve bazı ülkelerde geleneksel tıp sektörlerinin koordineli çalışmasını gerektirir. Evde bakım hizmeti temel sağlık hizmetleri ve sağlık sisteminin düzenlemelerinin ayrılmaz bir parçası olarak ele alınmalıdır (WHO 2000).

Daha çok tıbbi bakım perspektifinden ele alan tanımlamalara göre evde bakım hizmeti sağlık hizmetinin evde sunulması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu amaca uygun tanım ise şöyledir: “Evde bakım, profesyonel bir kişinin hastaya ve ailesine, hastanın evinde yardım sağlaması girişimidir.” Sağlık bakımı olarak ele alınan evde bakım kavramı farklı ülkelerde çeşitli isimlerle anılmaktadır. Örneğin İsrail’de ev hastanesi (hospital at home), Amerika Birleşik Devletleri’nde evde bakım (home care), ev hemşireliği (home nursing), Batı Avrupa’da ise evde sağlık bakımı (home health care) ve ev ziyareti (home visiting) sık kullanılan terimlerdir (Çoban ve Esatoğlu 2004).

Başarılı bir uzun süreli evde bakımın gelişimi için bazı ilkeler(WHO 2000):

- Kökleşmiş girişimlerine saygı duymak ve onları teşvik etmek;
- Evde uzun süreli bakımın mümkün ve uygun olduğu yerlerde birinci basamak sağlık sistemine dahil etmek;
- Sürdürülebilirliği sağlamak için yerel yapıların ve araçların kullanılması;
- Gönüllü kuruluşlar ve özel sektör de dahil olmak üzere tüm sektörlerin birlikte çalışmasını sağlamak;
- Devam etmekte olan tüm sağlık sistemi reformlarında evde bakım ve uzun süreli bakımın dikkate alınması.

Evde uzun süreli başarılı bir bakımın elde edilmesinde dikkat edilmesi gereken önemli bir faktör engelliliğin etiyojisine, bağımlılığa veya kişinin yaşına bakılmaksızın, fonksiyonel bağımlılığı olan kişilerin ve bunlara bakım verenlerin ihtiyaçlarına odaklanan bir yaklaşım olmasıdır.

Sağlık sistemleri genellikle ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde faaliyet olarak tanımlanmaktadır. Bu tür bir örgütlenme tüm ülkeler için geçerli olmayabilir. Politika ve hizmet sunumunun nasıl yapılacağı ülkelere göre gözden geçirilmelidir ve yürütülmelidir.

4.4.1. Evde Bakım Kapsamında Sunulabilecek Hizmetler

Uluslararası düzeyde genel kabul görmüş bir evde bakım hizmetleri listesi bulunmamaktadır. Her ülke kendi olanakları ve kültürel yapısı çerçevesinde bu listeyi geliştirebilir. Topluma evde bakım hizmetleri ile neyin yapılmak istendiği iyi anlatılmalıdır. Ayrıca ekonomik olanaklar, öncelikler, toplumun beklentileri, ulaşım olanakları gibi noktalara da dikkat edilmelidir. Evde bakım hizmeti kapsamında sunulabilecek hizmetler aşağıdaki gibi olabilir (WHO 2000).

- Değerlendirme, izleme ve yeniden değerlendirme
- Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların ve engelliliğin önlenmesi,
- Kişisel bakım, kişisel yardım, karşılıklı yardımlaşma ve savunuculuğun kolaylaştırılması
- Tıbbi ve hemşirelik bakımı
- Kişisel bakım, örn. banyo, yemek vb.
- Ev işleri (temizlik, çamaşır yıkama, alışveriş)
- Engelli bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak için evin fiziksel adaptasyonu
- Toplum kaynaklarını yönlendirme ve bağlantı kurma
- Toplum temelli rehabilitasyon
- Sarf malzemesi temini (temel ve özellikli), yardımcı cihaz ve teçhizat (işitme cihazları, yürüme çerçeveleri) ve ilaçlar
- Alternatif ve geleneksel tedaviler
- Özel destek (örneğin, idrar kaçırma, demans ve diğer zihinsel problemler, madde kötüye kullanımı için)

- Palyatif bakım, (ör. ağrı ve diğer semptomların tedavisi)
- Hastaya, aileye ve sosyal çevresine bilgi sağlanması
- Danışmanlık ve duygusal destek
- Sosyal etkileşimin kolaylaştırılması ve enformel iletişim ağlarının geliştirilmesi
- Gönüllü çalışmanın geliştirilmesi ve müracaatçılara gönüllü fırsatların

sağlanması

- Verimli etkinlikler ve rekreasyon
- Fiziksel aktiviteler için fırsat oluşturma
- Müracaatçıların formal ve enformal bakıcılarının eğitimi
- Bakım vermeden önce, sırasında ve sonrasında bakıcılara destek
- Bakım verme rolleri için toplumun hazırlanması ve harekete geçirilmesi

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma genel tarama modeller içerisinde yer alan tekil ve ilişkisel tarama modelinde gerçekleştirilmiştir. Genel tarama modeli mevcut zaman içerisindeki ya da geçmişten gelen durumları betimleyen araştırmalardır. Bu araştırma modelindeki temel amaç var olan durumu saptamaktır. Bu modelde araştırmanın konusu olan durumu olduğu gibi saptamak ve ortaya koymak hedeflenir. Yalnızca durum saptama esas alındığında yapılan uygulama tekil taramadır. Eğer araştırma içinde çeşitli sorulara yanıt aramak için elde edilen veriler üzerinden çeşitli ilişkilerin varlığı test ediliyor ise bu tür çalışmalara ilişkisel tarama denir. İlişkisel taramada araştırmanın içinde oluşturulan ve toplanan veriler üzerinden çeşitli karşılaştırmalar yapılır. Bu karşılaştırmalarda var olan durum incelenen zaman dilimi içerisinde (kesitte) birliktelik ya da birlikte değişim açısından ele alınarak analiz edilir. Bu grup araştırma modellerinde evrenin tamamı incelenebileceği gibi bazen evreni temsil eden ya da etmeyen örnek üzerinde de araştırma yürütülebilir. Elde edilecek sonuçlar incelenen grubun özelliğine bağlı olarak yorumlanır (Karasar 2006; Kuş 2012; Neuman 2013).

5.2. EVREN VE ÖRNEKLEM

Araştırma İzmir ili Konak ilçesinde engelli evde bakım ücretinden faydalandırılan engelli birey ve bu bireye bakım veren yakınları ile sınırlandırılmıştır. Araştırmanın evreni İzmir Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü veri bankasında engelli yardımından yararlanan 18 yaş üzeri toplam 1714 engelli ve bakıcısından oluşmaktadır. Bakım kalitesi ölçeğinin uluslararası geçerlilik çalışmasında standart bakım parametresi için elde edilen ortalama ve standart sapma değerleri dikkate

alınarak (Eser ve ark. 2018) yapılan hesaplamada %95 güven düzeyinde ve 0.20 birimlik sapma ile en küçük örnek büyüklüğü 117 engelli kişi ve aynı sayıda bakıcıdır. Her bir engel grubunda bulunan bireyler tabakalandırılarak tabakanın ağırlığı oranında rasgele bireyler örneğe seçilecektir. Ulaşılan engelli sayısı 109 kişi olup ulaşma oranı %93,2'dir.

5.3. ARAŞTIRMAYA ALMA VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

5.3.1. Engellilerin araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Evde bakım hizmetinden yararlanan bedensel engelli birey olmak
- 18 yaş üzerinde olmak
- Okur yazar olmak
- Zihinsel engeli olmamak
- Psikotik sorunu olmamak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,

5.3.2. Bakıcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Evde bakım hizmetinden yararlanan bedensel engellinin bakıcısı konumunda olmak
- 18 yaş üzerinde olmak
- Okur yazar olmak
- Zihinsel engeli olmamak
- Psikotik sorunu olmamak
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan,

5.3.3. Engellilerin ve bakıcılarının araştırmadan dışlanma kriterleri

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler
- 18 yaşın altında olanlar
- Zihinsel, konuşma ve işitme engeli bulunanlar

5.4. DEĞİŞKENLER

5.4.1 Bağımlı değişkenler

Dünya Sağlık Örgütünün Bedensel Engelli Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçüm Aracı ve Engellilik Modülü (WHOQOL-BREF-D) alan puanları

5.4.2. Bağımsız değişkenler

Bedensel engelliye ait temel sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, medeni durum, engel durumu ve düzeyi, gelir, vb.)

Bakım verene ait temel sosyodemografik özellikler, (cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir, vb.)

Engelli evde bakım hizmetleri denetim ve rehberlik raporu formundan elde edilen bilgiler

Engelli Kişiler için Bakım ve Destek Kalitesi Ölçeği (QOCS-D) alan puanları

WHODAS 2 Dünya Sağlık Örgütü-Yetiyitimi Ölçeği alan puanları

5.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

5.5.1. Sosyodemografik özellikler bilgi formu

Bedensel engelliye ve bakıcılarına ait temel sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, medeni durum, engel durumu ve düzeyi, gelir, vb.) araştırmacılar tarafından geliştirilen anket sorularından oluşturulmuştur. Bu sorular çoğunluğu kapalı uçlu sorulardır. Soruların bir bölümü engelli adına bakıcılarından destek alınarak yanıtlanması istenmiştir. Bu sorular geneli itibarıyla engellinin yaşam koşullarını değerlendirmektedir.

5.5.2. Engellinin engeline ait özellikler ve işlevsellik değerlendirme formu

Engelli Bakım Raporu ve Engelli evde bakım hizmetleri denetim ve rehberlik raporu formundan üretilen engellinin durumuna ait bilgilerden oluşmaktadır. Bu formda engellinin özellikle işlevsel durumu standart kapalı uçlu sorular ile değerlendirilmektedir. Bu formda özbakım, hareketlilik, sosyal beceriler ve güvenlik,

ev işleri vb. özellikler sorgulanır. Soruların yanıtları görüşmecilerin gözlemi, bakıcıların ve engellilerin değerlendirmelerinden oluşmaktadır.

5.5.3. Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi (WHO-DAS-II)

Dünya Sağlık Örgütü tarafından ICF temellenerek geliştirilen çizelge toplamda 6 alan ve 36 sorudan oluşmaktadır. Alanlar sırasıyla anlama ve iletişim kurma, hareket etme ve bir yerden bir yere gitme, kendine bakım, insan ilişkileri, yaşam faaliyetleri ve toplumsal yaşama katılım'dır. Çizelge ayrıca bir toplam puanı da bulunmaktadır. Çizelge puanları 0-100 aralığında olacak şekilde hesaplanır. WHODAS-II'nin geçerlilik ve güvenilirliği ilk kez Uluğ ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. WHODAS-II'nin boyutlarının iç tutarlılık katsayısı cronbach'ın alfa değerleri sırasıyla 0.88, 0.66, 0.76, 0.88, 0.94, 0.85, ölçeğin toplamı için 0.94'tür (Uluğ ve ark. 2001). Daha sonra ölçeğin geçerliliği Aslan Kunt ve Dereboy tarafından 2018 yılında yinelenmiştir (Aslan Kunt ve Dereboy 2018). Bu araştırmada engelliler için WHODAS-II'nin öz bildirim formu uygulanmıştır.

5.5.4. Dünya Sağlık Örgütünün Bedensel Engelli Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçüm Aracı ve Engellilik Modülü (WHOQOL-BREF-D)

Bu ölçek, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği kısa formu ve engelli modülünden oluşmaktadır. Toplamda 39 adet sorudan oluşan ölçeğin ilk 26 sorusu genel yaşam kalitesi ölçeği (WHOQOL-BREF), son 13 sorusu engelli modülü maddeleridir. Bu 13 sorunun ilki bir tarama sorusu olup engelli modülü puan hesaplamasında kullanılmamaktadır. Ölçeği bedensel ve zihinsel engelliler için ayrı sürümleri vardır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Power ve arkadaşları tarafından çok merkezli bir çalışma olarak yapılmıştır (Power ve Green 2010). Bu merkezlerden birisi olan Türkiye'den ise Eser ve arkadaşları Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirliğini yayınlamıştır. Bu çalışmada kullanılan WHOQOL-BREF bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel boyutları ile bedensel engelliler için engelli modülü Türkçe sürümünün cronbach'ın alfa değeri iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0,81, 0,74, 0,64, 0,82 ve 0,87'dir. Bedensel engelliler için engelli modülü doğrulayıcı

faktör analizi özet uyum değerleri Ki kare/serbestlik derecesi=1,64, CFI=0,98 ve RMSEA=0,064 olarak bildirilmiştir (Eser ve ark. 2018).

5.5.5. Engelli Kişiler için Bakım ve Destek Kalitesi Ölçeği (QOCS-D)

Ölçek engelliye bakım veren kişilerin değerlendirmesini sağlamaktadır. Ölçek 17 soru ve 4 boyuttan oluşmaktadır. Ayrıca ölçekte nesnel değerlendirme kriterlerinden oluşan ek bölüm de yer almaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik bulguları aralarında Türkiye'nin de olduğu 15 farklı merkez, 1400 katılımcıdan toplanan veriler kullanılarak yapılmıştır. Ölçeğin nesnel sorular dışında 17 maddesi ve 4 boyutu vardır. Bunlar sırasıyla Profesyonel Hizmet Kalitesi (Quality of Professional Care), Profesyonel Hizmetlere Ulaşılabilirlik (Accessibility of Professional Care), Evde ve Toplumda Bakım ve Hizmet Kalitesi (Quality of Home Care) ve toplumsal hizmetler hakkında Bilgi Edinebilme (Information access) boyutlarıdır. Bedensel engellilerde bu boyutların cronbach'ın alfa iç tutarlılık katsayısı sırasıyla 0,84, 0,74, 0,84, 0,81 olup, ölçeğin toplamı için 0,80'dir (Lucas-Carrasco ve ark. 2011).

5.6. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Veri toplama işlemi engellinin yaşadığı ortamda yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada kullanılacak formlar kişi yanıtlayabiliyor ise kendisi tarafından, yanıtlayamadığı durumlarda görüşmecisi aracılığıyla doldurulmuştur. Gerekli durumlarda araştırmacı tarafından ölçek yanıtlamasına açıklayıcı destek sağlanmıştır.

5.7. VERİLERİN İŞLENMESİ VE ANALİZİ

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamına SPSS for Windows 15.0 ve Stata 14.0 programı aracılığıyla işlenmiş çözümlenmiştir.

Çözümlemede sayımla elde edilen bulgular için sayı ve yüzde dağılımları, ölçümle elde edilen bulgular için ortalama±standart sapma, ortanca, en küçük ve en büyük değer dağılımları sunulmuştur.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri ile yapılacak olan karşılaştırmalarda tek değişkenli analizde student's t, ANOVA ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çok değişkenli karşılaştırmalarda doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Uygulanan testler için kabul edilen yanılma düzeyi $\alpha=0.05$ olarak kabul edilecektir.

5.8. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma İzmir İli Konak merkez ilçesi ile sınırlandırılmıştır.

Evde bakım hizmeti alan bedensel engellilerin yaşam kalitesi ve bakım kalitesi ve diğer veri toplama araçlarında yer alan sorularla sınırlandırılmıştır.

Evde bakım hizmeti alan bedensel engelliler, zihinsel engeli olmayanlar, psikiyatrik sorunu olmayanlar (psikotik sorunlar) ile sınırlandırılmıştır.

5.9. ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI

Araştırmada kullanılan görüşme formunun, evde bakım hizmeti alan bireylerin yaşam kalitesi ve bakım kalitesini tespit etmeye uygun ve yeterli olduğu varsayılmaktadır.

Araştırmaya katılan engelli bireylerin görüşme formu sorularına verdiği yanıtlar doğru ve güvenilir olarak kabul edilmektedir.

5.10. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma Ocak 2015 - Ağustos 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın tüm giderleri araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Araştırma süreci aşağıdaki tabloda görüldüğü gibidir.

Tablo 1. Araştırma süreci

TEZ AŞAMALARI	Ocak 2015	Şubat 2015	Mart 2015	Mayıs 2015	Eylül 2015	Aralık 2016	Ocak 2017	Şubat 2017	Kasım 2017	Ocak 2018	Şubat 2018	Mart 2018	Nisan 2018	Mayıs 2018	Haziran 2018	Temmuz 2018	Temmuz 2019
Araştırma konusunun belirlenmesi	X																
Literatür taraması	X	X	X	X	X	X	X		X								
Araştırma deseni		X															
Evrenin belirlenmesi		X															
Yöntem belirleme			X														
Örnekleme planlaması			X														
Tez konusunun onayı				X													
Etik kurul evraklarının hazırlanması					X												
Etik kurul onayı					X												
Kurum izinleri				X													
Verilerin toplanması					X	X	X										
Verilerin girişi						X	X	X									
Verilerin analize hazırlanması								X	X								
Analizlerin yapılması										X	X	X					
Analizlerin yorumlanması											X	X	X				
Tezin yazımı	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

6. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada elde edilen tanımlayıcı ve analitik bulgular sunulmuştur.

6.1 TANIMLAYICI BULGULAR

6.1.1 Engelliye ait tanımlayıcı özellikler

Tablo 2. Araştırmaya katılan bedensel engellilerin yaş ve cinsiyet dağılımı (n=109)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	55	50,5
Kadın	54	49,5
Yaş		
19-50 yaş arası	37	33,9
51-64 yaş arası	26	23,9
65-84 yaş arası	41	37,6
85 üzeri	5	4,6
Yaş Ortalaması±standart sapma	58,8±18,3	
Ortanca yaş (En düşük-Yüksek)	61 (19-96)	

Araştırmaya katılan bedensel engellilerin %50,5'i erkek, yaş ortalaması $58,8 \pm 18,3$, ortanca yaş 61, en küçük yaş 19 ve en büyük yaş 96'dır. Katılımcıların %42,2'si 65 yaş ve üzeri gruptandır.

Tablo 3. Engellinin eğitim ve medeni durumu

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Medeni Durum		
Evli	53	48,6
Bekar	27	24,8
Dul/Boşanmış	29	26,6
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	34	31,2
Okur-yazar	16	14,7
İlkokul	35	32,1
Ortaokul	11	10,1
Lise	10	9,2
Üniversite	3	2,8

Engellilerin %48,8'i evli, %26,6'sı dul-boşanmış ve %24,8'i bekadır. Eğitim durumları incelendiğinde %31,2'sinin okuma yazması bulunmamakta, %14,7'si okuryazar, %32,1'i ilkokul, %10,1'i ortaokul, %9,2'si lise ve %2,8'i üniversite mezunudur.

Tablo 4. Engellilik süresi ve engellilik oluşma nedeni

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Engellilik süresi		
Doğumdan bu yana	11	10,1
Sonradan Oluştı	98	89,9
Engellilik süresi (yıl)		
Ortalama±Standart Sapma	18,5±16,7	
Ortanca (En düşük-Yüksek)	11 (1-70)	
Engellilik oluşma nedeni		
Kaza	12	11,0
Hastalık	80	73,4
Genetik ve kalıtsal bozukluk	11	10,1
Diğer	6	5,5

Katılan engellilerin %89,9'unun engeli sonradan oluşmadır. Yalnızca %10,1'i doğuştan engele sahiptir. Ortalama engellilik süresi incelendiğinde 18,5±16,7 yıl, ortancası 11, en düşük 1 yıl ve en yüksek 70 yıldır. Engellilik oluşma nedenleri sorgulandığında %73,4'ü hastalık, %11,0'i kaza, %10,1'i genetik-kalıtımsal bozukluk ve %5,5'i diğer nedenler olduğunu bildirmiştir.

Tablo 5. Engellinin yaşadığı yer, başka engelli varlığı ve anne-baba akrabalık durumu

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Engelli kiminle yaşıyor		
Anne ve Baba ile	9	8,3
Esi ve Çocukları ile	47	43,1
Akrabası ile	6	5,5
Yalnız	1	0,9
Diğer (ikinci ve üçüncü dereceden akrabalar)	46	42,2
Hanede başka engelli var mı		
Var	12	11,0
Yok	97	89,0
Anne-baba akrabalık durumu var mı?		
Var	16	14,7
Yok	93	85,3

Engellilerin %43,1'i eşi ve çocukları ile birlikte, %42,2'si ikinci ve üçüncü dereceden akrabaları ile birlikte yaşadıklarını bildirmiştir. Katılımcıların %11,0'inin yaşadığı hanede bir başka engelli var iken, %14,7'i anne-babaları arasında bir akrabalık bağı bulunduğunu belirtmiştir.

Tablo 6. Engellinin gelir ve sosyal güvence durumu

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Halen oturulan konut kime aittir		
Kira	50	45,9
Kendisine Ait	39	35,8
Akrabaya Ait Kira Vermiyor	20	18,3
Engellinin kendine ait geliri var mı?		
Var	79	72,5
Yok	30	27,5
Gelir-gider durumu öz değerlendirmesi		
Oldukça Yeterli	1	0,9
Kısmen Yeterli	21	19,3
Yeterli Değil	84	77,1
Hiç Yeterli Değil	3	2,8
Sağlık ile ilgili sosyal güvence durumu		
SGK (emekli sandığı-Bagkur-SGK)	70	64,2
Yeşil Kart	37	33,9
GSS	2	1,8
Kendi adına sosyal güvencesi		
Var	72	66,1
Yok	37	33,9

Engellilerin %45,9'u kirada otururken %%35,8'inin kendisine ait evi bulunmaktadır. Engellilerin %72,5'inin kendilerine ait gelirleri varken, %77,1'i gelirlerini yeter değil, %2,8'i hiç yeterli değil şeklinde belirtmiştir. Engellilerin sosyal güvence dağılımları incelendiğinde %64,2'sinin SGK güvencesi bulunurken %33,9'u

yeşil kart üzerinden sağlık güvencesine sahip olduğu ve %1,8'inin ise GSS primi ile sigorta sahibi olduğu görülmektedir. Katılımcıların %66,1'inin kendi adına sosyal güvencesi bulunmaktadır.

6.1.2 Bakıcıya ait tanımlayıcı özellikler

Tablo 7. Araştırmaya katılan bedensel engellilerin bakıcılarına ait sosyodemografik özellikleri.

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	26	23,9
Kadın	83	76,1
Yaş		
19-50 yaş arası	55	50,5
51-64 yaş arası	29	26,6
65-84 yaş arası	25	22,9
Yaş Ortalaması±standart sapması	51,5±14,5	
Ortanca yaş (En düşük-yüksek)	50 (20-82)	

Araştırmaya katılan engelli bakıcılarının %76,1'i kadındır. Bakıcıların yaş ortalaması 51,5±14,5, ortanca yaş 50, en düşük 20 ve en yüksek 82 yaş bulunmaktadır.

Tablo 8. Bakıcıların medeni durum ve eğitim durumları

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Medeni Durum		
Evli	80	73,4
Bekar	10	9,2
Dul/Boşanmış	18	16,5
Diğer	1	0,9
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	19	17,4
Okur-yazar	10	9,2
İlkokul	58	53,2
Ortaokul	16	14,7
Lise	6	5,5

Araştırmaya katılan bakıcıların %73,4'ü evli, %9,2'si bekadır. Eğitim durumları incelendiğinde ise %17,4'ünün okuma yazması bulunmamakta, %9,2'si okuryazar, %53,2'si ilkokul, %14,7'si ortaokul ve %5,5'i lise mezunudur.

Tablo 9. Bakıcının engelli bakımı ile ilgili bilgileri

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Bakıcının engelliye yakınlık derecesi		
Anneannesi	1	0,9
Annesi	17	15,6
Babası	3	2,8
Eşi	39	35,8
Gelini	12	11,0
Kardeşi	6	5,5
Kızı	17	15,6
Oğlu	10	9,2
Torunu	2	1,8
Vasisi	1	0,9
Yengesi	1	0,9
Bakıcının çalışma durumu		
Evet, çalışıyor	5	4,6
Hayır, çalışmıyor	104	95,4
Meslek kurslarına katılma durumu		
Evet, katılmış	2	1,8
Hayır, katılmamış	107	98,2
Daha önce engelli yaşlı bakım hizmetinde çalışma durumu		
Evet, çalışmış	3	2,8
Hayır, çalışmamış	106	97,2
Başka engelli bakma durumu		
Evet, bakıyor	51	46,8
Hayır, bakmıyor	58	53,2

Bakıcıların engelliye olan yakınlığı incelendiğinde %35,8'i eşi, %18,4'ü anne ya da babası, %24,8'i oğlu ya da kızı, %11,0'i gelinidir. Bakıcıların %95,4'ü çalışmamakta, %1,8 bakıcılık ile ilgili bir kursa katılmış, %2,8'i daha önce bir bakım hizmetinde çalışmıştır. Katılımcı bakıcıların %46,8'i başka bir engelliye daha baktığını belirtmiştir.

6.1.3 Engellinin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme durumuna ilişkin özellikleri

Tablo 10. Engellinin günlük yaşam aktivitelerine durumuna ilişkin özelliklerinin değerlendirilmesi

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Tam Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Engellinin Öz bakım İhtiyaçlarını Giderme Durumu						
El yüz kulak burun temizlik	64	58,7	30	27,5	15	13,8
Tırnakların kesilmesi	72	66,1	18	16,5	19	17,4
Sakal tıraşı (*)	41	37,6	7	6,4	5	4,6
Tuvalet ihtiyacı	82	75,2	23	21,1	4	3,7
Banyo ihtiyacı	95	87,2	12	11,0	2	1,8
Yeme-içme becerileri	57	52,3	32	29,4	20	18,3
Giyinme soyunma becerileri	74	67,9	30	27,5	5	4,6
Engellinin Hareket (Fiziksel Durumu)						
Yürüme becerileri	89	81,7	16	14,7	4	3,7
El ve kollarını kullanma	54	49,5	24	22,0	31	28,4
Merdiven inip çıkma	96	88,1	9	8,3	4	3,7

(*) kadınlar için yanıt boş bırakıldı.

Tablo 10. devamı

Günlük Yaşam Aktiviteleri	Tam Bağımlı		Kısmen bağımlı		Bağımsız	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Engellinin Sosyal Becerileri ve Güvenlikte Olma Durumu						
Kendini ifade	37	33,9	21	19,3	51	46,8
Kendisine ve çevresine zarar verme riski	61	56,0	13	11,9	35	32,1
Tehlike anında tehlike algılama	68	62,4	10	9,2	31	28,4
Engellinin Ev İşlerin ve İdaresini Yapabilme Durumu						
Evde kendi başına yasama	104	95,4	5	4,6	0	0,0
Alışveriş yapabilme	101	92,7	8	7,3	0	0,0
Yemek pişirebilme	104	95,4	5	4,6	0	0,0
Ev temizleme bulaşık çamaşır	104	95,4	5	4,6	0	0,0
Soba yakma ve kombi çalıştırma	101	92,7	8	7,3	0	0,0

Engellilerin günlük yaşam aktivitelerinde ne ölçüde bağımlı olduğunu gösteren durumların değerlendirmesi tablo 10'da sunulmuştur. Buna göre engellinin öz bakım ihtiyaçlarını gidermede ele-yüz-kulak-burun temizliğinde %58,7, tırnak kesilmesinde %66,1, tuvalet ihtiyacında %75,2, banyo ihtiyacında %87,2, giyinip soyunma becerilerinde %67,9, yeme-içme becerilerinde %52,3 tam bağımlıdır.

Engellinin hareket becerileri incelendiğinde yürüme becerilerinde %81,7, merdiven inip-çıkma %88,1 ve el ve kol kullanmada %49,5 tam bağımlılık bulunmaktadır.

Engellinin sosyal becerileri ve güvenlikte olma durumu incelendiğinde, %62,4'ü tehlike algılamada, %56,0'sı kendisine ve çevresine zarar verme riski açısından, %33,9'u kendini ifade etme durumu için tam bağımlıdır.

Engellinin ev işlerini ve idaresini yapabilme durumu için yapılan değerlendirmesinde %95,4'ü evde kendi başına yaşama, %92,7'si alışveriş yapabilme, %95,4'ü yemek pişirebilme, %95,4'ü ev temizliği, bulaşık, çamaşır işleri açısından, %92,7'si soba-kombi çalıştırabilme açısından tam bağımlıdır.

6.1.4. Yaşam kalitesi, bakım ve destek kalitesi ve yetiyitimi durumuna ilişkin bilgiler

Tablo 11. Yaşam kalitesi, bakım ve destek kalitesi ve yetiyitimi ölçek puanları dağılımı

Ölçek boyutları (puan aralığı)	Ort.±SS	Min-Maks.
WHOQOL-BREF-D		
Bedensel Alan (0-100)	25,4±11,0	0,0-60,7
Ruhsal Alan – (0-100)	30,5±15,1	0,0-75,0
Sosyal Alan – (0-100)	27,9±17,2	0-66,7
Çevresel Alan – (0-100)	36,0±12,0	3,1-65,6
Engelli Modülü – (0-100)	29,9±11,9	5,8-63,5
Bedensel Alan (4-20)	8,1±1,8	4,0-13,7
Ruhsal Alan (4-20)	8,9±2,4	4,0-16,0
Sosyal Alan (4-20)	8,5±2,7	4,0-14,7
Çevresel Alan (4-20)	9,8±1,9	4,5-14,5
Engelli Modülü (4-20)	8,8±1,9	4,9-14,2
Bakım ve Destek Kalitesi Ölçeği (QOCS-D)		
Profesyonel Hizmet Kalitesi (0-100)	63,6±13,9	37,5-100
Profesyonel Hizmetlere Ulaşabilirlik (0-100)	60,6±15,9	31,3-100
Evde ve Toplumda Bakım ve Hizmet Kalitesi (0-100)'	43,4±8,7	20,0-72,0
Bilgi Edinebilme (0-100)	43,9±19,4	0,0-87,5
Toplam QOCS puanı (0-100)	55,5±9,1	35,3-83,8
Profesyonel Hizmet Kalitesi (4-20)	14,2±2,2	10,0-20,0
Profesyonel Hizmetlere Ulaşabilirlik (4-20)	13,7±2,5	9,0-20,0
Evde ve Toplumda Bakım ve Hizmet Kalitesi (5-25)'	15,9±2,2	10,0-23,0
Bilgi Edinebilme (4-20)	11,0±3,1	4,0-18,0
Toplam QOCS puanı (17-85)	54,7±6,2	41,0-74,0
WHODAS-II		
Anlama ve iletişim kurma (0-100)	63,1±28	0-100
Hareket, Bir Yerden Bir Yere Gitme (0-100)	90,3±19,4	0-100
Kendine bakım (0-100)	88,9±19,8	0-100
İnsan ilişkileri (0-100)	65,7±26,1	5-100
Yaşam faaliyetleri (0-100)	31,7±17,1	0-100
Toplumsal yasama katılım (0-100)	67,6±17,1	28-100
WHODAS toplam (0-100)	67,8±14	16-90

Araştırmaya katılan bedensel engellilerin yaşam kalitesi, bakım ve destek kalitesi ve WHODAS II'den aldığı puanların dağılımı tablo 11'de sunulmuştur. Tüm puanlar 0-100 aralığında ölçeklendirilmiş olup yaşam kalitesinin engelli boyutu dahil tümünde puanların 25 ile 36 aralığında yer aldığı görülmektedir. Bakım ve destek kalitesi ölçeğinde en yüksek puan $63,6 \pm 13,9$ ile profesyonel hizmet kalitesinde, en düşük puan $43,4 \pm 8,7$ ile evde ve toplumda bakım ve hizmet kalitesi boyutunda yer almaktadır. Düşük puanlardan bir diğeri $43,9 \pm 19,4$ ile bilgi edinme boyutundadır.

WHODAS II'den elde edilen puanların dağılımları incelendiğinde bedensel engellilerin en yüksek puanı hareket, bir yerden bir yere gitme boyutunda ($90,3 \pm 19,4$) elde ettiği, peşi sıra $88,9 \pm 19,8$ ortalama puan ile kendine bakım boyutunun izlediği görülmektedir. En düşük puan ise yaşam faaliyetleri boyutundan elde edilmiştir ($31,7 \pm 17,1$).

6.2. ÇÖZÜMLEYİCİ BULGULAR

6.2.1. Tek değişkenli analiz sonuçları

Bu bölümde öncelikle sosyodemografik özellikler ile engellinin yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin karşılaştırma sonuçları sunulacaktır. Daha sonra bakım kalitesi ve WHODAS II engellilik boyutları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiler incelenecektir.

Tablo 12. Hanede başka engelli varlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Boyutlar	Grup	n	Ort±ss	t	p
Bedensel Alan	Var	12	29,8±7,4	1,47	0,143
	Yok	97	24,8±11,3		
Ruhsal Alan	Var	12	33±17,7	0,59	0,555
	Yok	97	30,2±14,8		
Sosyal Alan	Var	12	32,6±21,2	1,01	0,314
	Yok	97	27,3±16,7		
Çevresel Alan	Var	12	39,3±9,4	1,01	0,317
	Yok	97	35,6±12,3		
Engelli Modülü	Var	12	30,9±13,6	0,33	0,742
	Yok	97	29,7±11,8		

Araştırmaya katılan engellilerin yaşam kalitesi ile hanede başka engelli varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$)

Tablo 13. Engellinin anne-baba akrabalık durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Boyutlar	Grup	n	Ort±ss	t	p
Bedensel Alan	Var	16	19,6±11,1	-2,29	0,024
	Yok	93	26,3±10,8		
Ruhsal Alan	Var	16	31,5±17,3	0,28	0,783
	Yok	93	30,4±14,8		
Sosyal Alan	Var	16	24±17,4	-1,00	0,322
	Yok	93	28,6±17,1		
Çevresel Alan	Var	16	37,7±16,6	0,45	0,552
	Yok	93	35,8±11,1		
Engelli Modülü	Var	16	27,3±14,6	-0,79	0,353
	Yok	93	30,3±11,4		

Engellinin anne-baba akrabalık durumu ile yaşam kalitesi bedensel alan arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Anne-baba akraba bağı olan bedensel engellilerin yaşam kalitesi bedensel alan puanı olmayanlara göre daha düşüktür ($p<0,05$). Diğer boyutlarda anlamlı bir arasındaki ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14. Engellinin kendine ait gelir varlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Boyutlar	Grup	n	Ort±ss	t	p
Bedensel Alan	Var	79	25,9±11,5	0,77	0,446
	Yok	30	24±9,7		
Ruhsal Alan	Var	79	31,7±15,6	1,3	0,197
	Yok	30	27,5±13,6		
Sosyal Alan	Var	79	28,4±16	0,46	0,645
	Yok	30	26,7±20,1		
Çevresel Alan	Var	79	35,7±12	-0,5	0,616
	Yok	30	37±12,3		
Engelli Modülü	Var	79	31±12,2	1,63	0,107
	Yok	30	26,9±10,9		

Engellinin kendine ait gelir varlığı ile yaşam kalitesi boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Engellinin hane halkı gelirini yeterli bulma durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Boyutlar	Grup	n	Ort±ss	t	p
Bedensel Alan	Yeterli	23	20,2±12,6	-2,6	0,011
	Yeterli Değil	86	26,7±10,2		
Ruhsal Alan	Yeterli	23	28,6±15,5	-0,68	0,496
	Yeterli Değil	86	31,1±15,1		
Sosyal Alan	Yeterli	23	25,7±14,8	-0,68	0,496
	Yeterli Değil	86	28,5±17,8		
Çevresel Alan	Yeterli	23	41,4±12,1	2,49	0,014
	Yeterli Değil	86	34,6±11,6		
Engelli Modülü	Yeterli	23	28,3±11,3	-0,68	0,498
	Yeterli Değil	86	30,3±12,1		

Engellinin hane halkı gelirini yeterli bulma durumu ile yaşam kalitesi bedensel ve çevresel alan arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Geliri yeterli bulan engellilerin yaşam kalitesi bedensel alan puanları anlamlı olarak daha düşük iken, çevresel alan puanları daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 16. Engellinin sosyal güvence durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Boyutlar	Grup	n	Ort±ss	t	p
Bedensel Alan	SGK	70	23±10,4	-3,1	0,002
	YK-GSS	39	29,6±10,9		
Ruhsal Alan	SGK	70	30±15,1	-0,5	0,618
	YK-GSS	39	31,5±15,3		
Sosyal Alan	SGK	70	28,8±17,8	0,73	0,464
	YK-GSS	39	26,3±16,2		
Çevresel Alan	SGK	70	36,3±11	0,25	0,806
	YK-GSS	39	35,7±13,8		
Engelli Modülü	SGK	70	30±11,5	0,14	0,888
	YK-GSS	39	29,6±12,8		

SGK: (emekli sandığı, bağ-kur, SSK), YK-GSS: Yeşil kart veya Genel Sağlık Sigortası

Araştırmaya katılanların tümü sağlık ile ilgili bir sosyal güvenliğe sahiptir. Sahip olunan sağlık güvencesi türü açısından karşılaştırıldığında SGK güvencesine sahip olanların yeşil kart ya da genel sağlık sigortasına sahip olanlara göre bedensel alan puanı anlamlı olarak daha düşük düzeydedir ($p<0,05$).

Tablo 17. Engellinin oturduğu evin mülkiyeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Boyutlar	Grup	n	Ort±ss	F	p
Bedensel Alan	Kira	50	25,2±11	0,510	0,602
	Kendisine Ait	39	24,5±11,2		
	Kira ödemiyor	20	27,5±11		
Ruhsal Alan	Kira	50	30,8±15,9	0,397	0,673
	Kendisine Ait	39	29,1±15,8		
	Kira ödemiyor	20	32,7±12		
Sosyal Alan	Kira	50	27,5±16,6	0,711	0,494
	Kendisine Ait	39	30,1±18,7		
	Kira ödemiyor	20	24,6±15,6		
Çevresel Alan	Kira	50	34,3±11	1,166	0,316
	Kendisine Ait	39	38,2±12,9		
	Kira ödemiyor	20	36,1±12,6		
Engelli Modülü	Kira	50	30,1±11,4	0,016	0,984
	Kendisine Ait	39	29,7±12,5		
	Kira ödemiyor	20	29,6±12,8		

Kira ödemiyor: Oturulan konut bir akrabasına ait olup kira ödemiyor

Araştırmaya katılan engellilerin ev mülkiyeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde tüm boyutlarda anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18. Engellinin cinsiyeti ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Boyutlar	Grup	n	Ort±ss	t	p
Bedensel Alan	Erkek	55	24,4±11,9	-0,9	0,369
	Kadın	54	26,3±10,1		
Ruhsal Alan	Erkek	55	30,6±16,2	0,04	0,965
	Kadın	54	30,5±14,1		
Sosyal Alan	Erkek	55	25,6±16,8	-1,42	0,159
	Kadın	54	30,2±17,4		
Çevresel Alan	Erkek	55	37±12,1	0,88	0,379
	Kadın	54	35±12		
Engelli Modülü	Erkek	55	29,7±13,7	-0,18	0,860
	Kadın	54	30,1±9,9		

Araştırmaya katılan engellilerin cinsiyeti ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 19. Engellinin medeni durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Boyutlar	Grup	n	Ort±ss	F	p
Bedensel Alan	Evli	53	23,2±11,4	2,079	0,130
	Bekar	27	28,2±12,4		
	Dul/Boşanmış	29	26,6±8,2		
Ruhsal Alan	Evli	53	30±15,9	1,110	0,333
	Bekar	27	34,1±15,8		
	Dul/Boşanmış	29	28,3±12,7		
Sosyal Alan	Evli	53	26,4±16,2	0,418	0,659
	Bekar	27	29,9±20,1		
	Dul/Boşanmış	29	28,7±16,5		
Çevresel Alan	Evli	53	35,9±13,5	0,225	0,799
	Bekar	27	37,3±12,7		
	Dul/Boşanmış	29	35,1±8,1		
Engelli Modülü	Evli	53	28,5±12,4	0,970	0,382
	Bekar	27	32,4±12,7		
	Dul/Boşanmış	29	30±10,2		

Araştırmaya katılan engellilerin medeni durumları ile yaşam kaliteleri arasında bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 20. Engellinin eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Boyutlar	Grup	n	Ort±ss	t	p
Bedensel Alan	Eğitimsiz	50	25,6±9,2	0,25	0,807
	Eğitimli	59	25,1±12,4		
Ruhsal Alan	Eğitimsiz	50	27,1±12,7	-2,29	0,027
	Eğitimli	59	33,5±16,4		
Sosyal Alan	Eğitimsiz	50	24,7±14,6	-1,83	0,070
	Eğitimli	59	30,6±18,8		
Çevresel Alan	Eğitimsiz	50	32,8±11,8	-2,65	0,009
	Eğitimli	59	38,8±11,5		
Engelli Modülü	Eğitimsiz	50	26,9±10,1	-2,41	0,018
	Eğitimli	59	32,3±12,9		

Eğitimsiz: okuryazar değil ya da okur yazar, Eğitimli: ilkokul, ortaokul veya lise mezunu

Araştırmaya katılan engellilerin eğitim durumları ile yaşam kalitesi ruhsal, çevresel alan ve engelli modülü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitimli grupta yer alanların yaşam kalitesi ruhsal, çevresel alan ve engelli modülü puan ortalamaları eğitimli grupta yer alanlara göre daha düşük düzeydedir.

Tablo 21. Engellinin engelli olma zamanı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Boyutlar	Grup	n	Ort±ss	t	p
Bedensel Alan	Doğuştan	11	26,6±12,1	0,40	0,690
	Sonradan	98	25,2±10,9		
Ruhsal Alan	Doğuştan	11	33±16,5	0,56	0,579
	Sonradan	98	30,3±15		
Sosyal Alan	Doğuştan	11	32,6±18,4	0,95	0,344
	Sonradan	98	27,4±17		
Çevresel Alan	Doğuştan	11	32,1±13	-1,15	0,253
	Sonradan	98	36,5±11,9		
Engelli Modülü	Doğuştan	11	33±9,3	0,94	0,352
	Sonradan	98	29,5±12,2		

Araştırmaya katılan engellilerin engelli olma zamanları ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 22. Engellinin bakıcısının cinsiyeti ile engellinin yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Boyutlar	Grup	n	Ort±ss	t	p
Bedensel Alan	Erkek	26	26,5±9,4	0,61	0,544
	Kadın	83	25±11,5		
Ruhsal Alan	Erkek	26	31,9±13	0,52	0,605
	Kadın	83	30,1±15,8		
Sosyal Alan	Erkek	26	33,3±20,3	1,87	0,065
	Kadın	83	26,2±15,8		
Çevresel Alan	Erkek	26	37,6±12,2	0,77	0,444
	Kadın	83	35,5±12		
Engelli Modülü	Erkek	26	30,8±10,7	0,48	0,629
	Kadın	83	29,5±12,3		

Engellilerin bakıcılarının cinsiyeti ile engellinin yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 23. Engellinin bakıcısının medeni durumu ile engellinin yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Boyutlar	Grup	n	Ort±ss	t	p
Bedensel Alan	Evli	80	24,5±11,1	-1,35	0,181
	Bekar	29	27,7±10,5		
Ruhsal Alan	Evli	80	30,3±15,7	-0,26	0,793
	Bekar	29	31,2±13,7		
Sosyal Alan	Evli	80	26,7±16,7	-1,25	0,213
	Bekar	29	31,3±18,3		
Çevresel Alan	Evli	80	36,7±12,8	0,93	0,356
	Bekar	29	34,3±9,4		
Engelli Modülü	Evli	80	29,3±12,3	-0,83	0,407
	Bekar	29	31,4±10,7		

Araştırmaya katılan engellilerin bakıcılarının medeni durumu ile engellinin yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 24. Engellinin bakıcısının eğitim durumu ile engellinin yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Boyutlar	Grup	n	Ort±ss	t	p
Bedensel Alan	Eğitimsiz	29	27±12,3	0,92	0,361
	Eğitimli	80	24,8±10,5		
Ruhsal Alan	Eğitimsiz	29	30,9±14,7	0,14	0,886
	Eğitimli	80	30,4±15,4		
Sosyal Alan	Eğitimsiz	29	23,3±14,7	-1,71	0,090
	Eğitimli	80	29,6±17,8		
Çevresel Alan	Eğitimsiz	29	34,1±15,8	-1,04	0,300
	Eğitimli	80	36,8±10,3		
Engelli Modülü	Eğitimsiz	29	28,8±12,2	-0,56	0,574
	Eğitimli	80	30,2±11,9		

Engelli bakıcısının eğitim durumu ile engellinin yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25. Engellinin bakıcısının çalışma durumu ile engellinin yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Boyutlar	Grup	n	Ort±ss	t	p
Bedensel Alan	Evet	5	25,7±8,1	0,07	0,942
	Hayır	104	25,3±11,2		
Ruhsal Alan	Evet	5	28,3±8	-0,33	0,740
	Hayır	104	30,6±15,4		
Sosyal Alan	Evet	5	33,3±20,4	0,72	0,472
	Hayır	104	27,6±17,1		
Çevresel Alan	Evet	5	26,3±12,2	-1,89	0,062
	Hayır	104	36,5±11,8		
Engelli Modülü	Evet	5	32,3±9,6	0,47	0,640
	Hayır	104	29,7±12,1		

Engelli bakıcısının çalışma durumu ile engellinin yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Tablo 26. Engellinin bakıcısının başkaca baktığı kişi varlığı ile engellinin yaşam kalitesi arasındaki ilişki

Boyutlar	Grup	n	Ort±ss	t	p
Bedensel Alan	Evet	51	25,6±10,9	0,18	0,860
	Hayır	58	25,2±11,2		
Ruhsal Alan	Evet	51	30,6±16,2	0,06	0,952
	Hayır	58	30,5±14,2		
Sosyal Alan	Evet	51	26,5±17,6	-0,82	0,416
	Hayır	58	29,2±16,8		
Çevresel Alan	Evet	51	37,6±13	1,3	0,198
	Hayır	58	34,6±10,9		
Engelli Modülü	Evet	51	28,9±12,4	-0,79	0,429
	Hayır	58	30,7±11,5		

Engelli bakıcısının başkaca baktığı kişi varlığı ile engellinin yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 27. Bakım kalitesi, engellilik durumu, yaş, engellilik süresi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki

	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan	Engelli Modülü
Profesyonel Hizmet Kalitesi	-0,081	0,120	0,397**	0,242*	0,384**
Profesyonel Hizmetlere Ulaşabilirlik	-0,057	-0,072	-0,258**	0,105	-0,317**
Evde ve Toplumda Bakım ve Hizmet Kalitesi	0,002	0,261**	0,322**	0,551**	0,356**
Bilgi Edinebilme	0,096	0,173	0,553**	0,370**	0,525**
Toplam QOCS puanı	-0,004	0,191*	0,425**	0,507**	0,395**
Anlama ve iletişim kurma	-0,301**	-0,531**	-0,434**	-0,266**	-0,480**
Hareket, Bir Yerden Bir Yere Gitme	-0,300**	-0,255**	-0,221*	-0,207*	-0,226*
Kendine bakım	-0,328**	-0,264**	-0,326**	-0,256**	-0,315**
İnsan ilişkileri	-0,240*	-0,560**	-0,497**	-0,436**	-0,541**
Yaşam faaliyetleri	-0,037	0,153	0,160	-0,050	0,219*
Toplumsal yasama katılım	-0,308**	-0,416**	-0,108	-0,396**	-0,191*
WHODAS toplam	-0,396**	-0,531**	-0,420**	-0,425**	-0,452**
Engellinin yaşı	-0,135	-0,160	-0,121	-0,197*	-0,141
Bakıcının yaşı	0,054	0,112	0,096	0,001	0,043
Engellilik süresi (yıl)	0,158	0,230*	0,234*	0,167	0,300**

* p<0,05, ** p<0,01

Araştırmaya katılan engellilerin bakım kalitesi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde profesyonel hizmet kalitesi engellinin yaşam kalitesi sosyal, ($r=0,397$, $p<0,01$) çevresel alanı ($r=0,242$, $p<0,05$) ve engelli modülünde ($r=0,384$, $p<0,01$) pozitif yönde anlamlı ilişki göstermektedir.

Bakım kalitesi alt boyutu “profesyonel hizmetlere ulaşılabilirlik” ile yaşam kalitesinin sosyal alanı ($r=-0,258$, $p<0,01$) ve engelli modülünde ($r=-0,317$, $p<0,01$) negatif yönde bir birliktelik bulunmaktadır.

Bakım kalitesi boyutlarından olan “evde ve toplumda bakım ve hizmet kalitesi” ile yaşam kalitesinin ruhsal alanı ($r=0,261$, $p<0,01$), sosyal alanı ($r=0,322$, $p<0,01$), çevresel alanı ($r=0,551$, $p<0,01$) ve engelli modülünde ($r=0,356$, $p<0,01$) pozitif yönde anlamlı birlikteliğin olduğu görülmektedir.

Bakım kalitesi boyutlarından “bilgi edinebilme” ile yaşam kalitesi sosyal ($r=0,553$, $p<0,01$), çevresel ($r=0,370$, $p<0,01$) ve engelli modülü ($r=0,525$, $p<0,01$) arasında anlamlı düzeyde korelasyon bulunmuştur.

Bakım ve destek kalitesi toplam puanı ile yaşam kalitesinin ruhsal ($r=0,191$, $p<0,05$) boyutuyla düşük, sosyal ($r=0,425$, $p<0,01$), çevresel ($r=0,507$, $p<0,01$) ve engelli modülü ($r=0,395$, $p<0,01$) boyutu ile orta düzeyde birliktelik olduğu tespit edilmiştir.

WHODAS-II toplam ve alt boyutlarının hemen hemen tamamına yakınının yaşam kalitesi boyutları ile anlamlı düzeyde ilişki gösterdiği bulunmuştur. WHODAS-II toplam puanı ile yaşam kalitesi bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel ve engelli modülü boyutları arasında düşük ve orta düzeyde korelasyon olduğu görülmektedir (sırasıyla $r=-0,396$, $r=-0,531$, $r=-0,420$, $r=-0,425$, $r=-0,452$, $p<0,01$). WHODAS-II’nin alt boyutlarında sırasıyla en yüksek üç birliktelik insan ilişkileri ile ruhsal boyutta ($r=-0,560$, $p<0,01$), insan ilişkileri ile engelli modülü boyutunda ($r=-0,541$, $p<0,01$) ve anlama ve iletişim kurma ile ruhsal boyutta ($r=-0,531$, $p<0,01$) tespit edilmiştir (tablo 27).

Ayrıca engellinin yaşı ile yaşam kalitesi çevresel boyutta düşük düzeyde negatif yönde ($r=-0,197$, $p<0,05$), engellilik süresi ile ruhsal ($r=0,230$, $p<0,05$), sosyal

($r=0,234$, $p<0,05$) ve engelli modülü boyutunda ($r=0,300$, $p<0,01$) pozitif yönde düşük düzeyde birliktelik bulunmuştur.



6.2.1. Çok değişkenli analiz sonuçları

Tablo 28. Sosyodemografik özellikler, bakım ve destek kalitesi ve yetiştirimi durumu ile yaşam kalitesi boyutları arasındaki ilişkinin çok değişkenli doğrusal regresyon ile çözümlenmesi

(Modeller) Değişkenler	Coef,	T	p	S,Beta	η^2	Adj.R ²
(Model 1) YK-Bedensel alan					0,338	0,305
QOC-S toplam	-0,121	-1,16	0,249	-0,100	0,013	
WHODAS toplam	-0,319	-4,71	0,000	-0,404	0,177	
Anne-baba akrabalık durumu (yok)	6,988	2,77	0,007	0,225	0,069	
Gelir algısı (yeterli değil)	5,494	2,51	0,014	0,204	0,058	
Sosyal Güvence (YK-GSS)	6,260	3,35	0,001	0,274	0,098	
Sabit	22,424	1,98	0,050			
(Model 2) YK-Ruhsal alan					0,310	0,284
QOC-S toplam	-0,056	-0,38	0,705	-0,034	0,001	
WHODAS toplam	-0,520	-5,38	0,000	-0,481	0,218	
Engellilik süresi (yıl)	0,138	1,74	0,084	0,152	0,028	
Eğitim durumu (eğitimli)	3,761	1,44	0,152	0,125	0,020	
Sabit	60,608	4,82	0,000			
(Model 3) YK-Sosyal alan					0,275	0,254
QOC-S toplam	0,566	3,33	0,001	0,301	0,096	
WHODAS toplam	-0,369	-3,37	0,001	-0,300	0,098	
Engellilik süresi (yıl)	0,091	1,02	0,309	0,089	0,010	
Sabit	19,831	1,45	0,150			
(Model 4) YK-Çevre alan					0,373	0,348
QOC-S toplam	0,488	4,43	0,000	0,371	0,159	
WHODAS toplam	-0,238	-3,29	0,001	-0,277	0,094	
Gelir algısı (yeterli değil)	-5,175	-2,25	0,027	-0,177	0,046	
Eğitim durumu (eğitimli)	2,439	1,26	0,210	0,102	0,015	
Sabit	30,549	2,81	0,006			
(Model 5) Engelli Modülü					0,313	0,286
QOC-S toplam	0,279	2,39	0,019	0,214	0,052	
WHODAS toplam	-0,261	-3,43	0,001	-0,306	0,102	
Engellilik süresi (yıl)	0,139	2,23	0,028	0,194	0,046	
Eğitim durumu (eğitimli)	3,318	1,62	0,109	0,139	0,024	
Sabit	24,370	2,46	0,015			

Coef.: Regresyon katsayısı, S.Beta: standartlaştırılmış regresyon (beta) katsayısı,
 η^2 : etki büyüklüğü (0,01-0,04 düşük, 0,06-0,11 orta, 0,14-0,20 büyük)
 R^2 : modelin açıklama katsayısı

Araştırmaya katılan engellilerin yaşam kalitesi boyutlarından aldıkları puanların tek değişkenli analizde anla olarak etkileyen sosyodemografik değişkenler, bakım ve destek kalitesi ve yetiyitimi değerlendirmesi ile çok değişkenli karşılaştırması tablo 28’de sunulmuştur. Her bir yaşam kalitesi boyutu için ayrı ayrı analiz yapılmıştır. Tek değişkenli analizde anlamlı sonuç oluşturup oluşturmadığına bakılmaksızın QOC-S toplam ve WHODAS toplam puanları çözümlemeye dahil edilmiştir.

Elde edilen sonuçlar yaşam kalitesi bedensel boyutta anlamlı ilişki gösteren değişkenler anne-baba akrabalık bağının olmaması, yetersiz gelir algısı, sosyal güvencenin yeşil kart veya GSS olması anlamlı etki oluşturan sosyodemografik değişkenler olarak belirlenmiştir. Ayrıca WHODAS toplam puanının artması yaşam kalitesi bedensel alanında negatif yönde etkili olan en önemli değişkendir. Diğer bir deyiş ile yetiyitimi düzeyinin her bir puanlık artışı yaşam kalitesi bedensel boyutunda yüksek düzeyde anlamlı bir düşüşe neden olmaktadır ($p<0,001$, stand.Beta=-0,404, $\eta^2=0,177$). Oluşturulan bu modelin içinde yer alan tüm değişkenlerin toplamının etki büyüklüğü $\eta^2=0,338$, tanımlayıcı katsayısı $R^2=0,305$ düzeyindedir. Tek değişkenli analizde anlamlı sonuç oluşturmaya da model içerisinde test edilen bakım ve destek kalitesi ölçeği toplam puanı yaşam kalitesi bedensel boyutu ile anlamlı bir ilişki göstermemiştir ($p>0,05$).

İkinci modelde yaşam kalitesi ruhsal alanına etki eden değişkenlerin analizi yürütülmüştür. Analiz sonucunda yalnızca yetiyitimi düzeyini gösteren WHODAS toplam puanının ruhsal boyut ile anlamlı bir ilişki gösterdiği görülmektedir ($p<0,001$). Yetiyitimi düzeyindeki her bir birimlik puan artışı yaşam kalitesi ruhsal boyutunda yüksek düzeyde azalmaya neden olmaktadır ($p<0,001$, stand.Beta=-0,481, $\eta^2=0,218$). Modelin etki bütünüünün etki büyüklüğü $\eta^2=0,310$, tanımlayıcılık katsayısı $R^2=0,284$ düzeyindedir. Modelde bakım ve destek kalitesi toplam puanı anlamlı bir ilişki elde edememiştir ($p>0,05$).

Üçüncü modelde yaşam kalitesi sosyal alana etki eden değişkenler arasında yalnızca engellilik süresi, bakım ve destek kalitesi ile yetiyitimi düzeyi çözümlemeye alınmıştır. Modelde bakım ve destek kalitesi ile yetiyitimi düzeyi anlamlı etki oluşturan değişkenler olarak sonuç vermiştir. Bakım ve destek kalitesi arttıkça ($p<0,001$, stand.Beta=-0,301, $\eta^2=0,096$), yetiyitimi düzeyi azaldıkça ($p<0,001$,

stand.Beta=-0,300, $\eta^2=0,098$) yaşam kalitesi sosyal alan puanı artmaktadır. Her iki ölçek puanının yaşam kalitesi sosyal boyutu üzerinde orta düzeyde etki büyüklüğü gösterdiği, modelin etki büyüklüğünün $\eta^2=0,275$ ile yüksek düzeyde, tanımlayıcılık katsayısının ise $R^2=0,254$ olarak olduğu tespit edilmiştir.

Yaşam kalitesi çevre boyutu üzerinde anlamlı etki gösteren değişkenlerin bir arada test edilmesinden üretilen sonuçlar incelendiğinde yetersiz gelir algısının düşük düzeyde ($p<0,027$, stand.Beta=-0,177, $\eta^2=0,046$), yetiyetiminin orta düzeyde ($p<0,001$, stand.Beta=-0,277, $\eta^2=0,094$) ve bakım ve destek kalitesinin yüksek düzeyde ($p<0,001$, stand.Beta=-0,371, $\eta^2=0,159$) etki oluşturduğu görülmektedir. modelin bütününün etki büyüklüğü $\eta^2=0,373$, tanımlayıcılık katsayısı $R^2=0,348$ 'dir.

Son model engellilik modülü için test edilmiştir. Bu boyutta da bir öncekinde olduğu gibi engellilik süresi, yetiyetimi ve bakım ve destek kalitesi değişkenlerinin anlamlı etkisi görülmektedir. bakım ve destek kalitesi ($p<0,019$, stand.Beta=0,214, $\eta^2=0,052$) ile engellilik süresinin ($p<0,028$, stand.Beta=0,194, $\eta^2=0,046$) artması yaşam kalitesini olumlu yönde etkilerken, yetiyetiminin artması ($p<0,001$, stand.Beta=0,306, $\eta^2=0,102$) olumsuz yönde etkilemektedir.

Tablo 29. Bakım ve destek kalitesi ve yetiyitimi durumu ile yaşam kalitesi boyutları arasındaki ilişkinin çok değişkenli doğrusal regresyon ile çözümlenmesi

(Modeller) Değişkenler	Coef.	T	p	S.Beta	η^2	Adj.R ²
(Model 1) YK-Bedensel alan					0,178	0,162
QOC-S toplam	-0,186	-1,65	0,103	-0,154	0,025	
WHODAS toplam	-0,353	-4,79	0,000	-0,447	0,178	
Sabit	59,599	6,42	0,000			
(Model 2) YK-Ruhsal alan					0,282	0,268
QOC-S toplam	0,025	0,17	0,864	0,015	0,000	
WHODAS toplam	-0,569	-6,02	0,000	-0,526	0,255	
Sabit	67,749	5,69	0,000			
(Model 3) YK-Sosyal alan					0,268	0,254
QOC-S toplam	0,603	3,63	0,000	0,321	0,111	
WHODAS toplam	-0,384	-3,54	0,001	-0,313	0,106	
Sabit	20,501	1,5	0,136			
(Model 4) YK-Çevre alan					0,330	0,318
QOC-S toplam	0,540	4,87	0,000	0,411	0,183	
WHODAS toplam	-0,247	-3,41	0,001	-0,287	0,099	
Sabit	22,798	2,5	0,014			
(Model 5) Engelli Modülü					0,271	0,257
QOC-S toplam	0,358	3,12	0,002	0,274	0,084	
WHODAS toplam	-0,307	-4,09	0,000	-0,360	0,136	
Sabit	30,795	3,26	0,002			

Coef.: Regresyon katsayısı, S.Beta: standartlaştırılmış regresyon (beta) katsayısı,
 η^2 : etki büyüklüğü (0,01-0,04 düşük, 0,06-0,11 orta, 0,14-0,20 büyük)
 R^2 : modelin açıklama katsayısı

Oluşturulan ikinci seri çok değişkenli analiz modellerinde yaşam kalitesi ile yalnızca yetiyitimi ve bakım ve destek kalitesi değişkenleri analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular tablo 29’da sunulmuştur.

İlk modelde yaşam kalitesi bedensel alanı ile yetiyitimi arasında anlamlı ve yüksek etki büyüklüğüne sahip bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,001$, stand.Beta=-0,447, $\eta^2=0,178$). Diğer bir deyiş ile yaşam kalitesi bedensel alanında yetiyitiminin her bir birimlik azalışının olumsuz etkisi oluşmaktadır. Modelin etki büyüklüğü $\eta^2=0,178$, tanımlayıcılık katsayısı $R^2=0,162$ ’dir.

İkinci modelde bedensel boyutta olduğu gibi yetiyitiminin anlamlı etkisinin olduğu görülmektedir ($p < 0,001$, stand.Beta=-0,526, $\eta^2=0,255$). Ruhsal boyutu

etkileyen iki değişkenin bir aradaki etki büyüklüğü $\eta^2=0,282$, tanımlayıcılık katsayısı $R^2=0,268$ 'dir.

Yaşam kalitesi sosyal boyutun hem yetiyitimi ($p<0,001$, stand.Beta=-0,313, $\eta^2=0,106$ hem de bakım ve destek kalitesinin ($p<0,001$, stand.Beta=0,321, $\eta^2=0,111$) anlamlı düzeyde etkilediği görölmektedir. Modelin etki büyüklüğü $\eta^2=0,268$, tanımlayıcılık katsayısı $R^2=0,254$ 'tür.

Yaşam kalitesi çevre boyutunda da her iki değişkenin benzer bir şekilde anlamlı bir etkisinin olduğu görölmektedir. Bakım ve destek kalitesi yüksek düzeyde ($p<0,001$, stand.Beta=0,411, $\eta^2=0,183$), yetiyitimi orta düzeyde ($p<0,001$, stand.Beta=-0,287, $\eta^2=0,099$) yaşam kalitesi çevre boyutunu etkilemektedir. Modelin etki büyüklüğü $\eta^2=0,330$, tanımlayıcılık katsayısı $R^2=0,318$ 'dir.

Son olarak yaşam kalitesi engelli modülünde de hem bakım ve destek kalitesinin hem de yetiyitiminin anlamlı düzeyde etkisinin olduğu görölmektedir. Bakım ve destek kalitesi olumlu yönde ve orta düzeyde ($p<0,01$, stand.Beta=0,274, $\eta^2=0,084$), yetiyitimi olumsuz yönde orta düzeyde ($p<0,001$, stand.Beta=-0,360, $\eta^2=0,136$) etki göstermektedir. Modelin etki büyüklüğü $\eta^2=0,271$, tanımlayıcılık katsayısı $R^2=0,257$ 'dir.

7. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma sürecinde toplanan veriler analiz edilmiş, araştırma bulguları diğer araştırma sonuçlarıyla karşılaştırılarak tartışılmış ve değerlendirmelerde bulunulmuştur.

7.1 TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE VE ÖLÇEK PUANLARINA İLİŞKİN TEMEL BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmaya katılan engellilerin cinsiyet dağılımlarının yarı yarıya olduğu görülmektedir. Birçok çalışmada farklı cinsiyet dağılımlarının olduğu bildirilmiştir. Lafçı ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada zihinsel engelli çocukların %61,8'inin erkek, %38,2'sinin kız oldukları bulunmuştur (Lafçı ve ark. 2014). Karadağ'ın yapmış olduğu çalışmada, çocukların %62,2'sinin erkek olduğu tespit edilmiştir (Karadağ 2009). Merve Aslan Aydın'ın yapmış olduğu çalışmaya katılan ebeveynlerin çocuklarının %32'sinin kız, %68'inin erkek olduğu görülmektedir (Aslan Aydın 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (2010), engelli bireylerin cinsiyet, yerleşim yeri, engel oranı, yaş grubu, eğitim durumu ve engel türlerine göre dağılımı araştırmasında, Ulusal Özürlüler Veri Tabanına kayıtlı olan engellilerin, % 58,6'sı erkek, % 41,4'ü kadındır. (TÜİK 2010).

Bu çalışmada da engelli erkek oranının kadınlar ile aynı düzeyde olduğu görülmektedir. Buna karşın istatistik kayıtlarında ve araştırmalarda engelli erkeklerin kadınlara göre bir miktar daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum araştırmaya

alınan bireylerin kayıt sisteminde uygun kişiler arasından seçilmiş olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Yaş dağılımları incelendiğinde ise araştırmaya katılanların %33,9'unun 19-50 yaş arasında, %23,9'unun 51-64 yaş arasında, %37,6'sının 65-84 yaş arasında ve %4,6'sının 85 yaş üzerinde olduğu bulunmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 58.8 ± 18.3 , ortanca yaş 61'dir. Ulusal veri tabanına kayıtlı engellilerde ise bu oranlar farklı yaş gruplarında ele alınmıştır. Buna göre veri tabanına kayıtlı engellilerin % 4,9'u 0-6 yaş arasında, % 16,2'si 7-14 yaş arasında, % 17,2'si 15-24 yaş arasında, % 27,7'si 25-44 yaş arasında, % 18,9'u 45-64 yaş arasında, % 15,2'si 65 ve üzeri yaştadır (TÜİK 2010). Benzer bir dağılımın TÜİK, Nüfus ve Konut Araştırması, 2011 çalışmasında da olduğu görülmektedir (TÜİK 2011). Türkiye'nin genel yaş yapısına da uygun olan bu dağılım bizim çalışmamız ile de uyumlu yapı sergilemektedir.

Eğitim durumları incelendiğinde ise katılımcıların %31,2'si okur-yazar değil, %14,7'si okur-yazar, %32,1'i ilkokul mezunu, %10,1'i ortaokul mezunu, %9,2'si lise ve %2,8'i üniversite mezunudur. TÜİK'in, Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, 2010'a göre engellilerin %41,6'sı okuryazar değil, %18,2'si okur-yazar, %22,3'ü ilkokul mezunu %10,3'ü ortaokul mezunu, %7,7'si lise ve üzeri eğitime sahiptir (TÜİK 2010). 2002 yılında yapılan özürlülük araştırmasında da benzer bir durum görülmekte olup, engellilerin %34,1'inin okuryazar olmadığı ve %14,0'ünün okuryazar fakat bir okul bitirmemiş olduğu görülmektedir (Öztürk 2011). Bu kapsamda engellilerin genel sorun alanlarından birisinin eğitim sisteminin dışında kalmaları olduğu görülmektedir. Pek çok nedenle engelliler eğitime dahil olamamakta ya da eğitim sisteminin dışına itilmektedir. Bu çalışmada da benzer bir durumun gözlemlendiği söylenebilir.

Araştırmaya katılan engellilerin engel süreleri ile ilgili durumları incelendiğinde %10,1'inin doğumdan, %89,9'unun sonradan engelli olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların ortalama engellilik süresinin $18,5 \pm 16,7$ yıldır. Engellilik oluşma nedenleri incelendiğinde %73,4'ü hastalık, %11,0'i kaza, %10,1'i genetik bozukluk ve %5,5'i diğer nedenler olduğunu bildirmiştir. Baldemir (2007)'in çalışmasında %36,9'u hastalık, %6,6'sı kaza ve 56,6'sı doğuştan olduğu bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan engellilerin %43,1'inin eşi ve çocukları ile birlikte kaldığı, hanede %11,0 oranında başkaca engelli olduğu bildirilmiştir. Kocakaya (2017)'nin araştırmasında aynı evde ikinci bir engelli bildirim oranı %8,5'dir. Bu çalışmaya benzer bir rakam olduğu görülmektedir.

Engellinin anne-baba akrabalık durumu sorulduğunda %14,7'sinin bir akrabalık bağının olduğu görülmektedir. Lüle (2008)'nin çalışmasında ise ailede akraba evliliği sıklığı %42,1 olup, bunların %68,7'si yakın akrabadır. Baldemir (2007)'in çalışmasında ise engellilerin akraba evliliği sıklığı %20,5 olarak bildirmiştir. Araştırmaların yapıldığı yer ve örnek olarak seçilen kişilere bağlı olarak anne-baba akrabalık durumunun değişken olduğu görülmektedir.

Araştırmada katılımcı engellilerin oturdukları evin mülkiyeti dağılımı incelendiğinde %35,8'inin kendilerine ait, %45,9'unun kira ve %18,3'ünün mülkiyeti kendine ait olmayan fakat kira vermeyen kişilerden oluştuğu görülmektedir. engellilerin %27,5'inin kendilerine ait gelirleri olmadığı, %79,9'unun gelirlerini yeterli görmediği ve %64,2'sinin SGK, %33,9'unun yeşil kart ve %1,8'inin GSS güvencesine sahip olduğu görülmektedir. Lüle (2008)'nin çalışmasında sosyal güvencesi olmayanların oranı %18,4, yeşil karttan yararlananların oranı ise %36,8'dir. (Kocakaya 2017)'nin çalışmasında ise sosyal güvencesi olmayanların oranı %14,2'dir. Özellikle yaşlı ve engelli gruplarının sosyal güvencelerinin sosyal politika gereği sağlanıyor olması son zamanlarda yapılan çalışmalarda sağlık güvencesiz kişi sayısının hemen hemen hiç olmaması durumu ile araştırmacıların karşılaşmasını sağlamaktadır. Bu durum ülkenin sosyal politikalarının fiili olarak kapsayıcı olduğunun bir göstergesidir. Diğer taraftan gelir algısı ile ilgili sorulara verilen yanıtlarda gelirin yeterli görülmemesi durumu benzer çalışmalarda da görülmektedir. Lüle (2008)'nin çalışmasında gelirini yeterli bulanların oranı %15,8'dir. Çavuş (2013)'un çalışmasında yaşlıların %64,8'i gelirlerinin giderlerini karşıladığını belirtmiştir. Yapılan çalışmaların popülasyonu yaşlı bireyler olduğunda daha kanaatkâr bir tutum sergiledikleri ve gelir gider dengelerini buna göre değerlendirdikleri görülmektedir. Diğer taraftan engelli bakımı için aktarılan paranın ailelerin gelirlerine olan katkısı da önemlidir. Özellikle gider profili daha az olan gruplar için bu değerli bir katkı oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan engelli bakıcılarının %76,1'i kadın ve %50,5'i 19-50 yaş aralığındadır. Bununla birlikte yaş ortalaması $51,5 \pm 14,5$, ortalanca yaş 50'dir. Özellikle evde bakım hizmetlerinde yoğun bir emek sahibi olan kişilerin genellikle kadınlar olduğu görülmektedir. engelliye olan yakınlık dereceleri incelendiğinde %35'inin eşi, %15,6'sının annesi, %15,6'sının kızı ve %11,0'inin gelini olduğu görülmektedir. Bakıcıların eğitim %17,4'ü okuryazar değil, %9,2'si okuryazar ve %53,2'si ilkokul mezunudur. Yapılan bir çok çalışmada da engelli ve yaşlı bakıcılarının genellikle annesi, kızı, gelini, kız kardeşi aileden kişiler olduğu, genellikle düşük eğitim düzeyine sahip ve çalışmayan kişilere bu işin yüklendiği görülmektedir. Eski haliyle kırsal alanda kadının bir nevi ücretsiz aile işçisi gibi çalışmasının kentsel alanda farklı bir örneği gibi görülen bu durum toplumsal cinsiyet normlarının bir ürünü olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı durumun başka çalışmalarda da teyit edildiği görülebilir. Örneğin Erdoğan (2013)'ın çalışmasında engelli bireylere bakım verenlerin %80,8'i kadın, %94,4'ünün 20-49 yaş arasında, %87,4'ünün ilkokul ve altı eğitim durumuna sahip ve %77,1'inin ev hanımı olduğu görülmektedir. Engelli çocuğa bakım verenler ile yapılan bir çalışmada ise birinci derecede ilgilenen kişi %68 oranında anneleridir. Bunların %40,0'ı ilkokul ve altı eğitimli ve %69,5'i çalışmamaktadır (Kaytez ve ark. 2015). Bir başka çalışmada ise bakıcıların %84,0'ü kadın olarak bildirilmiştir (Öztürk ve ark. 2017).

Bakıcı görevinde yer alan kişilerin %95,4'ünün herhangi bir işte çalışmadığı, yalnızca iki kişinin bakım ile ilgili bir kurs aldığı ve üç kişinin daha önce bir engelli-yaşlı bakım işinde çalıştığı görülmektedir. Bununla birlikte bakıcıların %46,8'i aynı zamanda bir başka engelli bakmaktadır. Bu sonuçlar özellikle engelli veya yaşlı bakımı üstlenen kişilerin yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadığını, gereksinim duydukları eğitimi almadıklarını göstermektedir. Bu eksiklik bakım hizmetlerinin yeterince kaliteli ve istenen özellikte olmasının önünde önemli bir engeldir. Geliştirilmesi ve güçlendirilmesi gereken bir alan olduğu görülmektedir.

Engellilerin dış kontrol odağı üzerinden yapılan değerlendirmesinde büyük çoğunluğunun özbakım ihtiyaçlarını gidermede, hareket edebilmede ve ev işlerini yapabilmede tam bağımlı konumda olduğunu göstermektedir. Engellinin sosyal becerileri ve güvenlikte olma durumunda ise kısmen veya tam bağımlı oranının yarıdan fazla olduğu tespit edilmiştir. Bu dış değerlendirme aracının sonuçları

araştırmaya katılan engellilerin yüksek oranda yardıma ve bakıma muhtaç kişiler olduğunu göstermektedir. Katılımcıların bedensel engelli olmaları bu sonuçları doğrular niteliktedir.

Araştırmaya katılan bedensel engellilerin yaşam kalitesi boyutlarından ve engelli modülünden elde ettikleri puan ortalamalarının tam puanın 1/3'ü ile 1/4'ü düzeyinde olduğunu göstermektedir. Diğer bir deyiş ile elde edilen yaşam kalitesi puanları tam puanın yarısına dahi yaklaşmamıştır. Bu durum engellilerin oldukça kısıtlı bir yaşam kalitesi puanı elde ettiklerinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Akar'ın bedensel ve zihinsel engellilerde aynı ölçeği kullanarak yaptığı çalışmadan elde ettiği yaşam kalitesi sonuçlarının bu çalışmanın sonuçlarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Dört ile yirmi arasında yapılan puan hesaplamasında bu çalışmadan elde edilen puan ortalamalarının bedensel, ruhsal, sosyal, çevresel ve engelli modülü boyutlarında sırasıyla $8,1\pm1,8$, $8,9\pm2,4$, $8,5\pm2,7$, $9,8\pm1,9$ ve $8,8\pm1,9$ olarak bulunmuştur. Akar'ın çalışmasında ise bedensel engellilerde aynı değerler aynı sıra ile $12,93\pm3,51$, $13,51\pm3,14$, $12,64\pm4,28$, $11,41\pm2,92$ ve $11,90\pm3,06$ olup, yaklaşık 3-4 puan daha yukarıdadır (Akar 2010). Bu farkın bu çalışmada seçilen engellilerin çoğunluğunun ağır düzeyde yetiyitimi olanlardan oluşuyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bakım ve destek kalitesi ölçeği puan dağılımları incelendiğinde ham puan toplamalarının ortalaması Profesyonel Hizmet Kalitesi boyutunda $14,2\pm2,2$, Profesyonel Hizmetlere Ulaşabilirlik boyutunda $13,7\pm2,5$, Evde ve Toplumda Bakım ve Hizmet Kalitesi boyutunda $15,9\pm2,2$, Bilgi Edinebilme boyutunda $11,0\pm3,1$ ve toplam QOCS puanı $54,7\pm6,2$ 'dir. Akar'ın çalışmasında aynı boyutlarda toplam puanlar sırası ile $13,90\pm4,06$, $11,80\pm4,07$, $12,65\pm4,65$, $12,11\pm4,45$ ve $53,63\pm14,72$ 'dir (Akar 2010). Elde edilen bu sonuçlar bu araştırmanın sonuçları ile örtüşen özelliktedir.

Yetiyitimi değerlendirme çizelgesi WHODAS-II'den elde edilen puan dağılımları incelendiğinde yaşam faaliyetleri dışında tüm puanların altmışın üzerinde olduğu görülmektedir. En yüksek puan hareket ve kendine bakım boyutlarından gelmektedir. Diğer bir deyiş ile araştırma popülasyonunun engellilik durumunu yansıtacak şekilde olduğu görülmektedir.

7.2. ÇÖZÜMLEYİCİ KARŞILAŞTIRMA BULGULARININ İNCELENMESİ

Araştırmadan elde edilen bulguların analizinde öncelikle sosyodemografik özelliklerin tek değişkenli analizi yapılmıştır. Ayrıca ölçek puanları arasında karşılaştırmalar korelasyon çözümlemesi ile incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre engellilerin yaşam kalitesi bedensel boyutu üzerinde etkili bulunan değişkenler anne-baba akrabalık bağı, gelir algısı ve sosyal güvencedir. Bakım ve destek kalitesi anlamlı bir birliktelik göstermemekte, buna karşın yetiyitimi ölçeğinin yaşam faaliyetleri alt boyutu dışındaki tüm alanlarda ve toplam puanında anlamlı ilişki elde edilmiştir. Yapılan çok değişkenli çözümlemede ise yetiyitimi puanı ile birlikte akrabalık durumu, gelir algısı ve sosyal güvencenin anlamlı etkiyi koruduğu belirlenmiştir. En büyük etki yetiyitimi ölçeği toplam puanından gelmektedir.

Yaşam kalitesi ruhsal alanı ile QOC-S toplam puanı ve WHODAS-II toplam puanı yanı sıra engellilik süresi ve engellinin eğitiminin anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Yapılan çok değişkenli analiz sonucunda yalnızca WHODAS-II toplam puanının anlamlı etki oluşturduğu görülmektedir. Bu anlamlı etkiyi oluşturan yetiyitimi toplam puanının etki büyüklüğü yüksek düzeydedir.

Yaşam kalitesinin sosyal boyutu ile QOC-S toplam puanı ve WHODAS-II toplam puanı ve engellilik süresi anlamlı birliktelik göstermektedir. Çok değişkenli analizde yalnızca QOC-S toplam puanı ve WHODAS-II toplam puanı anlamlı düzeyde etki oluşturmakta olup, etki büyüklükleri her ikisi için orta düzeydedir.

Yaşam kalitesi çevre boyutu üzerinde tek değişkenli analizde etkili bulunan değişkenler engellinin yaşı, gelir algısı, eğitim durumu, QOC-S toplam puanı ve WHODAS-II toplam puanıdır. Çok değişkenli analizde bakım ve destek kalitesini ölçeği toplam puanı yüksek düzeyde, yetiyitimi toplam puanı orta düzeyde ve gelir algısı ise düşük düzeyde etki büyüklüğüne sahip olup, model içerisinde anlamlı etkilerini korumuştur.

Son olarak yaşam kalitesi engellilik modülü boyutu için tek değişkenli analizde anlamlı ilişki oluşturan değişkenler engellilik süresi, eğitim, QOC-S toplam puanı ve

WHODAS-II toplam puanıdır. Çok değişkenli analizde anlamlı ilişkisini koruyan değişkenler yetiyitimi toplam puanı orta düzeyde, bakım ve destek kalitesi toplam puanı ve engellilik süresi düşük düzeyde olmak üzere etki büyüklüğüne sahiptir.

Yaşam kalitesi bedensel boyutunda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ev mülkiyeti ve bakıcıya ait özelliklerin anlamlı bir ilişkisi yoktur. Akar (2010)'ın çalışmasında ise erkek cinsiyetinde olmak, küçük yaşa sahip olmak, bekar olmak, özel eğitim almak, eşlik eden kronik hastalığı olmak anlamlı ilişki gösteren değişkenlerdir.

Alonazi ve Thomas (2014)'ın çalışmasında hastanede yatan hastalarda bakım kalitesi ile yaşam kalitesi arasında düşük düzeyde korelasyon olduğu, regresyon analizinde ise bakım kalitesi ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişkinin devam ettiği görülmektedir. Bir başka çalışmada 65 yaş üstü yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerini yaşlılarda yaşam kalitesi toplam puanı ile anlamlı düzeyde birliktelik gösterdiği bildirilmiştir (Uçakkuş 2018). Kuzey Hindistan kırsal alanında genel popülasyonda yapılan bir çalışmada ise WHODAS-2 ve WHOQOL-BREF özet puanları arasında orta düzeyde ($r = -0.57$, $p < 0.001$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Ramadass ve ark. 2018). Benzer bir korelasyon değeri ($r = -0.56$) WHODAS-2'nin japon versiyonunda WHOQOL-BREF ile yapılan karşılaştırmasında elde edilmiştir (Tazaki ve ark. 2014). SF-36 kullanılan bir başka çalışmada ise WHODAS-2'nin hareketlilik ve özbakım boyutları ile fiziksel fonksiyon arasında orta ve yüksek düzeyde korelasyon bildirilmiştir (Moen ve ark. 2017). WHOQOL-DIS sürümünün Brezilya versiyonu geçerlilik çalışmasında WHODAS-2'den düşük ve yüksek alanların yaşam kalitesi bedensel alan puanı arasında anlamlı bir farklılık olduğu bildirilmiştir (Bredemeier ve ark. 2014). Norveç'te bir rehabilitasyon merkezine kayıtlı hastalar arasında engelliliği öngörmede WHODAS-2'nin EQ5D ağrı ve rahatsızlıkta yapılan karşılaştırmasında yüksek düzeyde anlamlı ilişki gösterdiği görülmektedir (Moen ve ark. 2018). Bu sonuçlar bedensel engellilerde yetiyitimi düzeyinin yaşam kalitesi bedensel alanı üzerinde bu çalışmadaki gibi anlamlı ve güçlü bir ayırt ediciliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Akar'ın çalışmasında yaşam kalitesi ruhsal, sosyal, çevre ve engelli boyutunda diğer anlamlı ilişki gösteren değişkenler arasında sosyal sınıf, gelir algısı, sosyal

güvence, çalışma durumu, eşlik eden kronik hastalık varlığı gibi değişkenlerden oluşmaktadır(Akar 2010).

Kronik hastalıklarda uzun süreli evde bakım önemlidir. Özellikle tıbbi bakımın yanı sıra gündelik yaşam gereksinimlerinin karşılanması gerekliliği ele alındığında çok boyutlu bir bakım hizmetinden bahsedilebilir. Bu bağlamda özellikle tıbbi bakımı içerecek türü de kapsayan bakım hizmetlerinin hasta, yaşlı veya engelli gruplarının yaşam kalitesine olumlu yönde etkileyecektir. Aksu ve'nun çalışmalarında solunum sistemi hastalığı olan bireylerin evde bakım gereksinimlerinin karşılanmasından memnuniyet durumları ile yaşam kalitesi ağrı ve genel sağlık boyutları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Aksu ve Fadıloğlu 2013).

Evde bakımı gereksinimi duyulması önemlidir. Kişinin hem hastane veya bakım merkezi dışında tıbbi ve diğer gereksinimleri için yaşadığı yerde ihtiyaçlarını giderebilecek durumda olduğunu gösterir. Birçok hasta, yaşlı ya da engelli kişi yoğun bir tıbbi bakıma veya yatarak alınan rehabilitasyon hizmetine gerek duyulmadığından dolayı evde bakımları sürdürülür. Bununla birlikte bu bakım hizmetinin de yeterli bir standartta olması önemlidir. Her ne olursa olsun bakıma gereksinim duymak onların temel yaşam kalitelerinin bir belirleyicisidir. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada evde bakım gereksinimi olanların yaşam kalitesi genel iyilik durumlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Ertem ve ark. 2009). Bu bağlamda evde bakım gereksinimi olan kişilere sunulacak olan bakımın yeterli ve istenen kalitede olması onların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi için önemli olacaktır. Bu çalışmanın sonuçları arasında da görüleceği gibi evde bakım kalitesinin yaşam kalitesi ölçeğinin bir çok boyutunda olumlu yönde etkisi bulunmaktadır.

Bakım kalitesinin bir göstergesi hasta memnuniyeti olarak literatürde yer almaktadır. Özellikle hemşirelik bakımı literatüründe hasta memnuniyeti hemşirelik hizmetlerinin bir sonuç çıktısı olarak değerlendirilen ölçüttür. Tedavi ve bakımın sonuçlarının iyi izlenebilmesi için hasta memnuniyeti ölçütü uzun yıllardır kullanılan bir gösterge olarak değerlendirilmektedir (Yılmaz 2001). Bu sonuç çıktısının hasta yaşam kalitesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. kalitenin bir belirteci olarak ele alınmalıdır.

7.3. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI VE GÜÇLÜ YANLARI

Araştırmadan elde edilen sonuçlar yalnızca İzmir ili Konak ilçesinde evde bakım hizmeti kapsamındaki bedensel engellileri içermektedir. Diğer engel grupları ve bölgelere ilişkin sonuçları yansıtmayabilir. Ayrıca örnek büyüklüğü sonuç değişkeni üzerinde bakım kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek sayıda olmayabilir.

Araştırmada kullanılan ölçüm gereçlerine oldukça uzun ve kapsamlıdır. Soruların yanıtlanması uzun zaman almakta olup yanıtlayıcıların dikkati dağılmış, bazı soruları düşük eğitim düzeyleri nedeniyle tam olarak anlamamış olabilir.

Araştırmanın verilerini toplayan kişi aynı zamanda bu alanda çalışan ve zaman zaman denetlemelere çıkan resmi hüviyeti olan kişidir. Yanıtlayıcılar evde bakım ücretinin kesilmesi korkusuyla sorulara yanıt vermekte çekinmiş, olduğundan farklı göstermeye çalışmış ya da yanıltıcı yanıtlar vermiş olabilir. Bu dezavantajlı durumu gidermek için araştırmacı görüşme öncesinde ayrıntılı bir açıklama yaparak araştırmanın amacını ve elde edilecek olan verilerin yalnızca bu araştırma için kullanılacağını katılımcılara anlatmıştır, güven tesis etmeye çalışmıştır.

Araştırmacı uzun zamandır bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanıdır. Bu bağlamda engellilerin bakım ve diğer gereksinimlerini değerlendirebilecek düzeyde bilgi ve tecrübeye sahiptir. Ziyaret edilen kişilerin durumlarını değerlendirmede ve verilen yanıtların güvenilirliğini test etmede bu tecrübe önemli bir katkı sağlamıştır.

Araştırmada kullanılan formlar uluslararası geçerliliği olan ve Türkçe'ye uyarlanan standart özelliktedir. Bu bağlamda formların gerek yaşam kalitesini gerekse bakım kalitesini ölçmede yeterli kapasiteye sahip olduğu düşünülmektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Evde bakım hizmeti sosyal hizmet mesleğinin temel alanlarından biridir. Bu çalışmada İzmir kent merkezi Konak merkez ilçesinde yaşayan bireylerin sosyo demografik özellikleri göz önünde tutularak engelli bakım hizmetleri kalitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki ölçülmeye çalışılmıştır. Evde bakım hizmeti alan engellilerin yaşam kalitesini etkileyen değişkenlerden olan bireyin engellilik düzeyini göstergesi WHODAS yetiyitimi ölçeği ile birlikte değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlarda yetiyitiminin tüm yaşam kalitesi boyutlarında ve toplam puanında anlamlı ilişkisi belirlenmiştir. Bakım kalitesi toplam puanının ise yaşam kalitesi ruhsal, sosyal, çevresel ve engelli modülü boyutu puanları ile anlamlı ilişkisi bulunmaktadır.

WHODAS toplam puanının yaşam kalitesinin tüm boyutlarında anlamlı etki gösterdiği ve çok değişkenli analizde bu ilişkiyi koruduğu belirlenmiştir. Bu durum bireyin engellilik düzeyinin yaşamının her alanında olumsuz etki oluşturduğunun bir göstergesidir. Buna karşın bireyin sosyal, çevresel ve engelliye özgü özelliklerinden oluşan yaşam kalitesi üzerinde bakım hizmetlerinin kalitesi tam tersine koruyucu etki oluşturmakta ve yaşam kalitesini yükseltmektedir.

Bu araştırmada anne-baba akrabalık bağı, gelir algısı, sosyal güvence ve engellilik süresi gibi değişkenlerin de yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkisi olduğu bulunan değişkenler olmuştur.

Elde edilen bulgular engelli bakımındaki kalitenin özellikle engellinin sosyal ve çevresel alanı üzerinde etkili olduğunu, engellinin kendisine ait yaşam kalitesi ile bakım kalitesinin birçok boyutunun ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca engelli modülü için de aynı durum söz konusudur. Elde edilen bu sonuç evde bakım hizmetinin kalitesinin oldukça önemli olduğunu, engelli bakımında hizmete ulaşmak

kadar bakımın niteliğine odaklanması gerektiğini göstermektedir. Özellikle profesyonel hizmetin kalitesi ve yaygın bir şekilde evde-toplumda sunulan bakım hizmetinin kalitesi ile bilgi edine bilmenin önemi yapılan karşılaştırmalarda elde edilen önemli sonuçlar arasındadır.

Elde edilen bu sonuçlar ışığında evde bakımın önemli bir hizmet alanı olduğu görülmektedir. Evde bakım hizmetinin kalitesinin geliştirilmesi için bakım veren kişilerin eğitimlerinin sağlanması dolayısıyla engellinin yaşam kalitesinin de artmasına neden olacaktır.

Bu bağlamda özellikle evde bakım hizmeti veren bireylerin formal bir eğitim programına tabi tutulması yararlıdır. Bunun için geniş ve yaygın bir hizmet sunan halk eğitim merkezleri gibi kuruluşların harekete geçirilmesi, evde engelli bakıcılarının bu alanda sertifika almalarının sağlanması, evde bakım hizmeti sunacak kişilerin daha sonra sertifikalı bireyler arasından seçilmesi yararlı olacaktır. Ayrıca evde bakım hizmeti yardımlarının bu sertifikaya dayalı olarak verilmesi, hizmeti sunacakların eğitim boyunca maddi ve manevi olarak desteklenmesi eğitilmiş kişi sayısının artmasını sağlayacaktır.

Ayrıca engellinin sosyal yaşama entegrasyonunu sağlayacak faaliyetlerin de geliştirilmesi önemlidir. Bu bağlamda bireyin sosyal ve çevresel öğelerini hedefleyen çalışmalar yürütülmelidir. Engelli yaşam kalitesini geliştirecek tıbbi ve sosyal rehabilitasyon programlarının oluşturulması, bu hizmetlerin evde bakım veren kişileri de kapsayacak şekilde genişletilmesi yararlı olacaktır.

9. KAYNAKLAR

Akar A. Turgutlu kent merkezinde yaşayan erişkin engelli bireylerde yaşam kalitesi, engelliliğe yönelik tutum ve bakım hizmetlerinin niteliğinin değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans (Danışman: Prof.Dr.Erhan Eser). Manisa, 2010.

Aksu T, Fadiloğlu Ç. Solunum sistemi hastalığı olan bireylerin evde bakım gereksinimi ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2013; 29(2): 1-12.

Alonazi WB, Thomas SA. Quality of care and quality of life: convergence or divergence? Health Serv Insights. 2014; 7: 1-12.

Arıkan Ç. Sosyal model çerçevesinde özürlülüğe yaklaşım. Ufkun Ötesi Bilim Dergisi. 2002; 2(1): 11-25.

Aslan Aydın M. Zihinsel Engelli Bireye Sahip Olan Ebeveynlerin Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Aile Danışmanlığı ve Eğitimi Anabilim Dalı. İstanbul, 2017.

Aslan Kunt D, Dereboy F. Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi'nin (WHODAS 2.0) Türkçe Çevirisinin Geçerlik ve Güvenirliğinin Psikiyatri Hastaları ve Sağlıklı Kontrollerde İncelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2018; 29(4): 248-257.

T.C. Resmi Gazete. ASPB. Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik. Tarih:10.03.2005 Sayı:25751. 2005.

Ayan DM, Aydın AT, İnaltekin E, Opçin E, Özaydın C, Özalkan B. Engelsiz Yaşam. 16Öğrenci Sempozyumu Çalışma Grubu. Başkent Üniversitesi: Ankara; 2014.

Aysen T, Yusuf A, Bedir E, Özaydın MM, Metin B. Sosyal Politika. İçinde: Oral A İ, Şişman Y, (eds.). Sosyal Politika. Anadolu Üniversitesi Eskişehir; 2014.

Baldemir E. Engellilerin sosyo-ekonomik durumları üzerine bir araştırma (Muğla örneği). Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2007; 12(1): 117-126.

Baykan Z. Özürlülük, Engellilik, Sakatlık Nedenleri ve Korunma. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2000; 9(9).

Bowling A. Measuring Health, A review of quality of life measurement scales. Open University Press: Berkshire, England; 2005.

Bredemeier J, Wagner GP, Agranonik M, Perez TS, Fleck MP. The World Health Organization Quality of Life instrument for people with intellectual and physical disabilities (WHOQOL-Dis): evidence of validity of the Brazilian version. BMC Public Health. 2014; 14: 538-538.

Burcu E. Özürlülük Kimliği ve Etiketlemenin Kişisel ve Sosyal Söylemleri. Edebiyat Fakültesi Dergisi. 2006; 23(2): 61-83.

Burcu E. Türkiye’deki Engelli Bireylere İlişkin Kültürel Tanımlamalar: Ankara Örneği. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi. 2011; 28(1): 37-54.

Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. Pharmacoeconomics. 2000; 17(1): 13-35.

Çavuş FÖ. Yaşlılara yönelik evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans (Danışman: Prof.Dr.Kasım Karataş). Ankara, 2013.

Çetin H. Türkiye’de Bakıma Muhtaç Engellilere Yönelik Sosyal Hizmet Politikaları ve Bütçelere Yansıması. Ufuk Ötesi Bilim Dergisi 2011; 11(1): 29-42.

Çoban M, Esatoğlu AE. Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History. 2004; 12(2): 109-120.

Çoban R. Sosyal Adalet, Eşitlik ve Sosyal Hizmet. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 6(4): 252-260.

Dedhiya S, Kong SX. Quality of life: an overview of the concept and measures. Pharmacy world & science : PWS. 1995; 17(5): 141-148.

Demirdizen Ö. Sosyal Güvenlik Sistemimizde Engelli Sigortalılara Sağlanan Pozitif Ayrıcalıklar. Mali Çözüm Dergisi. 2014; (123): 177-183.

DİE. Türkiye Özürlüler Araştırması, 2002. Devlet İstatistik Enstitüsü: Ankara; 2002.

Dijkers M. Measuring quality of life: methodological issues. American journal of physical medicine & rehabilitation. 1999; 78(3): 286-300.

DSÖ. ICF, İşlevsellik, yetiyitimi ve sağlığın uluslararası sınıflandırılması Dünya Sağlık Örgütü: Ankara; 2004.

DSÖ. Dünya Engellilik Raporu. Dünya Sağlık Örgütü: Ankara; 2011.

Duyan V, Sayar ÖÖ, Özbulut M. Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak: Sosyal Hizmet Uzmanları ve Sosyal Hizmet Alanında Çalışanlar İçin Bir Rehber. 1. basım. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayınları: Ankara; 2008.

Erdoğan B. Evde bakım hizmeti alan özürlü bireye sahip ailelerin sosyo-ekonomik durumlarının incelenerek, umutsuzluk ve yaşam doyum düzeylerinin belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans (Danışman: Doç.Dr.Musa Özata). Konya, 2013.

Erdugan FE. Türkiye'de Özürlü Yoksulluğu ve Mücadele Politikalarının Değerlendirilmesi: Ankara-Keçiören Örneği. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı: Ankara; 2010.

Ertem G, Kalkın A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2(2): 3-12.

Eser E. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Kavramsal Temelleri ve Ölçümü. Türk Nöroloji Dergisi. 2014; 20(Suppl. 1): 1-4.

Eser E, Aydemir Ö, Cengiz Özyurt B, Akar A, Deveci S, Eser S, Ayık C. Dünya Sağlık Örgütü Engellilerde Yaşam Kalitesi Modülü Türkçe Sürümünün (WHOQOL-DIS-TR) Türk Toplumundaki Psikometrik Özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2018; 29(1): 36.

Fayer PM, Machin D. Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes. 2. John Wiley & Sons: West Sussex, England; 2007.

Guyatt GH, Veldhuyzen Van Zanten SJ, Feeny DH, Patrick DL. Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 1989; 140(12): 1441-1448.

Hare I. Defining social work for the 21st century. International Social Work. 2004; 47(3): 407-424.

İçağasıoğlu Çoban A. Gelişim Dönemlerine Göre Özürlülüğün Etkisi. Ufku Ötesi Bilim Dergisi. 2003; 3(1-2): 39-55.

Kara B. Türkiye’de Engelli Bireylerin Yasal Hakları ve Uygulamadaki Yeri. International Journal of Social Science. 2016; (48): 249-260.

Karadağ G. Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Yaşadıkları Güçlükler ile Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyleri. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009; 8(4): 315-322.

Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Nobel: Ankara; 2006.

Kaytez N, Durualp E, Kadan G. Engelli çocuğu olan ailelerin gereksinimlerinin ve stres düzeylerinin incelenmesi. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi. 2015; 4(1): 197-214.

Kızılaslan A, Zorluoğlu SL, Yüce A, Sözbilir M. Yeti Yitimi Modellerinin Tarihsel Süreci. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2016; 16(1): 183-197.

Koca C. Engelsiz Şehir Planlaması Bilgilendirme Raporu. Dünya Engelliler Vakfı: İstanbul; 2010.

Kocakaya R. Engelli üyeye sahip ailelerdeki bireylerin psikolojik dayanıklılığı ile algılanan aile işlevselliği arasındaki ilişki. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Politikaları ve Uygulamaları, Yüksek Lisans (Danışman: Yrd.Doç.Dr.Esra Çalık Var). Ankara, 2017.

Kolat S. Avrupa Birliği Sosyal Politikası Çerçevesinde Özürlülere Yönelik Ayrımcılıkla Mücadele ve Türkiye'deki Yansımaları. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı: Ankara; 2010.

Kongar E. Sosyal Çalışmaya Giriş. 1. basım. Sosyal Bilimler Derneği Yayınları: G-2, Ay Yıldız Matbaası AŞ: Ankara; 1972.

Koşar NG. Sosyal Hizmetlerde Sosyal Yardım Alanı (Yoksulluk ve Sosyal Hizmet). 1. basım. MnOfset Matbaacılık: Ankara; 2000.

Köten E, Erdoğan B. Sosyal Dahil Etme Adı Altında Sosyal Dışlanmanın Yeniden Üretimi: Engelli Gençler ve İnternet. İstanbul Gelişim Üniversitesi Yayınları: İstanbul; 2014.

Kuş E. Nicel-Nitel Araştırma Teknikleri. Anı Yayıncılık: Ankara; 2012.

Kut S. Sosyal Hizmet Mesleği: Nitelikleri, Temel Unsurları, Müdahale Yöntemleri. 1. basım. Kendi Yayını: Ankara; 1988.

Lafçı D, Öztunç G, Alparslan ZN. Zihinsel Engelli Çocukların (Mental Retardasyonlu Çocukların) Anne ve Babalarının Yaşadığı Güçlüklerin Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 3(2): 723-735.

Lucas-Carrasco R, Eser E, Hao Y, McPherson KM, Green A, Kullmann L. The Quality of Care and Support (QOCS) for people with disability scale: development and psychometric properties. Res Dev Disabil. 2011; 32(3): 1212-1225.

Lüle F. Engelli bireye sahip yoksul ailelerin karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunlarla başa çıkma tarzları. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans (Danışman: Doç.Dr.Kasım Karataş). Ankara, 2008.

Mattevi BS, Bredemeier J, Fam C, Fleck MP. Quality of care, quality of life, and attitudes toward disabilities: perspectives from a qualitative focus group study in Porto Alegre, Brazil. Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health. 2012; 31(3): 188-196.

Meşe İ. Engelliliği Açıklayan Sosyal Model Nedir? Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2014; 14(33): 79-92.

Moen VP, Drageset J, Eide GE, Klokkeud M, Gjesdal S. Validation of World Health Organization Assessment Schedule 2.0 in specialized somatic rehabilitation services in Norway. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2017; 26(2): 505-514.

Moen VP, Drageset J, Eide GE, Gjesdal S. Dimensions and predictors of disability-A baseline study of patients entering somatic rehabilitation in secondary care. PLoS One. 2018; 13(3): 1-17.

Murat S. Genel Olarak Özürlülere Yönelik Çalışmalar ve İsmek Örneği. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi. 2009; (56): 21-89.

Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi. Üroonkolji Bülteni. 2005; 4(1): 25-29.

Neuman WL. Toplumsal Araştırma Yöntemleri. Nitel ve Nicel Yaklaşımlar. Ankara; 2013.

Okur N, Erbil Erdugan F. Sosyal Haklar ve Özürlüler: Özürlülük Modelleri Bağlamında Tarihsel Bir Değerlendirme. II Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu Denizli Üniversitesi: Denizli; 2010, s: 245-263.

Oran B. Siyasal Yaşama Katılımda Yeni Bir Perspektif Önerisi: Engellilik Bakış Açısı. Ufku Ötesi Bilim Dergisi 2011; 11(2): 19-36.

Orhan S. Türkiye’de Özürlü Dostu İstihdam Politikaları (Durum Analizi ve Öneriler). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Ankara; 2013.

Orley J, Kuyken W. Quality of Life Assessment: International Perspectives. Proceedings of the Joint-Meeting Organized by the World Health Organization and the Fondation IPSEN in Paris. Springer-Verlag: Paris; July 2 – 3, 1993, s: 41-57.

Özgökçeler S, Alper Y. Özürlüler Kanunu'nun Sosyal Model Açısından Değerlendirilmesi*/An Assessment of The Turkish Disability Act in View of Social Model. Business and Economics Research Journal. 2010; 1(1): 33.

Öztabak MÜ. Engelli Bireylerin Yaşamdan Beklentilerinin İncelenmesi. FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi. 2017; (9): 355-375.

Öztürk M. Türkiye'de Engellilik Gerçeği. MÜSİAD: İstanbul; 2011.

Öztürk M. Hayata Renk Katanlar "Engelli Gruplar". İlke Yayıncılık: 2013.

Öztürk YE, Şentürk Ş, Macit Y. Evde Bakım Hizmeti Alan Engelli Bireye Sahip Ailelerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi: Amasya Örneği. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi. 2017; 1(1): 48-67.

Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. Medical care. 1989; 27(3 Suppl): S217-232.

Power MJ, Green AM. Development of the WHOQOL disabilities module. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2010; 19(4): 571-584.

Ramadass S, Rai SK, Gupta SK, Kant S, Wadhwa S, Sood M, Sreenivas V. Prevalence of disability and its association with sociodemographic factors and quality of life in a rural adult population of northern India. The National medical journal of India. 2018; 31(5): 268-273.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetlerinin sunulmasına dair yönetmelik. 2015. Sayı: Resmi Gazete Tarihi: 27022015 Resmi Gazete Sayısı: 29280.

Sart ZH, Barış S, Sarıışık Y, Düşkün Y. Engelli Olan Çocukların Türkiye'de Eğitime Erişimi: Durum Analizi ve Öneriler. UNİCEF: İstanbul; 2016.

Seyyar A. Özürlülere Adanmış Sosyal Politika Yazıları. Adapazarı Büyükşehir Belediyesi Yayınları: Adapazarı; 2006.

Sheafor BW, Horejsi CW. Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler. 2. basım. Nika Yayınevi: Ankara; 2012.

Skevington SM, Tucker C. Designing response scales for cross-cultural use in health care: data from the development of the UK WHOQOL. The British journal of medical psychology. 1999; 72 (Pt 1): 51-61.

Staniszewska S. Measuring quality of life in the evaluation of health care. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain)) : 1987). 1998; 12(17): 36-39.

Şahin B. Sağlığın Ölçümü ve Kullanım Alanlarına Teorik Bir Bakış. Sağlık ve Toplum. 1999; 9(3): 3-12.

Şahin Taşgın N, Özel H. Türkiye'de Sosyal Hizmetlerin Dönüşümü. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2011; 22(2): 175-190.

Tazaki M, Yamaguchi T, Yatsunami M, Nakane Y. Measuring functional health among the elderly: development of the Japanese version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II. International journal of rehabilitation research Internationale Zeitschrift für Rehabilitationsforschung Revue internationale de recherches de readaptation. 2014; 37(1): 48-53.

T.C. Resmi Gazete. Milletlerarası Sözleşme: Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme. 14 Temmuz 2009. Sayı: 27288.

T.C. Resmi Gazete. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. 1982. Sayı: 2709.

T.C. Resmi Gazete. Engelliler Hakkında Kanun. 2005. Sayı: 5378.

T.C. Resmi Gazete. Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme. 2008. Sayı: 5825.

T.C. Resmi Gazete. Anayasada Yapılan Değişikliklere Uyum Sağlanması Amacıyla Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. 2018. Sayı: 703.

TDK. Güncel Türkçe Sözlük.11.baskı. TDK: Ankara; 2011.

The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social Science & Medicine. 1995; 41(10): 1403-1409.

Theofilou P. Quality of Life: Definition and Measurement. Europe's Journal of Psychology. 2013; 9(1): 150-162.

Tufan B, Sayar ÖÖ, Koçyıldırım G. Sosyal bir hak olarak sosyal hizmet. İçinde: Mütevellioğlu N, Zambak M, Belek İ, Balseven H, Okumuş Ö, Camcı C, Candaş U, (eds.). Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu Bildiriler- Antalya. 1. basım. Belediye-İş Sendikası Yayını: Ankara; 2009.

TÜİK. Engellilerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, 2010. Türkiye İstatistik Kurumu: Ankara; 2010.

TÜİK. Nüfus ve Konut Araştırması, 2011. Türkiye İstatistik Kurumu: Ankara; 2011.

Türkmen B. Cumhuriyet Döneminde Sosyal Hizmetler ve Sosyal Hizmet Müesseseleri. Ankara Üniversitesi Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. K. Y. Koprman). Ankara, 1987.

Uçakkuş P. Evde sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesi ve evde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans (Danışman: Doç. Dr. Türkan Yıldırım). Ankara, 2018.

Uluğ B, Ertuğrul A, Ahmet G, Elif K. Yetiştirimi Değerlendirme Çizelgesinin (WHO-DAS-II) Şizofreni Hastalarında Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001; 12(2): 121-130.

WHO. Constitutional of The World Health Organization. WHO: International; 1946.

WHO. International classification of impairments, disabilities and handicaps. World Health Organisation: Geneva; 1980.

WHO. Dünya Sağlık Raporu 1998. Ankara; 1998, s: 45-70.

WHO. Home-Based Long-Term Care. WHO: Geneva; 2000.

Winter JA. The development of the disability rights movement as a social problem solver. Disability Studies Quarterly. 2003; 23(1): 33-61.

World Health Organization. Programme on mental health: WHOQOL user manual. World Health Organization; 1998.

Yazan ÜM. Sosyolojik Açıdan Özürlüler. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 1996; 8(8): 269-281.

Yiğit T. Türkiye’de sosyal hizmet eğitim/öğretiminde kalite güvence sistemi ve akreditasyon standartlarına ilişkin bir model çerçeve önerisi. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2017; 28(1): 151-168.

Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; 5(2): 69-74.

Yılmaz V. Engellilerin Eğitime Erişiminde Kamusal Sosyal Destek Programlarının Önemi. Engellilik ve Ayrımcılık: Eğitimciler için Temel Metinler ve Örnek Dersler. Karakök Akademi: İstanbul; 2015.

10. EKLER

EK 1 ÖRNEK BÜYÜKLÜĞÜ

Tek ortalama örnek büyüklüğü

95%

Güven Aralığı (%95, %99 gibi)

1,10

Standart Sapma

0,20

Ortalamadan öngörülen sapma

5%

Yedek olarak seçilecek örnek oranı (%)

117

Hesaplanan Örnek Büyüklüğü

124

Yedeklerle Birlikte Hesaplanan Örnek Büyüklüğü

EK 2. VERİ TOPLAMA FORMU

EVDE BAKILAN BEDENSEL ENGELLİLERDE BAKIM KALİTESİ İLE YAŞAM KALİTESİ ANKET FORMU

YÖNERGE

Bu anket, engelli bireylerin sosyo -ekonomik açıdan yaşam standardı, toplumsal ve sosyal hayata uyumu ile engelli olma durumun karşısında hissettikleri sorgulamaktadır.

Aşağıdaki soruları cevaplarken lütfen kendi standartlarınızı; ,umutlarınız ve kaygı ve endişelerinizi dikkate alın. Lütfen tüm soruları cevaplayın. Eğer herhangi bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin değilseniz - bir sık seçmekte güçlük çekiyorsanız lütfen-size en uygun görüneni ya da size en yakın olanı seçin.

BİRİNCİ BÖLÜM: Temel özellikler

S.1.Engelli hanede kiminle oturuyor?				
1 ☐ Anne ve babası ile birlikte	2 ☐ Eşi ve çocukları ile birlikte	3 ☐ Akrabası ile birlikte		
4 ☐ Yalnız	5 ☐ Diğer ()			
S.2.Hanede yaşayan başka engelli var mı? 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır				
S.3.Engelli bireyin ana ve babasının akrabalık ilişkisi var mıdır? 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır				
S.3.1.Engelli bireyin ana ve babasının akrabalık derecesi nedir?				
1 ☐ Kardeş çocukları 2 ☐ Kardeş torunları 3 ☐ Diğer ()				
S.4. Halen oturulan konut kime aittir?				
1 ☐ Kira	2 ☐ Kendisine ait	3 ☐ Akrabaya ait kira vermiyor	4 ☐ Lojman	5 ☐ Diğer
S.5.Engelli bireyin kendisine ait bir gelir var mıdır? 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır				
S.6.Engelli birey kendisine ait gelir-gider durumunu nasıl değerlendirmektedir?				
1 ☐ Oldukça yeterli 2 ☐ Kısmen Yeterli 3 ☐ Yeterli değil 4 ☐ Hiç yeterli değil				
S.7.Hane halkının gelir-gider durumunu nasıl değerlendirmektedir?				
1 ☐ Oldukça yeterli 2 ☐ Kısmen Yeterli 3 ☐ Yeterli değil 4 ☐ Hiç yeterli değil				
S.8.Engellinin sosyal güvence türü nedir?				
1 ☐ SGK(emekli sandığı-bağkur-SSK) 2 ☐ Yeşil kart 3 ☐ GSS 4 ☐ Yok				
S.9.Engelli bireyin sosyal güvencesi kendi adına mı? 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır ()				

İKİNCİ BÖLÜM (ENGELLİ BİREY İÇİN)

S.10. Cinsiyetiniz? 1 ☐ Erkek 2 ☐ Kadın				
S.11. Yaşınız? _____				
S.12. Medeni Durumunuz? 1 ☐ Evli 2 ☐ Bekar 3 ☐ Dul/Boşanmış 4 ☐ Diğer()				
S.13. Eğitim durumunuz? 1 ☐ Okur-yazar değil 2 ☐ Okur-yazar 3 ☐ İlkokul				
4 ☐ Ortaokul 5 ☐ Lise 6 ☐ Üniversite				
S.14. Mesleğiniz nedir? ()				
S.15. Şu anda herhangi bir işte çalışıyor musunuz? 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır				
S.15.1. Çalışıyor iseniz, ne tür bir iş yapıyorsunuz? 1 ☐ Ücretli-maaşlı 2 ☐ Yevmiyeli (günübirlik işler)				
3 ☐ Ücretsiz aile işleri 4 ☐ Esnaf (kendi adına işler) 5 ☐ İşveren 6 ☐ Diğer _____				
S.16. Meslek edindirme veya benzeri kurslara katıldınız mı? 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır				
S.17. Engellilere yönelik yasal düzenleme ve engelli haklarından (2022 ,evde bakım maaşı, vergi indirimi vb.) haberdar mı? 1 ☐ Evet, hepsini biliyor 2 ☐ Evet, birazını biliyor 2 ☐ Hayır, hiç bilgisi yok				
S.18. Herhangi bir derneğe üye misiniz? 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır				
S.19. Evde bakım ücretinden yararlanılıyor mu? 1 ☐ Evet 2 ☐ Hayır				
S.20. Engel durumunuz nedir? Lütfen ayrıntılı olarak yazınız. _____				

S.21. Engelli hangi engel grubunda yer almaktadır? (Veri toplayan kişi raporlara ve sözel ifadeye dayalı olarak aşağıdaki seçeneklerden bir veya birden fazlasını işaretleyecektir.)	
1 ☐ Görme	2 ☐ İşitme
3 ☐ Dil ve konuşma	4 ☐ Ortopedik
5 ☐ Zihinsel	6 ☐ Ruhsal ve duygusal
7 ☐ Süreğen (kronik) hastalık	8 ☐ Diğer ()
S.22. Ne zamandan bu yana engellisiniz?	
1 ☐ Doğumumdan bu yana	2 ☐ Sonradan oluştu (YIL OLARAK YAZINIZ:)
S.23. Engeliniz doğumsal ise ne zaman tespit edildi?	
1 ☐ Doğum öncesi	2 ☐ Doğum sırasında
3 ☐ Doğumdan sonra bebeklik döneminde (bir yaşına kadar)	4 ☐ Doğumdan sonra çocuklukta (1 yaşından sonra)
S.24. Engelinizin temel oluşma nedeni nedir?	
1 ☐ Kaza	2 ☐ Hastalık
3 ☐ Genetik veya kalıtsal bozukluk	4 ☐ Diğer ()
S.25. Sürekli olarak kullanmak zorunda olduğunuz bir araç-gereç var mıdır?	
1 ☐ Protez (yazınız:)	2 ☐ Ortez (yazınız:)
3 ☐ Baston-koltuk değneği	4 ☐ Tekerlekli sandalye
5 ☐ Diğer ()	

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM (ENGELLİ BAKICISINA AİT BİLGİLER)

S.26. Cinsiyetiniz?	1 ☐ Erkek	2 ☐ Kadın
S.27. Yaşınız? _____		
S.28. Medeni Durumunuz?	1 ☐ Evli	2 ☐ Bekar
3 ☐ Dul/Boşanmış	4 ☐ Diğer()	
S.29. Eğitim durumunuz?	1 ☐ Okur-yazar değil	2 ☐ Okur-yazar
3 ☐ İlkokul	4 ☐ Ortaokul	5 ☐ Lise
6 ☐ Üniversite		
S.30. Mesleğiniz nedir? ()		
S.31. Şu anda herhangi bir işte çalışıyor musunuz?	1 ☐ Evet	2 ☐ Hayır
S.31.1. Çalışıyor iseniz, ne tür bir iş yapıyorsunuz?	1 ☐ Ücretli-maaşlı	2 ☐ Yevmiyeli (günübirlik işler)
3 ☐ Ücretsiz aile işleri	4 ☐ Esnaf (kendi adına işler)	5 ☐ İşveren
6 ☐ Diğer _____		
S.32. Meslek edindirme veya benzeri kurslara katıldınız mı?	1 ☐ Evet	2 ☐ Hayır
S.33. Daha önce engelli bakımı ile ilgili bir eğitim ya da kurs aldınız mı?	1 ☐ Evet	2 ☐ Hayır
S.34. Engelli ile akrabalık-yakınlık dereceniz nedir? Yazınız: _____		
S.35. Daha önce bir engelli ya da yaşlı bakımı hizmetinde çalıştınız mı?	1 ☐ Evet	2 ☐ Hayır
Evet ise kime bakım verdi/ne iş yaptı. Yazınız: _____		
S.36. Bu engelli dışında bakımınızda/sorumluluğunuzda başka kişiler var mıdır?	1 ☐ Evet	2 ☐ Hayır

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM (ENGELLİNİN GÜNLÜK HAYATIN ALIŞILMIŞ TEKRAR EDEN GEREKLERİNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRME)

A-ENGELLİNİN ÖZ BAKIM İHTİYAÇLARINI GİDERME DURUMU

El, yüz, kulak, burun temizliğini yapabilme durumu	① Tam Bağımlı	② Kısmen Bağımlı	③ Bağımsız
Tırnaklarının kesilmesi durumu	① Tam Bağımlı	② Kısmen Bağımlı	③ Bağımsız
Sakal tıraşının yapılması durumu	① Tam Bağımlı	② Kısmen Bağımlı	③ Bağımsız
Tuvalet ihtiyacını giderme durumu	① Tam Bağımlı	② Kısmen Bağımlı	③ Bağımsız

Banyo ihtiyacını giderme durumu	① Tam Bağımlı ② Kısmen Bağımlı ③ Bağımsız
Yeme - içme becerilerini yerine getirme durumu	① Tam Bağımlı ② Kısmen Bağımlı ③ Bağımsız
Giyinme - soyunma becerilerini yerine getirme durumu	① Tam Bağımlı ② Kısmen Bağımlı ③ Bağımsız
B-ENGELLİNİN HAREKET (FİZİKSEL) DURUMU	
Yürüme becerilerinde bir başkasının yardımına ihtiyaç duyma durumu	① Tam Bağımlı ② Kısmen Bağımlı ③ Bağımsız
El ve kollarını kullanmada bir başkasının yardımına ihtiyaç duyma durumu	① Tam Bağımlı ② Kısmen Bağımlı ③ Bağımsız
Merdiven inip çıkmada bir başkasının yardımına ihtiyaç duyma durumu	① Tam Bağımlı ② Kısmen Bağımlı ③ Bağımsız
C-ENGELLİNİN SOSYAL BECERİLERİ VE GÜVENLİKTE OLMA DURUMU	
Kendini ifade edebilme durumu	① Tam Bağımlı ② Kısmen Bağımlı ③ Bağımsız
Kendisine ve çevresine zarar verme riski halinde kendini kontrol edebilme durumu	① Tam Bağımlı ② Kısmen Bağımlı ③ Bağımsız
Kendisine karşı oluşan (tecavüz ve taciz veya evinden biraz uzaklaştıktan sonra geri eve dönememe gibi) tehlike anında, tehlikede olduğunu algılama durumu	① Tam Bağımlı ② Kısmen Bağımlı ③ Bağımsız
D-ENGELLİNİN EV İŞLERİNİ VE İDARESİNİ YAPABİLME DURUMU	
Evde kendi başına ve başkasının yardımı olmadan yaşama durumu	① Tam Bağımlı ② Kısmen Bağımlı ③ Bağımsız
Beslenme ve temizlik gibi ihtiyaçları için alışveriş yapabilme durumu	① Tam Bağımlı ② Kısmen Bağımlı ③ Bağımsız
Asgari düzeyde dahi olsa yemek pişirebilme durumu	① Tam Bağımlı ② Kısmen Bağımlı ③ Bağımsız
Asgari düzeyde dahi olsa evini temizleme, bulaşık ve çamaşırlarını yıkama işlerini yapabilme durumu	① Tam Bağımlı ② Kısmen Bağımlı ③ Bağımsız
Kışın ısınmak için sobasını yakmak veya kombiyi çalıştırmak gibi işleri yapabilme durumu	① Tam Bağımlı ② Kısmen Bağımlı ③ Bağımsız
ENGELLİNİN PSİKO SOSYAL DESTEK HİZMETLERİNE İHTİYACI OLMA DURUMU	
Bakıma muhtaç bireyin ailesinin, engelliye ve engel durumunu kabullenmesine, bilgilendirilmesine yönelik hizmetler ihtiyacı	① Var ② Yok
Bakıma muhtaç bireyin mevcut durumunu / engelini ve yerleştirildiği ortamı kabullenmesine, bilgilendirilmesine ve gelişim alanlarında desteklenmesine yönelik hizmetler	① Var ② Yok
Birey ve ailesinin sosyal hakları ve mevcut kaynakların kullanılmasına yönelik hizmetler	① Var ② Yok
Bireyin bağımsız yaşama, sosyal hayata uyumuna ve katılımına yönelik sosyal, kültürel, sanatsal ve sportif etkinlikler ile düzenlenecek bu tür etkinliklere katılabilmesi için refakat hizmetleri	① Var ② Yok
Bireyin terk edilme, ret edilme, muhtaçlık durumunu kabullenememe, ümitsizlik, intihar etme, yalnızlık, sevgisizlik gibi olumsuz duygulardan kurtarılmasına ve depresyon ve stres gibi durumların yaşanmasının engellenmesine yönelik hizmetler	① Var ② Yok

BEŞİNCİ BÖLÜM - Dünya Sağlık Örgütü-Yetiştirimi Ölçeği (WHO-DAS-II)

Alanların Gözden Geçirilmesi

Görüşmemiz insanların sağlık durumları nedeniyle karşılaştıkları güçlüklerle ilgilidir (1.kartı gösterin). Sağlık durumları ile kısa veya uzun süren hastalıklar ve sağlık sorunlarını, yaralanmaları, ruhsal sorunları, alkol ve madde kullanımı ile ilgili sorunları kastediyorum.

Bazı sorular tekrarlanıyor olabilir, lütfen her sorulduğunda cevaplayınız.

Soruları cevaplarken tüm sağlık sorunlarınızı hatırlayın. Sizden bir faaliyeti sürdürürken çektiğiniz güçlükleri sorduğumda aşağıda belirtilen soruları düşünerek cevap verin.

(1.kartı gösterin)

- Faaliyeti sürdürmek için normalde olduğundan daha fazla çaba harcamak zorunda kalıyor musunuz?
- Faaliyeti sürdürürken herhangi bir rahatsızlık veya ağrı çekiyor musunuz?
- Faaliyeti sürdürürken yeterince hızlı olamıyor musunuz?
- Bu faaliyeti sürdürme biçiminizde değişiklik yapmak zorunda kaldınız mı?

(1. Kartı gösterin) Son 30 günü hatırlamamızı istiyorum.

Bu soruları cevaplarken genel olarak faaliyeti sürdürürken ne kadar güçlük çektiğinizi düşünmenizi istiyorum.

(2. Kartı gösterin)

Cevap verirken kullanacağınız ölçek ise bu (Ölçeği yüksek sesle okuyun): Hiç, hafif, orta derecede, çok fazla, aşırı veya hiç yapamıyorum.

(1. ve 2. Kart görüşme boyunca denegin önünde olmalıdır)

Anımsatma Kartları

Sağlık Durumları:

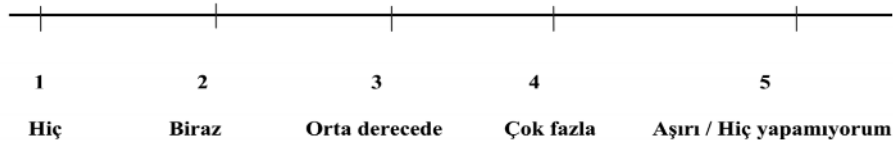
- Kısa veya uzun süren hastalıklar ve sağlık sorunları
- Yaralanmalar
- Ruhsal sorunlar
- Alkolle ilgili sorunlar
- Maddeyle ilgili sorunlar

Bir faaliyet sırasında güçlük çekmek demek:

- Fazla çaba harcamak
- Rahatsızlık ve ağrı çekmek
- Yeterince hızlı olamamak
- Faaliyeti sürdürme biçiminin diğer insanlara göre farklılık taşıması anlamına gelir.

Sadece son 30 günü düşünün

Kart #1



Kart # 2

	Hiç	Hafif	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
1.ALAN: Anlama ve iletişim kurma					
Şimdi size anlama ve iletişim kurmayla ilgili bazı sorular soracağım.					
Son 30 gün içinde aşağıdaki durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?					
On dakika süreyle bir işe <u>dikkatini verebilme</u>	①	②	③	④	⑤
Yapılması gereken önemli şeyleri <u>akılda tutma</u>	①	②	③	④	⑤
Günlük yaşamda ortaya çıkan sorunların nedenlerini <u>anlama</u> ve <u>çözümler bulma</u>	①	②	③	④	⑤
Yeni işler öğrenme (yeni bir yol vb.)	①	②	③	④	⑤
İnsanların söylediklerini genel olarak <u>anlama</u>	①	②	③	④	⑤
Bir sohbeti başlatabilme veya <u>sürdürebilme</u>	①	②	③	④	⑤
2. ALAN: Hareket etme, bir yerden bir yere gitme					
Şimdi size hareket etme, bir yerden bir yere gitme sırasında çektiğiniz güçlüklerle ilgili sorular soracağım.					
Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?					
<u>30 dakika gibi uzun süre ayakta durma</u>	①	②	③	④	⑤
<u>Otururken ayağa kalkma</u>	①	②	③	④	⑤
<u>Evin içinde dolaşma</u>	①	②	③	④	⑤
<u>Eviden dışarı çıkma</u>	①	②	③	④	⑤
<u>Bir kilometre dolayında uzun mesafe yürüme</u>	①	②	③	④	⑤
3. ALAN: Kendine bakım					
Şimdi size kendinize bakımda çektiğiniz güçlükleri soracağım.					
Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?					
<u>Banyo yapma</u>	①	②	③	④	⑤
<u>Giyinme</u>	①	②	③	④	⑤
<u>Beslenme</u>	①	②	③	④	⑤
<u>Birkaç gün yalnız kalma</u>	①	②	③	④	⑤
4.ALAN: İnsan ilişkileri					
Şimdi size insan ilişkilerinde çektiğiniz güçlüklerle ilgili sorular soracağım. Sadece sağlık sorunları nedeniyle çektiğiniz güçlükleri öğrenmek istediğimi unutmayın. Bununla hastalıkları, yaralanmaları, ruhsal sorunları ve alkol ve madde kullanımına bağlı sorunları kastediyorum.					
Son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?					
<u>Tanımadığınız insanlarla ilişki kurma</u>	①	②	③	④	⑤
<u>Bir arkadaşlığı sürdürme</u>	①	②	③	④	⑤
<u>Yakın olduğunuz insanlarla ilişki kurma</u>	①	②	③	④	⑤
<u>Yeni arkadaşlar edinme</u>	①	②	③	④	⑤
<u>Cinsel ilişki</u>	①	②	③	④	⑤

5. ALAN: Yaşam faaliyetleri					
Bundan sonraki sorular ev işlerini yapmak ve birlikte yaşadığınız insanlara bakmakla ilgili faaliyetleri içermektedir. Yemek yapmak, temizlik yapmak, alışveriş yapmak , diğer aile bireylerine bakmak, size ait olan şeylerle ilgilenmek bu faaliyetler arasındadır.					
Bir hafta içinde bu tür faaliyetlere kaç saat harcıyorsunuz? <i>Saat olarak kaydedin</i> _ / _					
Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?					
	Hiç	Hafif	Orta derecede	Çok fazla	Aşırı/hiç yapamıyorum
<u>Evle ilgili sorumluluklarını yerine getirme</u>	①	②	③	④	⑤
<u>Evdeki önemli görevlerini iyi bir şekilde yapma</u>	①	②	③	④	⑤
<u>Yapılması gereken tüm ev işlerini bitirme</u>	①	②	③	④	⑤
<u>Ev işlerini yeterince hızlı yapma</u>	①	②	③	④	⑤
Son 30 gün içinde sağlık durumunuz nedeniyle ev işlerini yeterince yapmadığınız veya hiç yapmadığınız kaç gün oldu? <i>Gün sayısını kaydedin</i> _ / _					
EĞER KİŞİ ÇALIŞIYORSA VEYA ÖĞRENCİYE DEVAM EDİN, YOKSA 6. BÖLÜME GEÇİN					
Şimdi size diğer iş faaliyetleriyle ilgili sorular soracağım.					
Bir haftanın kaç saatini işte geçiriyorsunuz? SAAT OLARAK KAYDEDİN _ / _					
Sağlık durumunuz nedeniyle son 30 gün içinde aşağıda belirtilen durumlarda ne kadar güçlük çektiniz?					
<u>Her gün yapmak zorunda olduğunuz işleri yürütme</u>	①	②	③	④	⑤
<u>İşteki önemli görevlerini iyi bir şekilde yerine getirme</u>	①	②	③	④	⑤
<u>Yapılması gereken tüm işleri bitirme</u>	①	②	③	④	⑤
<u>İşleri zamanında bitirme</u>	①	②	③	④	⑤
6. ALAN: Toplumsal yaşama katılım					
Şimdi size toplumsal yaşama katılımınız ve sağlık sorunlarınızın siz ve aileniz üzerindeki etkisiyle ilgili sorular soracağım. Bazı sorular son 30 günü aşan sorunlarla ilgili olabilir, ancak cevaplarken lütfen son 30 günü dikkate alın. Yine soruları bedensel, ruhsal ,alkol veya madde kullanımı ile ilgili sağlık sorunlarınızı düşünerek cevaplayın.					
Son 30 gün içinde:					
Sosyal faaliyetlere herkes kadar katılabilmekte (şenlikler, eğlenceler, dini faaliyetler vb.) ne kadar sorunla karşılaştınız?	①	②	③	④	⑤
Çevrenizden kaynaklanan engeller yüzünden ne kadar sorunla karşılaştınız?	①	②	③	④	⑤
Diğer insanların davranış ve tutumları karşısında kendinize saygınızı yitirmeden yaşayabilmekte ne kadar sorunla karşılaştınız?					
Sağlık durumunuza ve yol açtığı sonuçlara ne kadar zaman harcadınız?	①	②	③	④	⑤
Sağlık durumunuz yüzünden duygusal olarak ne kadar etkilendiniz?	①	②	③	④	⑤
Sağlığınız için yaptığınız harcamalar sizin ve ailenizin ekonomik durumunu ne kadar etkiledi?	①	②	③	④	⑤
Son 30 gün içinde:					
Sağlık durumunuz yüzünden aileniz ne kadar sorunla karşılaştı?	①	②	③	④	⑤
Dinlenmek veya eğlenmek amacıyla kendi başınıza birşeyler yapmakta ne kadar güçlük çekiyorsunuz?	①	②	③	④	⑤

WHOQOL-BREF-D ve Engellilik Modülü

Bedensel Engelli Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçüm Aracı

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Burada sorulanlar, yalnızca siz ve sizin yaşamınız hakkındadır.

Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Doğru ya da yanlış yanıtlar söz konusu değildir, yalnızca sizin için doğru olanı seçin. Sorulara cevap verirken lütfen yaşamınızın **son iki haftasını** göz önünde bulundurun.

						
		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1G	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	①	②	③	④	⑤
		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2G	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	①	②	③	④	⑤

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı sormaktadır.

						
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	①	②	③	④	⑤
4	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	①	②	③	④	⑤
5	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	①	②	③	④	⑤
6	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	①	②	③	④	⑤
7	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	①	②	③	④	⑤
8	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	①	②	③	④	⑤
9	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	①	②	③	④	⑤
10	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	①	②	③	④	⑤
11	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	①	②	③	④	⑤
12	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	①	②	③	④	⑤
13	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	①	②	③	④	⑤
14	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	①	②	③	④	⑤
15	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	①	②	③	④	⑤

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

						
		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	①	②	③	④	⑤
17	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	①	②	③	④	⑤
18	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	①	②	③	④	⑤
19	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	①	②	③	④	⑤
20	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	①	②	③	④	⑤
21	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	①	②	③	④	⑤
22	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	①	②	③	④	⑤
23	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	①	②	③	④	⑤
24	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	①	②	③	④	⑤
25	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	①	②	③	④	⑤

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	①	②	③	④	⑤

ENGELLİLİK MODÜLÜ

Bu bölümdeki sorular engeliniz ile ilgilidir.

						
		Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok	Tamamen
27G	Engeliniz gündelik yaşamınızı olumsuz etkiler mi?	①	②	③	④	⑤

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan cevabın rakamını daire içine alınız.

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı sormaktadır.

						
		Hiç	Biraz	Orta derecede	Çok	Tamamen
28	Bazı insanların size haksızlık yaptığını hissedersiniz mi?	①	②	③	④	⑤
29	Sorunlarınız olduğunda, size arka (koltuk) çıkacak birine ihtiyaç duyar mısınız?	①	②	③	④	⑤

30	Gelecekte başınıza gelecek şeyler konusunda endişelenir misiniz? <i>Örneğin, bakım ihtiyacınızı veya gelecekte başkalarına yük olmayı göz önünde bulundurun.</i>	①	②	③	④	⑤
31	Yaşamınızı kendi kontrolünüz altında hissediyor musunuz? <i>Örneğin, yaşamınızı kendi denetiminizde hissediyor musunuz?</i>	①	②	③	④	⑤
32	Gündelik yaşamınız konusunda kendi tercihlerinizi yapıyor musunuz? <i>Örneğin, nereye gideceğiniz, ne yapacağınız, ne yiyeceğiniz gibi.</i>	①	②	③	④	⑤
33	Yaşamınızda önemli kararları kendiniz veriyor musunuz? <i>Örneğin, nerede yaşayacağınıza, kiminle yaşayacağınıza, paranızı nasıl harcayacağınıza karar vermek gibi.</i>	①	②	③	④	⑤
34	Başka insanlarla iletişim kurabilmekten hoşnut musunuz? <i>Örneğin, sözlerinizi söyleyebilme veya kendinizi ifade edebilme biçiminizden, başkalarıyla sözlerle veya işaretlerle anlaşabilme biçiminizden.</i>	①	②	③	④	⑤
35	Başka insanların sizi benimsediklerini hissediyor musunuz?	①	②	③	④	⑤
36	Başka insanların size saygı duyduklarını hissediyor musunuz? <i>Örneğin başka insanların size değer verdiklerini hissediyor musunuz?</i>	①	②	③	④	⑤
37	Sosyal faaliyetler için elinizdeki olanaklardan hoşnut musunuz? <i>Örneğin, arkadaşlarla buluşma, yemeğe çıkma, eğlenmeğe gitme fırsatı gibi</i>	①	②	③	④	⑤
38	Yakın çevrenizdeki faaliyetlere katılmak için elinizdeki olanaklardan hoşnut musunuz? <i>Örneğin, çevrenizde veya mahallenizde olan bitenlere katılabilmek onların bir parçası olabilmek gibi.</i>	①	②	③	④	⑤
39	Düşlerinizi, hayallerinizi, umutlarınızı ve emellerinizi gerçekleştirebileceğinizi hissediyor musunuz? <i>Örneğin, yaşamınızda ümit ettiğiniz, istediğiniz şeyleri gerçekleştireceğinizi hissediyor musunuz?</i>	①	②	③	④	⑤

QOCS-D
Engelli Kişiler için Bakım ve Destek Kalitesi Ölçeği
AÇIKLAMALAR

Bu değerlendirme aldığınız bakımın kalitesi ve destek konusunda ne hissettiğinizi sorgulamaktadır. Burada sözü edilen bakım ve aile desteği, sağlık (tıbbi) bakımını ve/veya toplumsal bakım ve desteği kapsamaktadır. Bu bakım, ücretsiz bakım ya da ücretli bakım gibi herhangi bir kaynaktan sağlanabilir.

Lütfen son altı aydaki yaşamınızı ve aldığınız bakım ve desteği göz önünde bulundurun.

Bu sorular sağlık ve sosyal bakımınız ve bakımınızı sağlayan profesyonel sağlık çalışanları ve destek personeli hakkındadır. Bu, doktorlar, psikologlar, hemşireler, fizyoterapistler, sosyal hizmet uzmanları vb. tarafından sağlanan hizmetleri kapsamaktadır.

						
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
1	Size hizmet veren bakım görevlileri (profesyonel personel) işlerinde iyiler mi?	①	②	③	④	⑤
2	Size hizmet veren bakım görevlileri durumunuzu ya da engelinizi yeterince biliyorlar mı? <i>Örneğin, yaşadığınız sorunlar ya da zorlukları yeterince biliyorlar mı?</i>	①	②	③	④	⑤
3	Size hizmet veren bakım görevlileri ihtiyaçlarınızı karşılıyor mu?	①	②	③	④	⑤
4	Size bakım veren bakım görevlileri, aldığınız sağlık ve/veya sosyal bakım hizmeti hakkındaki kararlara sizi katıyorlar mı?	①	②	③	④	⑤

Bu sorular da aldığınız sağlık hizmetini ve bu hizmet ve bakımı sağlayan sağlık çalışanlarını sorgulamaktadır

						
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
5	Size hizmet veren bakım görevlileri görmek için çok uzun süre beklemek zorunda kalıyor musunuz? <i>Örneğin, doktorlar, psikologlar, hemşireler, fizyoterapistler, sosyal hizmet uzmanları vb uzun zamana mı randevu veriyorlar?</i>	①	②	③	④	⑤
6	İhtivac duyduğunuz hizmetleri almak için çok fazla bürokratik işlem yapmak zorunda mısınız? <i>Örneğin, çok sayıda form doldurmak zorunda mı kalıyor musunuz?</i>	①	②	③	④	⑤
7	İhtivacınız olan bakım ve destek hizmetleri almak için mücadele etmek zorunda kalıyor musunuz?	①	②	③	④	⑤
8	Bulunduğunuz bölgedeki hizmetlerdeki bir yetersizlik nedeniyle alacağınız bakım ve destek kısıtlanıyor mu? <i>Örneğin, sağlık personeli, sağlık kuruluşu yetersizse ya da ilaçlar ve diğer tedaviler için para ve ödenek yoksa.</i>	①	②	③	④	⑤

Bu sorular bakımınızın ve barınmanızın (eviniz veya yaşadığınız yer) ihtiyaçlarınızı ne ölçüde karşıladığını sorgulamaktadır.

						
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
9	Evinizde yaşamak için ihtiyacınız olan yardımı alabiliyor musunuz? <i>Örneğin, yıkanma, giyinme, yemek pişirme, temizlik yapma vb konusunda yardım almak.</i>	①	②	③	④	⑤
10	Boş zaman faaliyetlerine katılmak ve eğlenmek için yardım alabiliyor musunuz? <i>Örneğin, hoşça vakit geçirmek için yaptıklarınız, hobileriniz ve ilgi alanlarınız.</i>	①	②	③	④	⑤
11	Sosyal faaliyetler içinde yer almak için yardım alabiliyor musunuz? <i>Örneğin, arkadaşlarla buluşma ya da yemeğe çıkma.</i>	①	②	③	④	⑤
12	Yeterli bakım ve desteği alıyor musunuz? <i>Örneğin, sizin ihtiyaçlarınızı karşılayacak size bakan yeterli insan var mı?</i>	①	②	③	④	⑤
13	Aldığınız bakım ile ilgili olarak kendinizi güvende hissediyor musunuz? <i>Örneğin, bakım ve hizmet sırasında bir kazaya uğramayacağınız, yaralanmayacağınız veya kötü muamele görmeyeceğiniz konusunda kendinizi güvende ve korunaklı hisseder misiniz?</i>	①	②	③	④	⑤

Bu sorular engeliniz hakkında size verilmiş olan bilgileri ve yardım için mevcut hizmetleri sorgulamaktadır.

						
		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
14	Engeliniz hakkında size yeterli bilgi verildi mi? <i>Örneğin, engeliniz veya sağlık sorunlarınız konusunda herhangi biri sizinle konuştu mu?</i>	①	②	③	④	⑤
15	Size yardımcı olarak alabileceğiniz hizmetler ve destek konusunda bilgili misiniz? <i>Örneğin, tedaviler, terapiler, ilaçlar, cihazlar, donanım ve engelli dernek ve vakıfları.</i>	①	②	③	④	⑤
16	Size yarar sağlamak üzere alabileceğiniz para ve diğer ödenekler hakkında yeterince bilgi sahibi misiniz? <i>Örneğin, emekli maaşı, maluliyet maaşı, ücretsiz ulaşım hizmetleri gibi.</i>	①	②	③	④	⑤
17	Bilgiler size kolayca anlayacağınız biçimde veriliyor mu? <i>Örneğin, insanlar konuları size anlayacağınız biçimde anlatır veya size net biçimde açıklarlar mı; size verilen yazılı metinlerin anlaşılması kolay mıdır?</i>	①	②	③	④	⑤

NESNEL MODÜL

Lütfen son altı ayda aldığınız bakım ve desteği göz önünde bulundurun. Lütfen sorulara, doğru cevabın yanındaki kutucuğa X işareti koyarak VEYA altındaki boşluğa yazarak cevap verin.

18. Son altı ayda aşağıdaki kişilerin herhangi birinden bakım ya da destek aldınız mı?	İhtiyacım olmadı	İhtiyacım oldu ama bakım almadım	Bakım aldım.
a) Yakınınzdaki bir doktordan (Sağlık ocağı doktoru-aile hekiminden)	①	②	③
b) Uzman doktordan	①	②	③
c) Psikiyatristden	①	②	③
d) Psikologdan	①	②	③
e) Hastane hemşiresinden	①	②	③
f) Sosyal hizmet uzmanından	①	②	③
g) Devletin resmen görevlendirdiği bakım görevlisinden	①	②	③
h) Eşinden ya da aile fertlerinden birisinden	①	②	③
i) Arkadaştan	①	②	③
j) Diğer bir kişiden (bu kişinin kim olduğunu belirtiniz):.....	①	②	③
Bununla ilgili olarak belirtmek istediğiniz bir şey var mı?.....			

19. Son altı ayda aşağıdaki hizmetlerden herhangi birini aldınız mı?	İhtiyacım olmadı	İhtiyacım oldu ama bakım almadım	Bakım aldım.
a) Fizyoterapi	①	②	③
b) Konuşma tedavisi	①	②	③
c) El-ayak izlem ve tedavisi	①	②	③
d) Meşguliyet tedavisi	①	②	③
e) Evde yardım	①	②	③
f) Hastane hizmeti	①	②	③
g) İlaç hizmeti	①	②	③
h) Günlük bakım merkezi hizmeti	①	②	③
i) Hasta / engelli derneği hizmeti	①	②	③
j) Diğer(diğer lütfen belirtiniz): _____	①	②	③
Bu hizmetlerle ilgili olarak belirtmek istediğiniz bir şey var mı?			

20. Son olarak, geçen altı ayda size sunulan hizmetleri göz önüne aldığımızda:

	Evet	Hayır	Durumuma uygun değil
1 Yerine getirilmemiş ihtiyaçlarınız oldu mu? (mesela ihtiyacınız olmasına rağmen bir türlü elde	①	②	③
Cevabınız evet ise, bu ihtiyaçlarınız nelerdi?			
	Evet	Hayır	Durumuma uygun değil
2 Engeliniz ya da bakımınız hakkında size ihtiyaç duyduğunuz bilgilendirme yapıldı mı?	①	②	③
Cevabınız evet ise, bu bilgilendirmeyi nereden veya kimden aldınız?			
Cevabınız hayır ise, hangi konuda bilgilendirilmeye ihtiyacınız vardı?.....			
	Evet	Hayır	Durumuma uygun değil
3 Hizmet ve destek alma hakkınız için mücadele ederken ihtiyacınız olan yardımı aldınız mı?	①	②	③
Cevabınız evet ise, ne gibi bir yardıma ihtiyacınız olduğunu lütfen belirtiniz?			
Ayrıca, bunun için size kim yardım etti? (örneğin sağlık personeli, resmi bakım görevlileri, aile bireyleri, arkadaşlar ya da hiç kimse)			
	Evet	Hayır	Durumuma uygun değil
4 Ev dışına çıkıp günlük yaşam faaliyetlerine katılabilmek için ihtiyacınız olan yardım ve desteği aldınız mı?	①	②	③
Cevabınız evet ise, ne gibi bir yardıma ihtiyacınız olduğunu lütfen belirtiniz?			
	Evet	Hayır	Durumuma uygun değil
5 Aile fertleri ve arkadaşlarınız ile ilişkinizi sürdürebilmek için ihtiyacınız olan desteği aldınız mı?	①	②	③
Cevabınız evet ise, ne gibi bir ihtiyacınız oldu, lütfen belirtiniz?			
	Evet	Hayır	Durumuma uygun değil
6 Kendi bakımınız ile ilgili karar verebilmek ve seçim yapabilmek için ihtiyacınız olan yardımı aldınız mı?	①	②	③
Cevabınız evet ise, nne gibi bir yardıma ihtiyacınız oldu, lütfen belirtiniz?			
	Evet	Hayır	Durumuma uygun değil
7 Mümkün olduğunca özgür ve bağımsız olabilmek için gerekli olan yeni bilgi ve becerileri edinmek ve bunu sürdürebilmek için ihtiyacınız olan yardımı aldınız mı?	①	②	③
Cevabınız evet ise, ne gibi bir yardıma ihtiyacı oldu, lütfen belirtiniz?			

	Evet	Hayır	Durumuma uygun değil
8 İhtiyacınız olan yardım ya da desteği alamamanız nedeniyle yapamadığınız herhangi bir şey oldu mu?	①	②	③
Cevabınız evet ise, neler yapmak isterdiniz?			
Ve size kimin yardım etmesi gerektiğini düşünüyorsunuz ? Lütfen belirtiniz?			

	Evet	Hayır	Durumuma uygun değil
9 Genel olarak aldığımızı bakımdan memnun musunuz?	①	②	③
Cevabınız hayır ise, memnun olmadığınız şey nedir? Lütfen belirtiniz?			

10 Son olarak aldığınız bakım ve hizmet türünü – bu hizmetin ücretini kimin, nasıl ödediğini belirtiniz.	
Bakımım ücretsizdi – devlet tarafından karşılanıyor (yeşil kart, ücretsiz bakım vb.)	☐
Bakımım tümüyle sağlık sigortası tarafından karşılandı (herhangi bir ücret ya da katkı payı ödemedim) (Emekli Sandığı, SSK, Bağkur gibi)	☐
Bakımım ÖZEL sağlık sigortası tarafından karşılandı (primini kendisinin ödediği)	☐
Bakım giderlerimi ailem cebinden ödedi	☐
Bakım giderlerimi kendim cebimden ödedim	☐
Diğer (lütfen belirtiniz) _____	☐

Bu anketle ilgili olarak söylemek istediğiniz bir şey var mı?

.....
YARDIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ

EK 3. ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

Sayın Nadir MAŞALACI

Türkçeye uyarlamış olduğumuz WHOQOL-BREF-D ve Engellilik Modülü, Bedensel Engelli Bireylerin Yaşam Kalitesi Ölçüm Aracı ile Engelli Kişiler için Bakım ve Destek Kalitesi Ölçeği QOCS-D'yi "EVDE BAKILAN BEDENSEL ENGELLİLERDE BAKIM KALİTESİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ" adlı tez çalışmanızda kullanmanız uygundur.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

01.02.2016



Prof.Dr.Erhan ESER

Celal Bayar Üniversitesi

Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Manisa

EK 4. NORMALLİK SINAMASI SONUCU

Skewness/Kurtosis tests for Normality

----- joint -----					
Variable	Obs	Pr(Skewness)	Pr(Kurtosis)	adj chi2(2)	Prob>chi2
fiz_100	109	0.3943	0.1974	2.44	0.2946
psik_100	109	0.6375	0.4630	0.77	0.6793
sos_100	109	0.1062	0.8880	2.69	0.2601
cev_100	109	0.9541	0.1833	1.81	0.4038
d_ql_100	109	0.8799	0.1055	2.71	0.2583
prof_t	109	0.0564	0.2408	4.99	0.0825
access_t	109	0.0004	0.9283	10.81	0.0045
care_t	109	0.2750	0.0534	4.91	0.0857
info_t	109	0.3181	0.8706	1.04	0.5937
tot_qoc_t	109	0.1478	0.1223	4.56	0.1022
anlama_ile~a	109	0.2425	0.1347	3.69	0.1577
hareket_etme	109	0.0000	0.0000	59.87	0.0000
kendine_ba~m	109	0.0000	0.0000	52.84	0.0000
insan_ilis~i	109	0.5363	0.0047	7.60	0.0224
yasam_faal~i	109	0.3011	0.0717	4.42	0.1096
toplumsal_~m	109	0.2031	0.2994	2.76	0.2513
DAS_toplam	109	0.0004	0.0315	14.13	0.0009

Shapiro-Wilk W test for normal data

Variable	Obs	W	V	z	Prob>z
fiz_100	109	0.98471	1.357	0.680	0.24813
psik_100	109	0.98843	1.027	0.059	0.47647
sos_100	109	0.98298	1.511	0.919	0.17896
cev_100	109	0.98719	1.137	0.286	0.38754
d_ql_100	109	0.97870	1.890	1.419	0.07797
prof_t	109	0.96831	2.812	2.304	0.01060
access_t	109	0.91801	7.276	4.423	0.00000
care_t	109	0.97869	1.891	1.420	0.07782
info_t	109	0.98456	1.370	0.702	0.24139
tot_qoc_t	109	0.98469	1.359	0.684	0.24712
anlama_ile~a	109	0.96494	3.111	2.530	0.00571
hareket_etme	109	0.58462	36.861	8.040	0.00000
kendine_ba~m	109	0.65225	30.860	7.644	0.00000
insan_ilis~i	109	0.97121	2.555	2.090	0.01829
yasam_faal~i	109	0.97075	2.595	2.126	0.01676
toplumsal_~m	109	0.98545	1.291	0.569	0.28452
DAS_toplam	109	0.95085	4.361	3.283	0.00051

EK 5. ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
YÖNETİM KURULU

Toplantı Tarihi: 27.01.2016

Toplantı Sayısı: 02 Karar Sayısı: 27

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

ALINAN KARARLAR

19. Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Başkanlığının Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı'na kayıtlı aşağıda isimleri yazılı öğrencilerin tez önerilerinin, Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile kabulüne **OY BİRLİĞİYLE** karar verildi;

Öğrenci Adı Soyadı	Tez Başlığı
Garip YOLCU	Izmir'de Geçici Koruma Statüsündeki Suriyelilerin Sosyokültürel Uyum Süreci Üzerine Bir İnceleme
Firdes ÇAĞLAYAN	Kadın Konukevinde Kalan Kadınların Yaşadıkları Şiddet ile Aile İşlevleri Algıları Arasındaki İlişki (İzmir Örneği)
Sedat AKKUŞ	Toplumsal Cinsiyet Bağlamında İnşa Edilen Erkekliğin Kadına Yönelik Fiziksel Şiddet Uygulamasının Değerlendirilmesi: Manisa Örneği
Melike KILIÇ	Çalışma Yaşamında Bedensel Engellilerin Karşılaştığı Sorunlar ve Sosyal Hizmet
Nadir MAŞALACI	Evde Bakılan Bedensel Engellilerde Bakım Kalitesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

1

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ	Müdür	
Yrd. Doç. Dr. Süheyla RAHMAN	Müdür Yardımcısı	
Yrd. Doç. Dr. Şebnem ŞENOL	Müdür Yardımcısı	İzinli
Prof. Dr. Necip KUTLU	Üye	
Doç. Dr. Mehmet GÖRAL	Üye	
Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ	Üye	
Özcan GERÇEKER	Raportör	

ASLININ AYKIRISIDIR



Prof. Dr. A. AKTAŞ	Yrd. Doç. Dr. S. RAHMAN	Yrd. Doç. Dr. Ş.ŞENOL	Doç. Dr. M. GÖRAL	Prof. Dr. N. KUTLU	Doç. Dr. S. ÇINAR PAKYÜZ	Raportör Ö. GERÇEKER
Paraf	Paraf	İzinli	Paraf	Paraf	Paraf	Paraf

EK 6. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU

KARAR TARİH / NO	23/06/2016 – 7/EK4						
ARAŞTIRMANIN ADI	"Evde Bakılan Bedensel Engellilerde Bakım Kalitesi İle Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki"						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Nadir Maşalacı						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Nadir Maşalacı – Yrd.Doç.Dr. Hakan BAYDUR						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	YÜKSEK LİSANS – DOKTORA TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası ile 22.06.2016 tarih ve E.48728 sayılı yazısı incelenmiş; Etik açıdan UYGUN OLDUĞUNA /UYGUN OLMADIĞINA oy birliği ile karar verilmiştir						
Ünvanı/Adı /Soyadı		Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı /Soyadı		Araştırma İle İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof.Dr. Ayşe İLKER FEF Türk Dili ve Edebiyatı ABD.		☐	☐			☐	☐
Doç.Dr. Selhan ÖZBEY Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu		☐	☐			☐	☐
Doç.Dr. Tülin CANBAY İİBF Maliye ABD		☐	☒			☐	☐
Doç.Dr. C. Erdem HEPAKTAN İİBF İktisat ABD		☐	☐			☐	☐
Yrd.Doç.Dr. Kadir ADAMAZ Eğitim Fakültesi İlköğretim Bölümü		☐	☐			☐	☐
Yrd.Doç.Dr. Nejdett BİLGİ FEF Tarih ABD.		☐	☐			☐	☐
Yrd.Doç.Dr. Papatya ALKAN GENCA FEF İngiliz Dili ve Edebiyatı ABD.		☐	☒			☐	☐
		☐	☐			☐	☐
		☐	☐			☐	☐
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.  Prof.Dr. Ayşe İLKER Başkan							

EK 7. KURUM ARAŞTIRMA İZİN BELGESİ



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü

Sayı : 96785995- 900 - 35013
Konu : Araştırma

VALİLİK MAKAMINA

20 Temmuz 2016

İzmir ilinde bedensel engellilere bakım hizmeti veren bakıcılara ve engellilere yönelik olmak üzere "Evde Bakılan Bedensel Engellilerde Bakım Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" konulu yüksek lisans tezine yönelik anketlerin yapılması ve gerekli araştırmanın İl Müdür Yardımcısı Nadir MAŞALACI tarafından yerine getirilmesi amacıyla gerekli iznin verilmesi hususunu;
Olurlarınıza arz ederim.

Nesim TANGLAY
İl Müdürü

OLUR
20.07.2016

Adem KARAHASANOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı

Gazi Bulvarı No:97 Çankaya Konak İZMİR
Tel. : (0232) 446 33 52 (149)
Faks : (0232) 441 53 05
İnternet adresi : <http://izmir.aile.gov.tr>

Ayrıntılı Bilgi : G.İÇTEN
E-Posta: garnze.bicer@aile.gov.tr

İZMİR

EK 8. ÖZGEÇMİŞ

Adı	NADİR	Soyadı	MAŞALACI
Doğum Yeri	Büyükçekmece	Doğum Tarihi	10.06.1968
Uyruğu	T.C.	Tel	0 535 926 05 10
E-Mail	nadirmasalaci@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hacettepe Ü. Sosyal Hizmetler Y.O	1990
Lise	Bingöl Lisesi	1985

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl – Yıl)
İl Müdür Yardımcısı	Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı İzmir İl Müdürlüğü	28

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	60,97011	70,12700

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Office	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirilmiştir.

EK 9. BENZERLİK RAPORU BİLDİRİMİ

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı EVDE BAKILAN BEDENSEL ENGELLİLERDE BAKIM KALİTESİ İLE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Tezime ilişkin 16/07/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 20'dir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza
Nadir MAŞALACI

Adı Soyadı : Nadir MAŞALACI
Öğrenci No : 141358006
Anabilim Dalı : Sosyal Hizmet
Programı : Sosyal Hizmet

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
Doç.Dr.Hakan BAYDUR

Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süre gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikler içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>