

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA'DA YAŞAYAN SIĞINMACI ÇOCUKLARIN
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİNE
ERİŞİMİNİN İNCELENMESİ**

Fzt. Esra ALAGÖZ

**Nöroloji Fizyoterapistliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2024**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ANKARA'DA YAŞAYAN SIĞINMACI ÇOCUKLARIN
FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİNE
ERİŞİMİNİN İNCELENMESİ**

Fzt. Esra ALAGÖZ

**Nöroloji Fizyoterapistliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Numan DEMİR**

**ANKARA
2024**

ONAY SAYFASI

ANKARA'DA YAŞAYAN SİĞİNMACI ÇOCUKLARIN FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİNE ERİŞİMİNİN İNCELENMESİ

Öğrenci: Esra ALAGÖZ

Danışman: Doç. Dr. Numan DEMİR

Bu tez çalışması 24/04/2024 tarihinde jürimiz tarafından "Nöroloji Fizyoterapistliği Programı"nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Tüzün Fırat
(Hacettepe Üniversitesi)

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Numan Demir
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Prof. Dr. Selen Serel Arslan
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Prof. Dr. Akmer Mutlu
(Hacettepe Üniversitesi)

Üye: Prof. Dr. Hayri Baran Yosmaoğlu
(Başkent Üniversitesi)

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

12.1 Mayıs 2024

Prof. Dr. Müge Yemişçi Özkan
Enstitü Müdürü

YAYINLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin / raporunun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma ama iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayımlanan “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricinde YÖK Ulusal Tez Merkezi / H. Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren Ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

22/05/2024

Fzt. Esra Alagöz

“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

- (1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.
- (2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. Şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü ve fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ay aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.
- (3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7. 2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç.Dr. Numan DEMİR danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

22/05/2024

Fzt. Esra ALAGÖZ

TEŞEKKÜR

Öncelikle bana her türlü desteği sağlayan, yönlendiren, her zaman kolaylaştırıcı olan, akademiye sevdiren biricik Sevgili Danışman hocam Doç. Dr. Numan Demir'e desteği, sabrı, güler yüzü ve benden vazgeçmediği için,

Bana yüksek lisans sürecimdeki desteklerinden dolayı Uzm. Fzt. Rabia Alıcı'ya,

Benimle birlikte birçok fedakarlıkta bulunan ve bana hep destek olan canım Anneciğime, eminim bugünü görebilseydi çok mutlu olup 'Aferin kızıma' diyecek olan biricik Babacığım,

Hayatıma girdiği andan itibaren hep yanımda olan biricik yol arkadaşım Müh. Ali Solgun ve sevgili ailesine,

İlkokuldan bu yana derslerimi kendi çocuklarındaki gibi yakından takip eden canım dayım Yusuf Öztürk'e ve ailesine, özellikle kız kardeşim dediğim canım Dr. Fatma Öztürk'e,

Her zaman yanımda olup desteğini esirgemeyen sevgili abilerim Ali Alagöz, Mustafa Alagöz ve ailelerine,

Yüzümü hep güldüren ve bana her zaman her koşulda destek olan, sevgili dostlarım Av. Yakup Görmez, Mimar Abdullah Pekemen, Av. Kevser Çakmak ve eşi Av. Harun Çakmak, tüm bunlara ek olarak beni yakından takip edip tezimi tamamlamam için motive eden sevgili Arş. Gör. Şühedanur Apaydın'a,

Her zaman pozitif sözleriyle beni motive edip yol gösteren, destek olan canım arkadaşlarım Uzm. Fzt. Rümeyya Ateş ve Uzm. Fzt. Elif Şahin'e,

İş hayatımda bana çok şey katan, hep kolaylaştırıcı, yol gösterici ve destekleyici olan sevgili departman direktörümüz Dr. Ammar Hasan Bek, sevgili koordinatörüm Mohammed Dahan ve sevgili arkadaşım Mahmoud Dallah'a,

Buraya isimlerini sığdıramadığım ancak bana bu süreçte güzel dilekleriyle, dualarıyla destek olan tüm sevdiklerime,

Tezimi tamamlamada iş birliği yapan katılımcılara ve bireylere,

Sevgi, saygı ve derinden teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Alagöz E. Ankara’da Yaşayan Sığınmacı Çocukların Fizyoterapi Hizmetlerine Erişiminin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Nöroloji Fizyoterapistliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2024 Göç kavramı tarih boyunca farklı sebeplerle dünyada önemli gündem konularından olmuştur. Türkiye eskiden bu yana göç alan bir ülkedir. Özellikle son yıllarda aldığı kitlesel göçle birçok hizmet sektöründe baskı meydana gelmiştir ve bu hizmet erişilebilirliğini etkilemektedir. Göçmen nüfus arasında engelli ve fizyoterapiye ihtiyacı olan önemli bir popülasyon bulunmaktadır. Literatürde fizyoterapi alanında sığınmacıların hizmetlere erişimini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızın amacı Ankara’da yaşayan fizyoterapi ihtiyacı olan sığınmacı çocukların bu hizmetlere erişimini, erişimdeki zorlukları ve ailelerin çocuklarının durumu hakkındaki bilgi düzeylerini incelemektir. Ankara’da ikamet eden 7-18 yaş arası, en az son 13 aydır Türkiye’de bulunan sığınmacı çocuklar ve aileleri (n=100) çalışmaya dahil edilmiştir. Sığınmacı çocukların fizyoterapiye erişimlerini incelemek amacıyla uzman görüşü ile anket oluşturulmuştur. Çocukların mobilite düzeyini belirlemek üzere KMFSS ve fonksiyonel bağımsızlık düzeyini ölçmek için WeeFIM uygulanmıştır. Çalışmaya 47 kız, 53 erkek toplam 100 katılımcı alınmıştır. Katılımcılardan %24’ü bir yıldan uzun süredir, %21’i en az bir yıldır, %34’ü en az altı aydır fizyoterapi hizmetlerinden faydalanmadıklarını ve %21’i şu anda hizmet almakta olduklarını belirtmiştir. Fizyoterapiden faydalanamama sebepleri olarak 6 aydan uzun süredir faydalanmayanlar arasında ulaşım (%57), ekonomi (%67) ve randevu (%39) en yaygın nedenler arasındayken dil bariyeri (%9) ve fizyoterapinin gerekli olduğunu düşünmeme (%8) takip eden diğer sebepler arasında bulundu. Fizyoterapiye erişim sıklığı ile KMFSS seviyeleri ve WeeFIM skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0.129$, $p = 0.411$). Ancak, fizyoterapist tarafından verilen ev programlarının olup olmaması ile WeeFIM skorları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p = 0.034$). Tedavi olanakları hakkında bilgi yetersizliği, ulaşım problemleri, ekonomi, dil bariyeri, randevu alamama, gerekli olduğunu düşünmeme, ev programı verilmesi ve Covid gibi sosyo-ekonomik faktörlerin fizyoterapi hizmetlerine erişim sıklığı üzerinde etkili olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$) Sonuç olarak bu sosyo-kültürel faktörlere yönelik çözümlerin, oluşturulacak kapsayıcı politikalarda göz önünde bulundurulmasının çocukların fizyoterapi hizmetlerine erişimlerinin iyileştirilmesine yönelik çalışmalar açısından gerekliliği ortaya konulmuştur.

Anahtar kelimeler: Engelli sığınmacılar, fizyoterapi ve rehabilitasyon, erişilebilirlik

ABSTRACT

Alagoz E. Investigation of Access to Physiotherapy Services for Refugee Children Living in Ankara, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Neurology Physiotherapist Program, Master's Thesis, Ankara, 2024. The concept of migration has been an important agenda issue in the world for different reasons throughout history. Türkiye has long been a country that has received immigration. Especially with the mass migration in recent years, there has been pressure in many service sectors and this affects service accessibility. Among the immigrant population, there is a significant population with disabilities and in need of physiotherapy. There is no study in the literature examining refugees' access to services in the field of physiotherapy. The aim of our study is to examine the access of refugee children with physiotherapy needs living in Ankara to physiotherapy services, the difficulties in access, and the level of knowledge of families about the condition of their children. Refugee children and their families (n=100), aged 7-18, residing in Ankara and living in Türkiye for at least the last 13 months, were included in the study. A survey was created based on literature to examine refugee children's access to physiotherapy. GMFCS was applied to determine the mobility level of the children and WeeFIM was applied to measure the level of functional independence. A total of 100 participants, 47 girls and 53 boys, were included in the study. 24% of the participants stated that they had not used physiotherapy services for more than a year, 21% for at least a year, 34% for at least six months, and 21% stated that they were currently receiving services. Among the reasons for not benefiting from physiotherapy services over than 6 months, transportation (57%), economy (67%) and appointment (39%) were the most common reasons, while language barrier (9%) and not thinking that physiotherapy was necessary (8%) followed them. There was no statistically significant difference between the frequency of access to physiotherapy and GMFCS levels and WeeFIM scores ($p = 0.129$, $p = 0.411$). However, a significant difference was found between the presence or absence of home programs given by a physiotherapist and WeeFIM scores. ($p = 0.034$). It has been found that socio-economic factors such as lack of information about treatment opportunities, transportation problems, economy, language barrier, not being able to make an appointment, not thinking it is necessary, home program and Covid are effective on the frequency of access to physiotherapy services ($p < 0.05$). As a result, the necessity of taking into consideration these socio-cultural factors in comprehensive policies to be created, for the sake of efforts in improving children's access to physiotherapy services is revealed.

Key words: Refugees with disabilities, physiotherapy and rehabilitation, accessibility

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	ii
YAYINLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER- KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Ulusal ve Uluslararası Alanlarda Göç ve Sığınmacı Kavramları	4
2.2. Engellilik Kavramının Ulusal ve Uluslararası Tanımı	5
2.2.1. Engelliliğin Ortaya Çıkma Sebepleri ve Göçle İlişkisi	5
2.2.2. Engellilerin Yaşadığı Zorluklar ve Sığınmacı Olma Durumunun Etkileri	6
2.2.3. Türkiye’de Engellilik İstatistikleri	7
2.3. Türkiye’deki Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi	9
2.3.1. Sığınmacıların Fizyoterapi Hizmetlerine Erişimi	10
3. BİREYLER VE YÖNTEM	13
3.1. Bireyler	13
3.2. Yöntem	14
3.3 İstatiksel Analiz	20
4. BULGULAR	21

5. TARTIŞMA	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	42
6.1. Sonuç	42
6.2. Öneriler	42
7. KAYNAKLAR	44
8. EKLER	48
EK-1: Etik Kurul Onayı	
EK-2: WeeFIM	
EK-3: Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi	
EK-4. Aile Anketi	
EK-5. Turnitin Dijital Makbuz	
EK-6: Turnitin Raporu	
9. ÖZGEÇMİŞ	57

SİMGELER- KISALTMALAR

%	: Yüzde
BM	: Birleşmiş Milletler
KMFSS	: Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi
WeeFIM	: Pediyatrik Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçütü
BMMYK	: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği
AFAD	: Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı
IOM	: Uluslararası Göç Örgütü
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
OAU	: Afrika Birliği Organizasyonu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
EYHGM	: Engelli ve Yaşlı Hizmetler Genel Müdürlüğü
HVL	: Batı Norveç Uygulamalı Bilimler Üniversitesi
PREP-IP	: Sığınmacı Tecrübesi olan İnsanlar Projesi-Profesyoneller Arası
Fzt	: Fizyoterapist
SP	: Serebral Palsi
KMFSS	: Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi – Geliştirilmiş&Revize
Min	: Minimum
Max	: Maksimum

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
3.1. 6-12 yaş KMFSS seviyeleri görselleri	19

TABLULAR

Tablo	Sayfa
3.1. WeeFIM skalasında değerlendirilen alanlar	18
3.2. Skorlar ve işaret ettikleri bağımsızlık düzeyleri	18
4.1. Sığınmacı ocukların demografik bilgileri	21
4.2. Sığınmacı ailelerin demografik bilgileri	22
4.3. Sığınmacı ailelerin zellikleri	23
4.4. Fizyoterapiye ihtiyaı olan sığınmacı çocukların fizyoterapi hizmetlerine erişimi	24
4.5. Çocukların fonksiyonel düzeyleri (WeeFIM)	25
4.6. Çocukların KMFSS düzeyleri	25
4.7. Fizyoterapiye erişim sıklığı ve fonksiyonel düzeyler arasındaki ilişki	26
4.8. Fizyoterapiye erişim sıklığı ve faydalanamama sebepleri arasındaki ilişki	27
4.9. Ailelerin çocuklarının fizyoterapi programına yönelik bilgi durumları	29

1. GİRİŞ

Türk Dil Kurumu'nun resmi sözlüğünde 'Ekonomik, toplumsal, siyasi sebeplerle bireylerin veya toplulukların bir ülkeden başka bir ülkeye, bir yerleşim yerinden başka bir yerleşim yerine gitme işi; taşınma, hicret, muhaceret' olarak tanımlanan göç konusu tarih boyunca dünyanın önemli gündem konularından biri olmuştur (1).

Geçmişe bakıldığında tarih boyunca farklı zamanlarda ve coğrafyalarda savaşlar, çatışmalar, kıtlık, doğal afetler, din-mezhep ve ekonomik kaynaklı gibi farklı olay ve sebepler nedeniyle kitlesel veya daha küçük ölçekli göçlerin meydana geldiği görülmektedir (2). Bu durum göç konusunun uluslararası gündemde önemli bir unsur olarak görülmesine sebep olmuştur ve neticesinde 1951 Cenevre Sözleşmesi'yle göç eden bireylerin hakları ve statüleri tüm ülkelerde ortak bir sözleşmeyle tanımlanıp birleştirilmiştir (3). Türkiye 1961 yılında bu sözleşmenin tarafı olmuştur (4). 2011'de Suriye'deki krizle başlayan ve Türkiye'ye doğru gerçekleşen kitlesel göçle birlikte ise ulusal alanda da göçmenlerin sağlık, eğitim gibi hizmetlere erişimine yönelik bazı yönetmelikler geliştirilmiştir (5). Birçok kar amacı gütmeyen kurum özellikle sığınmacıların yoğun olarak yaşadığı Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde farklı sektörlerde hizmetler sunarak devlet kurumlarını ve sığınmacıları hizmetlere erişim konusunda desteklemeye çalışmaktadır (6).

Farklı sebepler neticesinde olsa da özellikle kitlesel göçler hem göç edilen ev sahibi ülkenin hem de göç eden bireylerin birçok konuda zorluklar yaşamasına sebep olmuştur. Göç edilen ev sahibi ülkede planlamaların yapıp yapılmamış olmasına bağlı olarak özellikle kitlesel göçlerin hem gelen sığınmacılar hem de ev sahibi topluluk üzerinde farklı etkileri ortaya çıkmaktadır. Plansız gerçekleşen kitlesel göçlerde gecekondulaşma, alt yapı hizmetlerinde yetersizlik; eğitim, sağlık ve ulaşım hizmetlerinin yetersiz hale gelmesi, nüfus dağılımında dengesizlik, yerel yönetimlerin bütçelerinin göç alan yerler açısından yetersiz kalması, yatırımların düzensizleşmesi, farklı topluluklar arasında kültürel çatışmalar ve toplumsal olayların ortaya çıkması, güvenlik ve asayiş sorunlarında artışın ortaya çıkması gibi sorunlar zaman içerisinde görülebilmektedir (7). Göç eden bireyler açısından bakıldığında ise, literatürde birçok

araştırmada ve raporda yer aldığı üzere sağlık hizmetlerine erişimde, eğitim hizmetlerine erişimde, ekonomik kaynaklara ve iş imkanlarına erişimde ve barınma ihtiyaçlarının giderilmesi gibi farklı konularda zorluklar yaşandığı ortaya konulmaktadır. Bu sorunların altında yatan genel sebepler arasında ise doğru bilgiye erişimde yaşanılan zorluklar, mevcut politikalaradaki boşluklar, iş izninin alınamaması ve ayrımcılık gibi toplumsal kaynaklı durumlar yer alabilmektedir (8, 9). Tüm bu karşılaşılan zorluklarla birlikte, sığınmacılar arasında göreceli olarak daha çok ekilenen bir grup olarak engelli sığınmacı bireyler karşımıza çıkmaktadır. Uluslararası Göç Örgütü'nün (International Office of Migration-IOM) Engelli Kapsayıcılığı Araç Kutusu raporunda değinildiği üzere, engeli olan bireyler özellikle insani krizlerde sağlık hizmetleri başta olmak üzere temel hizmetlere erişim, karar alma süreçlerine dahiliyet gibi konularda diğer bireylere kıyasla daha büyük zorluklarla karşılaşmaktadır (10).

Engeli olan sığınmacı bireylerin oranına yönelik sayısal verilerde hem dünyada hem de Türkiye'de yetersizlik (11) ve büyük bir boşluk olmasına rağmen söz konusu alandaki en güncel veri 2017 yılında AFAD tarafından Kilis ve Gaziantep'teki kamplarda yapılmış olan taramadır (12). IOM'in 2023'te yayınladığı Engelli Kapsayıcılığı Araç kutusu (Disability Inclusion Toolbox) raporuna göre dünya nüfusunun %15'i engelli bireylerden oluşurken savaş gibi kriz dönemlerinde bu oranların çok daha fazla arttığı ifade edilmektedir, fakat bu bireylerden iletişim engeli, işitme engeli, görme engeli, fiziksel engeli ve diğer engellilik türlerine yönelik detaylı bilgiler bulunmamaktadır (10).

Engelli sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişim ve bu konudaki bilgi düzeyi durumları, erişememe nedenleri gibi sorulara yönelik veri eksikliği literatürde dikkat çekmektedir. Fizyoterapi ve rehabilitasyon bakış açısıyla bakıldığında fizyoterapi ihtiyacı olan, tanısına bağlı olarak kalıcı ya da geçici engelli bireylerin yeterli sürede takiplerinin ve tedavilerinin sürdürülebilmesinin önemi ön plana çıkmaktadır. Fakat bu noktadaki veri eksikliği gerekli planlamaların yapılmasını ve kaynakların yönlendirilmesini zorlaştırmaktadır.

Sığınmacıların ve özellikle engelli sığınmacıların tecrübe ettikleri yukarıda açıklanan durumlar göz önünde bulundurularak çalışmamızda en az 13 aydır

Türkiye’de bulunan, Ankara’da ikamet eden 7-18 yaş arası fizyoterapiye ihtiyaç duyan 100 sığınmacı çocuğun fizyoterapi hizmetlerine erişimleri, ailelerin çocuklarına özel tedavi programlarına yönelik bilgilerinin ve fizyoterapinin önemine yönelik farkındalıklarının incelenmesi hedeflenmiştir.

Hipotezler;

H0: Sığınmacı çocukların fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine erişimi yeterlidir.

H1: Sığınmacı çocukların fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine erişimi yetersizdir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ulusal ve Uluslararası Alanlarda Göç ve Sığınmacı Kavramları

Göç kavramı Türk Dil Kurumu'nun resmi sözlüğünde 'Ekonomik, toplumsal, siyasi sebeplerle bireylerin veya toplulukların bir ülkeden başka bir ülkeye, bir yerleşim yerinden başka bir yerleşim yerine gitme işi; taşınma, hicret, muhaceret' olarak tanımlanmaktadır (1). Göç, mülteci ve sığınmacı kavramları dünyada çok uzun süredir konuşulmakla birlikte, bu statülere yönelik uluslararası alanlarda birlikteliği sağlamak amacıyla hükümetler ve Birleşmiş Milletlerce birkaç protokol ve sözleşme hazırlanmıştır. Bunlardan en iyi bilineni 1951 Cenevre Sözleşmesidir. Bu sözleşmede mülteci/ sığınmacı terimi ırkı, dini, özel bir sosyal gruba üyeliği veya siyasi görüşü gibi haklı sebeplerden dolayı zulüm görmekten korktuğu için menşe ülkesine dönemeyen kişi olarak tanımlanmıştır (3). Bu tanımlama ile uyumlu olmak üzere, zaman içerisinde mülteci olabilme sebepleri arasına 1969'da Afrika Birliği Organizasyonu Sözleşmesi (Organization of African Unity – OAU) ile dış saldırılar, işgal, yabancı hakimiyeti veya kamu düzenini ciddi anlamda bozan olaylar ve 1984 yılında Cartagena Beyannamesi'nde insan haklarına toplu ihlal veya iç çatışmalar gibi tanımlar da eklenmiştir (13, 14). 2011'de Suriye'de meydana gelen iç savaş sonrasında oluşan gelen büyük göçler sebebiyle bu terim Türkiye'de de eğitim, sağlık, siyaset ve diğer birçok alanda sık sık kullanılmaya başlanmıştır.

2011'de Suriye'deki savaş sonrasında yaklaşık 5 milyon 200 bin insan başta komşu ülkeler olan Türkiye, Lübnan ve Ürdün olmak üzere, sığınabilecekleri güvenli bir yaşam alanı bulmak umuduyla ülkelerini terk etmek zorunda kalmışlardır (15). Göç Genel Müdürlüğü'nün resmi sayfasındaki verilere göre Nisan 2024 itibariyle yaklaşık 3 milyon 118 bin Suriyeli geçici koruma altında ve 19 binin üzerinde, özellikle 2019'dan beri çoğunluğunu Afganların oluşturduğu, Iraklı ve İranlıların da bulunduğu uluslararası koruma başvurusu yapan ve statü sahibi kişi bulunmaktadır (16).

Yukarıda bahsedilen sığınmacılar ve yerel halk arasında en kırılgan gruplardan birisi birçok dezavantajla baş etmek durumundaki engeli olan bireylerdir. Engeli olan sığınmacılar; şiddet, sömürü ve istismar riskinin artmasıyla birlikte yüksek düzeyde

damgalanma gibi özel koruma riskleriyle de karşı karşıya kalmaktadır. Risklerin artmasıyla birlikte özellikle daha kırılgan gruplardan olan engelli sığınmacılar insani yardım, eğitim, geçim kaynakları, sağlık hizmetleri ve diğer temel hizmetlere erişimde çok sayıda engelle karşılaşmaya devam etmektedir (17).

2.2. Engellilik Kavramının Ulusal ve Uluslararası Tanımı

Türkiye’de engelli kelimesi Türk Dil Kurumu sözlüğünde ‘doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duysal veya sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmiş, toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri çeken (kimse)’ şeklinde tanımlanırken(1), Türkiye Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi’nde Engelliler Hakkında Kanun sayfasında engelli kavramı ‘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’ tanımlamak için kullanılmaktadır (18).

Birleşmiş Milletler’in (BM) 2006’da yayımladığı Engelli Bireylerin Hakları Sözleşmesi’nde (Convention on Rights of Persons with Disabilities- CRPD) engelli bireylerin ‘ birçok bariyerle etkileşim halinde olarak bireyin toplumdaki diğer kişilerle eşit katılımını kısıtlayan uzun süreli fiziksel, ruhsal, entelektüel veya duysal bozukluğu olan kişileri kapsadığı tanımlanmıştır (19).

2.2.1. Engelliliğin Ortaya Çıkma Sebepleri ve Göçle İlişkisi

Yaser S. ve Kasım K. 2015’te yayınladıkları derlemede savaşların engellilik sebebi olduğuna değinmiştir (20). Ancak bizim çalışmamızın örnekleminde yer alan engeli olan çocuklar savaşın doğrudan etkisinden ziyade, dolaylı olarak savaş sebebiyle başka bir ülkeye göç etmiş olmanın etkilerini taşımaktadır. Engelliliğe yol açan birçok sebep bulunmaktadır. Türkiye Tabipler Birliği’nin resmi sayfasındaki makalede de bahsedildiği üzere özellikle engelli çocuklara yönelik bu sebeplerden başlıcaları şöyle sıralanabilir (21);

- *Doğum öncesi ve döneminde:* genetik bozukluklar, riskli gebelikler,

anneninin yaşı (17'den küçük 35'ten büyük olması), beşten fazla doğum, kan uyuşmazlığı, hamilelik sırasında hipertansiyon ve diyabet vb.

- *Annenin hamilelik esnasında yaşadığı problemler:* ateşli-döküntülü hastalık geçirmek, doktor kontrolü olmadan ilaç kullanımı, sigara-alkol kullanımı, yetersiz beslenme vb.
- *Doğum esnasında karşılaşılan zorluklar:* Doğum biçimi-yeri ve zamanı, zor doğum, doğum travmaları, erken ve geç doğum vb.
- *Doğum sonrasında:* Kazalar, zehirlenmeler, yanlış-geç kan değişimleri vb.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Araştırmaları Enstitüsü'nün 2019'da yayınladığı 'Nüfus ve Sağlık Araştırması-Suriyeli Göçmen Örnekleme' raporunda 2.216 Suriyeli kadınla görüşmeler yapıp bir anket uygulanmıştır. Anket sonuçlarına göre Suriyeli kadınlarda 15-17 yaş arasındaki kadınlardan beşte birinin ya hamile oldukları ya da en az 1 çocukları olduğu, ilkokula gitmemiş kadınlarda adölesan çağda çocuk sahibi olma oranının en az ortaokul mezunu kadınlara göre daha yaygın olduğu (%35- %27), ideal çocuk sayısının 15-47 yaş aralığı kadınlarda 3,9 ve 4,1 olarak bulunduğu fakat 45-47 yaş aralığının 5,2 ile istatistiksel anlamda farklı olmasa da yüksek olduğu rapor edilmiştir. Bunlara ek olarak, çocuk ölümleriyle ilgili beş yaş altı ve bebek ölümleri her 1000 canlı doğumda sırasıyla 27 ve 22 olduğu belirtilmiştir. Doğum aralıkları açısından bakıldığında iki hamilelik arasında ortalama 27 ay olduğu görülmüş olup önceki doğumla arada 24 aydan az olmasının bebek ölümlerini 1000 canlı doğumdan 35 e, beş yaş altı ölümleri ise 42'ye yükselttiği raporlanmıştır. Kadınların %93'ü doğum öncesi bir sağlık görevlisinden bakım alırken, doğum sonrasında bakım alanların oranı %86 olduğu, doğumların %5'inin evde gerçekleştiği belirtilmiştir (22).

2.2.2. Engellilerin Yaşadığı Zorluklar ve Sığınmacı Olma Durumunun Etkileri

Relief International'ın Aralık 2022'de yaptığı anahat değerlendirmesinde Suriyeli geçici koruma altındaki bireyler arasından engeli olan ve olmayanlar arasındaki koruma risklerini araştırmaya yönelik bir anket uygulanmıştır. 240 engeli

olan ve 240 engeli olmayan bireyin seçildiği çalışmada; anket sonuçları sosyal katılım, sağlık hizmetleri ve rehabilitasyona, eğitime erişim, ayrımcılık tecrübesi ve şiddet konu başlıkları altında değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda engeli olan bireylerin engeli olmayanlara kıyasla;

- Akranlarına oranla toplumda daha az saygı gördükleri,
- Aile ve toplum içerisinde fikirlerinin daha az dikkate alındığı,
- Akranlarına kıyasla büyük festival ve etkinliklere daha az katıldıkları,
- Bilgiye erişimde daha fazla zorlandıkları,
- Şiddete daha fazla maruz kaldıkları,
- İş hayatına erişimlerinin daha kısıtlı olduğu,
- Eğitime erişimlerinin daha az olduğu,
- Daha fazla sağlık problemlerine maruz kaldıkları bulgularına ulaşılmıştır(23).

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK)'nın çalışma gruplarından biri olan Ulusal Koruma Çalışma Grubu'nun Eylül 2022'de yayınladığı 6.tur ihtiyaç analizi verilerine göre, görüşme yapılan kişilerden %90'ı bir sağlık hizmeti için girişimde bulunduğu ve %65'i hizmetlere erişebilirken %35 inin erişemediği belirtilmiştir. Sağlık hizmetlerine erişememenin temel sebepleri olarak ise randevu alınmaması (%30), sağlık profesyonelleri ile aradaki dil bariyeri (%29) ve mevcut hizmetler konusunda bilgi eksikliği (%14) olarak tespit edilmiştir. Uluslararası koruma altındaki Suriyeli olmayan sığınmacılar için ise sosyal güvencelerinin aktif olmamasının erişimi kısıtlayan sebeplerin başında geldiği belirtilmiştir (17).

2.2.3. Türkiye'de Engellilik İstatistikleri

İstatiksel anlamda, Türkiye'de hem yerel halkın hem de geçici koruma altındaki bireylerin arasındaki engeli olan bireylerin oranına yönelik maalesef yeterli

çalışma bulunmamaktadır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın Temmuz 2023 Engelli ve Yaşlılık bültenindeki verilerin 2011'deki TÜİK tarafından yürütülen 9 milyon kişiyle yüz yüze yapılan Nüfus ve Konut Araştırması'ndan alındığı görülmektedir. Buradaki verilere göre toplumda 3 yaş üzeri olup en az bir engeli olan bireylerin oranı %6,9 olarak belirtilmiştir (24). Öte yandan, yine TÜİK tarafından yapılan 2019 Sağlık Araştırmaları verilerine göre, 2014'ten 2019'a kıyasla herhangi bir yardım almadan ya da yardımcı bir araç kullanmadan yürüyemeyenler ve merdiven inip çıkamayanların oranının giderek azaldığı görülürken, benzer çalışmada 2008-2019 yılları arasında bireylerin kişisel bakım faaliyetlerini (kendi kendine beslenme, yatağa girme-kalma, sandalyeye oturma kalkma, giyinme ve elbiselerini çıkarma, tuvalet kullanımı ve banyo-duş alma) yerine getirirken zorluk yaşama oranlarının giderek artmış olduğu görülmektedir (25).

Aile ve Sosyal Poliltikalar Bakanlığı bünyesinde kurulan Ulusal Engelli Veri Sistemi'nde ülkemizdeki engelli oranlarına yönelik birtakım veriler yer almaktadır. Ancak, bu veri sisteminde sadece Engelli Sağlık Kurulu Raporu almak için devlete başvuruda bulunan bireyler dahil edilmiştir. Devlet kurumlarıyla bu konuda iletişime geçmemiş olan engeli olan bireyler bu veri sistemine dahil değildir. Temmuz 2023 EYHGM İstatistik bültenine göre, Ulusal Engelli Veri Sistemi'ne kayıtlı olan kişi sayısı 2.511.950'dir ve bunlardan 775.012'si ağır engeli bulunan bireyler olarak belirtilmiştir (24).

Türkiye'de ikamet eden geçici koruma statüsü altındaki bireylerin engellilik oranına dair verilere bakıldığında en güncel verinin 2017'de AFAD tarafından yürütülen 'Türkiye'deki Suriyelilerin Demografik Görünümü, Yaşam Koşulları ve Gelecek Beklentilerine Yönelik Saha Araştırması' ndaki veriler olduğu görülmektedir (12). Bu çalışma dışındaki kaynaklar IOM'in sığınmacılar arasındaki engellilik oranının yaklaşık %15 olduğunu ifade etmesi gibi genellikle diğer ikincil veriler üzerinden tahminler yürütülerek hesaplanmıştır (10).

2017'deki AFAD saha araştırmasında Adana, Mardin, Şanlıurfa, Gaziantep, Kahramanmaraş, Adıyaman, Kilis, Hatay ve Malatya illerinde yaşayan kamp içi ve kamp dışındaki Suriyelilerin engellilik oranı araştırılmış olup, sonuçlara göre toplam

örneklerden %3,5'un bir engeli olduğu ve bu engeller arasında en yüksek oranın %2,30 ile fiziksel engeller olduğu bulunmuştur(12).

2.3. Türkiye'deki Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi

Türkiye'deki sığınmacılara sunulan sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü altındaki Göçmen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından yönetilmektedir. 2015 yılında yayımlanan YUKK (Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu) 107. Maddesinin birinci fıkrasında '*Başvuru sahibi veya uluslararası koruma statüsü sahibi kişilerden, herhangi bir sağlık güvencesi olmayan ve ödeme gücü bulunmayanlar, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hükümlerine tabidir.*' denilmiştir. Ek olarak, ikinci fıkrada, sığınmacıların bu firkaya dahil olup olmadıklarının valiliklerce bir önceki,106. Maddede, belirtilen kriterlerce değerlendirileceği belirtilmiştir (26).

Geçici koruma altındaki Suriyeli sığınmacılar için ise farklı bir protokol bulunmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu ve AFAD arasında yapılan protokol uyarınca geçici koruma statüsü altındaki sığınmacılar göçmen sağlığı merkezlerinden, vakıf-dernekler tarafından kurulan gönüllü sağlık tesislerinden, aile sağlığı merkezlerinden ve kamu hastanelerinden doğrudan, üniversite ve özel hastanelerden sevk yoluyla sağlık hizmetlerine ve ilaçlara ücretsiz olarak erişebilmektedirler. Ancak, bireylerin ikamet kayıtlarının oldukları şehirdeki hastanelere-sağlık tesislerine başvuru yapmaları esas olarak belirtilmiştir (27).

2020'da yayımlanan bir çalışmada belirtildiği üzere Türkiye'ye Suriye'den kısa süre içerisinde gerçekleşen yoğun ve plansız göç dalgası sonucunda sağlık sistemi başta olmak üzere diğer hizmetler üzerindeki yük de artmış olup hizmetler yetersiz hale gelmiştir (7), hem ev sahibi hem de sığınmacı toplulukların fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetleri de dahil olmak üzere temel sağlık hizmetlerine erişimleri negatif olarak etkilenmiştir. Suriyeli geçici koruma altındaki bireylerin Ortopedi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Nöroloji gibi polikliniklere yaptıkları başvurulara yönelik Sağlık Bakanlığı Göçmen Sağlığı Birimi resmi web sitesinde bilgi paylaşılmamakla beraber, 2019'daki bir doktora tezinde sığınmacıların Türkiye'de Acil Servis Hizmetleri'ne yaptıkları başvuru sayısı 2011-2017 yılları arasında 10.574.848 birey

için 16.009.524 olarak rapor edilmiştir. Aile hekimliği, toplum sağlığı merkezlerine yapılan başvurular ise aynı çalışmada 5.923.136 birey için 34.973.029 başvuru olarak rapor edilmiştir (28).

Sağlık hizmetlerine erişen sığınmacılara yönelik yapılan araştırmalarda hem bireylerin memnun olduğuna hem de memnuniyetsiz olduklarına yönelik bulgular mevcuttur. Memnuniyetsizliğin en belirgin sebebi dil bariyeri nedeniyle yaşanan iletişim problemi olup, DSÖ'nün 2021'de yayımladığı ' Hasta Memnuniyet Raporu da göçmen sağlığı merkezlerine başvuru yapan sığınmacılar arasındaki %70'lik yüksek memnuniyet oranının buradaki dil bariyerinin olmaması-daha az olmasından kaynaklandığına değinmiştir (29).

BMMYK'nın Türkiye'deki sivil toplum kuruluşlarıyla ortak olarak yürüttüğü periyodik ihtiyaç analizlerininin Ağustos 2023'te yayımlanan 7. Tur raporunda 2959'u Suriyeli, 644 Türk vatandaşı ve 140 diğer uyruklardan olmak üzere 44 şehirden toplam 3803 bireyle görüşmeler yapılmıştır (30). Bu görüşmeler sonucunda sığınmacıların en çok Göç Genel Müdürlüğü (%31) ve sağlık hizmetlerine (%21) erişim konusunda zorluk yaşadıkları rapor edilmiştir. Temel erişim engelleri arasında ise randevu alamama, hizmet sağlayıcıların sınırlı kapasitesi, ekonomik zorluklar ve göç müdürlükleri tarafından veri güncellemeleri ile ilgili problemler ana sebepler olarak görülmektedir. İstanbul'da yapılan başka çalışmalarda bahsedilen erişim engellerine ek olarak sağlık çalışanlarının olumsuz tutumu, iletişim problemleri yer almakta olup, başvuru yapıp da hizmete erişememe sebepleri arasında ise kurum tarafından reddedilme, dil bariyeri, kayıtla ilgili problemler, bilgi eksikliği gibi zorluklar belirtilmiştir (31).

2.3.1. Sığınmacıların Fizyoterapi Hizmetlerine Erişimi

Literatüre bakıldığında ulusal düzeyde sığınmacıların fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine yönelik ihtiyaçlarına, taleplerine-başvurularına ve erişimdeki bariyerlere yönelik özel bir çalışma ve veri konusunda büyük bir boşluk görülmektedir. Sadece genel sağlık ve hemşirelik hizmetlerine erişimin incelendiği birkaç çalışmada sığınmacıların ortopedi, nöroloji, çocuk hastalıkları gibi

polikliniklere yaptıkları başvurulara yönelik veriler üzerinden dolayı olarak bu bireylerin fizyoterapi ihtiyaçlarına yönelik çıkarımlar yapılabilmektedir. Uluslararası çalışmalara bakıldığında ise sığınmacıların fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine erişimini inceleyen çalışmalar yetersiz olup, fizyoterapistlerin sığınmacılarla çalışırken becerilerini geliştirmeye yönelik kapasite ve rollerin incelendiği çalışmalar göze çarpmaktadır (32-34).

2019'da Düzce'de yürütülen bir çalışmada 2014-2019 yılları arasında Düzce Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Merkezi'ne başvuran göçmen ve mülteci hastaların kayıtları geriye dönük olarak incelenmiştir (35). Yapılan başvurular değerlendirildiğinde tüm poliklinikler arasından Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği (%9,76), Ortopedi Kliniği (%8,79), Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (%1,8), Nöroloji Polikliniği (%1,72) başvuruları fizyoterapist danışmanlığı ve takibi ihtiyacının en yaygın olduğu bölümler olarak göze çarpmaktadır. Yine aynı çalışmada bu süreç içerisinde 7 herni operasyonu, 2 Kalça eklem protezi, 3 Diz artroplastisi, 3 Akromi-oplastisi ve 3 Gelişimsel kalça displazisi redüksiyonu gerçekleştirildiği belirtilmiştir. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü resmi sayfasındaki 04.04.2024 tarihli verilere bakıldığında Düzce ilinde yaşayan kayıtlı sığınmacı sayısının 1.374 (toplam il nüfusunun %0,33'ü) olduğu (16) dikkate alındığında özellikle sığınmacı oranının daha yüksek olduğu illerdeki fizyoterapi ve rehabilitasyon danışmanlığı gerektiren durumların ve bu alandaki ihtiyacın büyüklüğü ortaya çıkmaktadır. Burada hastanelerin mevcut fizyoterapist ekiplerinin göç sonrasında artan hasta sayılarına karşı kapasitelerinin yetersiz kalması, dil bariyerinin varlığı maalesef erişimi ve hizmet kalitesini negatif olarak etkileyen faktörlerden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. İstanbul'da yürütülen ve hemşireler üzerinde yapılan farklı çalışmalarda hizmet kalitesinin sığınmacılar açısından yukarıda bahsedilen sebeplerden dolayı düştüğü ve hemşirelerin de sığınmacı başvuranlarla yaşanan sorunlar neticesinde tayin isteyerek yer değişikliği talebinde buldukları belirtilmiştir (36).

Fizyoterapi ve Rehabilitasyon alanında sığınmacıların hizmetlere erişimi ve bu noktadaki bariyerler ve hizmet kalitesi gibi önemli konularda yeterli bilgi maalesef literatürde mevcut değildir. Fizyoterapinin hem koruyucu hem de mevcut durumları iyileştirmeye yönelik etkisi göz önüne alındığında bu bilgilerin var olmasının

kapsayıcı sağlık politikaları geliştime, fizyoterapist istihdamı gibi konularda önemli olduğunu düşünölmektedir. Bu sebeple çalışmamıza fizyoterapi ihtiyacı olan sığınmacı çocukların hizmetlere erişebilirliği, erişemiyorlarsa nedenleri ve ailelerin farkındalık düzeylerini incelemek amacıyla sivil toplum kuruluşlarının yoğun olmadığı Ankara ilinde yaşayan 7-18 yaş arası 100 fizyoterapi ihtiyacı olan sığınmacı çocuk dahil edilmiştir. Aileye yönelik bir anket ve çocuklara yönelik KMFSS ve WeeFIM araçları uygulanmıştır. Çalışma sonucunda fizyoterapi ihtiyacı olan çocukların hizmetlere erişebilirliğindeki bariyerlerin anlaşılıp ilgili mercilere kapsayıcı politikalar konusunda ışık tutulması hedeflenmektedir.

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Bireyler

Bu çalışma 7-18 yaş arası Ankara’da ikamet eden sığınmacı çocukların fizyoterapi hizmetlerine erişimini ve ailelerin, bakım verenlerin bu fizyoterapi konusundaki farkındalık, bilgi düzeylerini incelemek amacı ile yürütülmüştür.

Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 07.09.2022 tarihinde GO 22/139 proje numarası ve 2022/13-58 karar numarası ile izin ve onay alınarak başlanmıştır.

Literatürde daha önce yürütülen ilgili çalışmalar göz önüne alınarak yapılan güç analizinde %80’lik çalışma gücüne ulaşmak için %5’lik tip I hata bazlı çift yönlü hipotez tasarımında 70 sığınmacı çocuğun ve ailesinin katılımı gerektiği hesaplanmıştır. Araştırmamızı güvenli aralıkta tutmak amacıyla %30 yanıtızlık oranı da hesaplandığında ortalama 100 çocuk ve onların aileleri/bakımverenleri dahil edilerek çalışma yürütülmüştür. Çalışmamız en az 13 aydır Ankara’da ikamet eden 7-18 yaş arası 100 sığınmacı çocuk ve onların bakımverenleri ile gerçekleştirilmiştir. Hedef grubumuz olan sığınmacı çocuklara erişebilmek adına bu çocuklar ve ailelerine yönelik özel hizmetler sunan sivil toplum kuruluşları ile iletişime geçilip bireylerin onamlarının alınmasıyla bize yönlendirilen 100 katılımcı ile görüşmeler tercüman eşliğinde tamamlanmıştır. Tercüman seçilirken daha önceden tıbbi konularda tercüme tecrübesi olan, kültürel tercihler de göz önüne alınarak kadın tercüman tercih edilmiştir. Görüşmelere başlanmadan önce uygulanacak çalışma ve anket soruları üzerinde tercümanla bir eğitim seansı gerçekleştirilip soruların iyice anlaşılması sağlanmıştır.

- *Dahil edilme kriterleri;*
- En az 13 aydır Ankara’da ikamet ediyor olmak
- 7-18 yaş arasında olmak
- Sığınmacı olmak
- Fizyoterapi ihtiyacı ortaya çıkaran bir engel durumuna sahip olmak

- *Dışlanma kriterleri;*
- Fizyoterapi kontraendikasyonu olan bir tanısı olmak

3.2. Yöntem

Bu çalışma bir tanımlayıcı araştırma tipi örneğidir. Dahil edilme kriterlerini karşılayan 100 sığınmacı çocuk ve aileleri literatür doğrultusunda oluşturulan sosyo-demografik-ekonomik düzey ile ilgili bilgileri içeren anket anket uygulaması, WeeFIM ve KMFSS araçları kullanılarak çalışma yürütülmüştür.

- i. Anketi yanıtlayan kişi ve çocuğa yönelik demografik bilgilerin kaydedilmesi
- ii. Aile anketinin uygulanması
- iii. Pediatrik Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçütü (WeeFIM)
- iv. KMFSS düzeyi belirlenmesine yönelik bilgiler elde edilmiştir.

i. Demografik bilgilerin alınması

Anketi yanıtlayan çocuk yakını, bakım vereni ve çocuğun kendisinin demografik bilgileri, yaş, cinsiyet, bireylerin yakınlık derecesi gibi sağladığı bilgiler baz alınarak kaydedilmiştir. Kayıt esnasında her bir katılımcı için bireye özel bir kod oluşturulmuştur.

ii. Aile Anketinin uygulanması

Literatürdeki bilgileri göz önünde bulundurarak, çalışmamızda faydalandığımız çocuk onam formunda, çocuğun anlama kapasitesine göre, açık, onu korkutmayarak yapılması planlanan işlemler ve amaçlar anlatılmıştır. Hedef grubumuzun sığınmacı olmasının getirdiği bir diğer savunmasız grup niteliği yine araştırma öncesi, esnası ve sonrasında göz önünde bulundurulması gereken ekstra noktalar ortaya çıkarmıştır. Literatürde Emma ve ark. 2020'de yayımladığı bir gözden geçirme makalesinde aşağıdaki konulara dikkat edilmedi önerilmiştir ve araştırma sırasında da göz önünde bulundurulmuştur (37);

- *Araştırma öncesinde hedef grubun ihtiyaçları ve kültürel tercihleri hakkında bilgi edinilmesi.*

Çalışmanın yardımcı araştırmacısı Fzt. Esra Alagöz'ün sığınmacılar ve fizyoterapi alanındaki yaklaşık 5 yıllık direkt tecrübesi ile bu adım hali hazırda tamamlanmıştır.

- *Eğer bireyler kampta yaşıyorlarsa kendilerini rahat ve özel, güvenli ve gizliliğin sağlandığı bir alanda hissedecekleri yerde görüşmelerin gerçekleştirilmesi.*

Çalışmamızda iletişim halinde olacağımız kurumlar sığınmacı gruplarla yıllardır beraber çalışıyor olup aralarındaki güven bağı hali hazırda kurulmuştur.

- *Onam formlarının katılımcıların ana dillerinde çevrilmiş olması.*

Çalışmamızda halihazırda çeviriler yapılmıştır.

- *Kültürel tercihlere saygı çerçevesinde çocuk-ebeveynlerle fizyoterapist görüşmesi esnasında katılımcının hassasiyetine göre kadın veya erkek tercüman bulundurulması.*

Kadın tercüman tarafından desteklenen çalışmada katılımcılardan bu konuda negatif bir geri dönüş alınmamıştır.

- *Katılımcıların olası risklere karşı korunması ilkesi kapsamında fiziksel zarar, psikolojik taciz ve yasal tehlike konularına dikkat edilmesi gerekmektedir. Güvenli bir alanın sağlanması fiziksel zararı minimuma indirmek için faydalıdır. Psikolojik taciz, bireye utanç verici, strese sebep olacak sorular sorup üzerine gitmek şeklinde olmaktadır.*

Çalışmamızın konusu gereği katılımcılara bu hislere sebep olacak sorulara ankette yer verilmemiştir. Yasal tehlike ise bireyin kimliği ve ikamet belgesi olmadan, ve başvuru bile yapmamışken hayatını devam ettirmeye çalışması gibi konulardır. Çalışmamıza dahil ettiğimiz katılımcılar Türkiye'de yasal olarak halihazırda kaydı bulunan katılımcılardır.

- *Yargılayıcı ifadeler konusunda dikkat edilmesi*
- *Çıkar çatışmalarına karşı duyarlı olunması ve kaçınılması*

Çalışmaya yönelik vakaların yönlendirilmesi için iletişime geçilen kurum kendi iç prosedürleri gereği her bir vakayı kendi onamlarını takiben yardımcı araştırmacıya yönlendirmiştir. Kurumdaki odak kişi çalışmanın amacı, sorulacak sorular ile ilgili açıkça bilgilendirilmiş olup bireylerden onam alınması esnasında onlara da açıkça ifade edilmiştir.

Bu anketle fiziksel bir müdahale veya tedavi girişimi yapılmayacağı, toplanan verilerin çalışmada hangi amaçlarla kullanılacağı ve kimler tarafından erişilebilir olacağı katılımcılara ve yönlendirme yapan kuruma net bir şekilde ifade edilmiştir. Çocukların ve ailelerin onamlarını takiben sığınmacı çocuklar ve aileler fizyoterapist tarafından değerlendirilmiştir. Kişisel verilerin korunması kanununa uygun olacak şekilde, değerlendirme yapılan aile ve çocuklar ad-soyad yerine özel bir şekilde kodlanarak verileri kaydedilmiştir.

İlk olarak fizyoterapist tarafından tercüman aracılığıyla ailelere yönelik olan anket uygulanmıştır. Bu ankette ilk kısım demografik bilgiler, okuma-yazma seviyesi, hane büyüklüğü, geçimin nasıl sağlandığı gibi genel bilgileri içermektedir. İkinci kısımdaki sorular çocuğun fizyoterapi hizmetlerine olan erişiminin incelenmesi, ailelerin bu konudaki bilgi ve farkındalıklarının ölçülmesini, erişilmişse bu fizyoterapi hizmetinin kalitesini değerlendirmeyi hedeflemektedir. Son kısım ise, bireylerin fizyoterapi hizmetlerine erişimi ile ilgili iki soru içermektedir. Soruların ulaşmayı amaçladığı hedef çıktı aşağıda listelenmiştir;

- İlk 8 soru sığınmacı çocukların fizyoterapi hizmetlerine erişiminin belirlenip aradaki kısıtlılıkların belirlenmesi,
- 4-8-14. Sorular erişimdeki sorunların sebeplerinin belirlenmesi (*ekonomik, bilgi eksikliği, ulaşım problemleri, dil bariyeri gibi*)
- 9-10-11. Sorular sığınmacı ailelerin fizyoterapiye yönelik farkındalıklarının ve bilgi seviyelerinin belirlenmesini,

- 12. Soru fizyoterapi hizmetlerinin kalitesine yönelik bilgi sahibi olmayı
- 13. Soru Covid-19 sürecinin fizyoterapi hizmetlerine erişimi ne yönde etkilediğinin belirlenmesini
- 15-16. Sorular sığınmacıların *kendi ülkelerindeki fizyoterapi hizmetleri ve Türkiye’de sunulan Fizyoterapi hizmetleri* arasındaki farklılıkların incelenmesini
- 17-18. Sorular sığınmacı çocukların özel eğitim merkezleri aracılığıyla fizyoterapi hizmetine olan erişimlerinin, erişemiyorlarsa bu bariyerin sebeplerinin belirlenip karşılaştırılmasını hedeflemektedir.

iii. Pediatrik Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçütü (WeeFIM)

Tonustaki anormallikler, motor bozukluklar, kas güçsüzlüğü, üst ekstremitelerde disfonksiyonu ve diğer birçok faktör nedeniyle performans göstermekte pek çok güçlük çeken SP’li çocukların hayatlarındaki en önemli aktivitelerden biri günlük rutin aktivitelerdir. 2003 yılında yetişkinler için geliştirilen Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçütünden (FIM) geliştirilen Pediatrik Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçütü (WeeFIM), günlük yaşam aktivitelerinin pediatrik fonksiyonel değerlendirilmesinde en sık kullanılan yöntemlerden biridir (38). SP ve diğer gelişimsel bozukluğu olan çocukların gelişimsel, eğitimsel ve toplumsal açıdan fonksiyonel limitasyonlarını 22 tespit eden yararlı, kısa, kapsamlı bir ölçüm metodudur. WeeFIM, 3 ana alanda toplam 18 alt madde içerir. Bir ana alanda her bir maddedeki fonksiyonu gerçekleştirirken yardım alıp almadığı, zamanında yapıp yapmadığı veya yardımcı cihaz gerekip gerekmediğine göre 1’den 7’ye kadar puanlanır. Verilen görevi tamamen yardımla yaptığında 1 tamamen bağımsız olarak, uygun zamanda ve güvenli bir şekilde yaptığında ise 7 puan verilir. Buna göre en az 18 (tam bağımlı), en fazla 126 (tam bağımsız) puan alınabilir.

Çalışmamızda WeeFIM değerlendirme formundaki 7 alan ile ilgili olarak ailelere çocuklarının fonksiyonel bağımsızlığına yönelik sorular yönetilmiş olup cevapları uygun skora göre kaydedilmiştir ve skorlar toplam şekilde hesaplanmıştır. Her bir aile ile yapılan görüşmeler değerlendirmesi ortalama 30 dakika sürmüştür.

Tablo 3.1. WeeFIM skalasında değerlendirilen alanlar



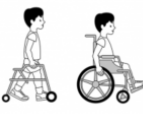


1 Kendine bakım	A)Yemek yeme
	B)El-yüz yıkama, diş fırçalama
	C)Banyo yapma
	D)Vücudun üst kısmını giyinme
	E)Vücudun alt kısmını giyinme
	F)Tuvalet yapma
2 Sfinkter kontrolü	G)Mesane alışkanlığı
	H)Barsak alışkanlığı
3 Transferler	İ)İskemle, tekerlekli iskemle
	J)Tuvalet
	K)Küvet,duş
4 Hareket	L)Yürüme, emekleme
	M)Merdiven inme, çıkma
5 İletişim	N)Anlama
	O)İfade etme
6 Sosyal Durum	Ö)Sosyal ilişkiler

Tablo 3.2. Skorlar ve işaret ettikleri bağımsızlık düzeyleri

7=Tam olarak bağımsız 6=Modifiye bağımsız	<i>Yardımsız</i>
5=Gözetim gerektiriyor 4=Minimal yardım (%75'ini çocuk yapıyor) 3=Orta derecede yardım (%50'sini çocuk yapıyor)	<i>Yardımla / Modifiye Bağımlı</i>
2=Maksimal yardım (%25'ini çocuk yapıyor) 1=Tam yardım	<i>Tamamen Bağımlı</i>

iv. Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Skalası (KMFSS)

1997’de Palisano ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi (KMFSS), Serebral Palsili çocukların hareket kısıtlılığının derecesini tanımlayabilmek ve sınıflandırabilmek için standart bir sisteme ihtiyaç duyulması sebebiyle oluşturulmuştur. Beş seviyesi olan bu sistemde çocuğun oturma, transferleri ve hareketliliğine odaklanılarak çocuğun kendi kendine başlattığı hareketlere baz alınır ve kanıta dayalı, standardize, geçerliliği ve güvenilirliği olan, bir sınıflandırma sistemidir. Her bir seviye arasındaki ayırım, fonksiyonel kısıtlılıklar ve yardımcı cihaza karşı var olan gereksinimler göz önünde bulundurularak yapılır. Bu nedenle, seviye I olarak sınıflandırılan çocuklar en az şiddette etkilenmiş çocuklar olup kısıtlama olmaksızın yürüyebilirken, Seviye V’deki çocuklar en şiddetli derecede etkilenmiş olup hareketlilik için dışarıdan gelecek yardıma tamamen bağımlı durumdadırlar. Aşağıdaki şekilde farklı seviyeler görselle anlatılmıştır;

				
Seviye I	Seviye II	Seviye III	Seviye IV	Seviye V
Kısıtlama olmaksızın yürür.	Kısıtlamalarla yürür.	Elle tutulan hareketlilik araçlarını kullanarak yürür.	Kendi kendine hareket sınırlanmıştır. Motorlu hareketlilik aracını kullanabilir.	Elle itilen bir tekerlekli sandalyede taşınır

Şekil 3.1. 6-12 yaş KMFSS seviyeleri görselleri

Genişletilmiş ve revize edilmiş KMFSS, 2008’de 12-18 yaş grubunu güncel olarak ekleyerek geliştirilmiştir . Sonuç olarak güncel haliyle KMFSS G&R, beş seviye ve beş yaş aralığını içermektedir: 2 yaş ve altı, 2-4 yaş, 4-6 yaş, 6-12 yaş ve 12-18 yaş . KMFSS G&R, şimdiye kadar birçok dile çevrilmiş olup Türkçe’ye çevirisi Kerem Günel ve ark.tarafından gerçekleştirilmiştir. Bizim çalışmamızda da Türkçe versiyonu kullanılmıştır(39). 2017’de yayımlanan bir derlemede KMFSS’in CP olmayan kişilerde de kullanılmasına yönelik yapılan incelemelerde, KMFSS’in i.

katılımcıların kategorizasyonu veya dahil etme-dışlama kriteri olarak, ii. prediktif çalışmalarda bağımlı değişken olarak, iii. bağımsız değişken olarak, iv. girişimsel çalışmalarda bir sonuç ölçütü olarak kullanıldığı raporlanmıştır(40). Derlemede KMFSS seviyelerini grup olarak alıp bu gruplar arasında zamanlı kalk-yürü testinin incelenmesi, 37 haftalık gestasyonel yaşta yapılan difüz tensör görüntülemenin 4 yaşta KMFSS ile ilişkisinin değerlendirilmesi, iki deney grubu arasında başlangıçta ve müdahale sonrası KMFSS seviyelerinin değerlendirilmesi gibi örneklere yer verilmiştir. Bu çalışmada KMFSS'ten çocukların mobilite düzeylerinin gruplandırılması şeklinde faydalanılmıştır. Fizyoterapist tarafından yapılan değerlendirme sonucu çocukların KMFSS seviyesi belirlenmiştir.

3.3 İstatiksel Analiz

Bu araştırmada, sığınmacı çocukların fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine erişimini incelemek için toplanan veriler, IBM SPSS Statistics 24.0 kullanılarak analiz edilmiştir. Analizlerde katılımcıların demografik ve diğer arka plan bilgileri tanımlayıcı istatistiklerle sunulmuştur. Frekans (n) ve yüzde (%) dağılımları kullanılarak katılımcıların cinsiyet, uyruk, aile yapısı ve diğer sosyo-demografik özellikleri incelenmiştir. Sürekli değişkenlerin (örneğin, WeeFIM skorları) farklı gruplar arasında dağılımının farklı olup olmadığını değerlendirmek üzere Kruskal Wallis testi, üç veya daha fazla bağımsız grubun medyanlarını karşılaştırmak için kullanılırken; Mann-Whitney U testi iki bağımsız grubun medyanlarını karşılaştırmak için kullanılmıştır. Spearman korelasyon analizi, çocukların yaşları ile WeeFIM skorları arasındaki ilişkiyi incelemek için kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı (r), iki sürekli değişken arasındaki ilişkinin yönünü ve şiddetini belirlemek için hesaplanmıştır. Ki-kare testleri, kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için kullanılmıştır. Bu testler, çocukların fizyoterapi hizmetlerine erişiminin birçok sosyo-ekonomik faktörlere göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için uygulanmıştır. Bu analizlerin tümü, araştırmanın amacına uygun olarak, katılımcıların fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine erişim durumlarını ve bu hizmetlerin çeşitli demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerle nasıl ilişkili olduğunu anlamak için tasarlanmıştır. P değerinin 0,05'in altında olduğu durumlar istatiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Ankara’da bulunan sığınmacılarla çalışan kurumlar aracılığıyla ulaşılan engelli sığınmacı çocukların fizyoterapi hizmetlerine erişiminin incelendiği bu çalışmaya 7-18 yaş arasında fizyoterapi ihtiyacı mevcut çocuğu olan 100 sığınmacı aile dahil edilmiştir. Çalışmaya ait veri analizleri aşağıda başlıklar halinde açıklanmıştır.

Tablo 4.1. Sığınmacı çocukların demografik bilgileri

		n	%
Cinsiyet	Erkek	53	53,0
	Kız	47	47,0
Uyruk	Iraklı	55	55,0
	Suriyeli	45	45,0
Tanı	Serebral Palsi	37	37
	Ortopedik Deformiteler	36	36
	Nörolojik Problemler	13	13
	Amputasyon	4	4
	Diğer	10	10

Çalışmaya yaş ortalaması $12,47 \pm 3,38$ yıl olan 100 çocuk dahil edilmiştir. dahil edilen çocukların %53’ü erkek , %47’si kızdır . Çocukların %55’i Iraklı, %45’i ise Suriyelidir. Dahil edilen çocukların tanıları %50’si serebral palsi, spina bfida, spinal kord yaralanması, periferik sinir yaralanması, kas hastalıkları, travmatik beyin yaralanması, konuşma hareket bozuklukları gibi nörolojik problemler, %36’sı boyun-bel ağrısı, kırık, yumuşak doku yaralanması gibi ortopedik problemler, %4’ü ampüte ve %10’luk diğer grubu altında net tanısı belli olmayan motor gelişim geriliği gibi tanılarda %6’sı düşük fonksiyonel düzeye, daha çok postür bozukluğu, pes planus, genu recuvarum gibi daha kas iskelet sistemiyle ilgili durumlarda ise %4’ü iyi düzeyde fonksiyonelliğe sahip olduğu rapor edilmiştir. (diğer tanılar eklendi)

Tablo 4.2. Sığınmacı ailelerin demografik bilgileri

		n	%
Anketi cevaplayan kişinin yakınlık derecesi	Anne	81	85,3
	Baba	14	14,7
Çalışma durumu	Çalışıyor	13	13,0
	Çalışmıyor	87	87,0
Eğitim durumu	İlkokul mezunu	62	62,0
	Lise ya da üstü bir oku mezunu	25	25,0
	Okula katılmadı	13	13,0
Yasal statü	Geçici koruma altında	70	70,0
	Uluslararası koruma	27	27,0
	İstisnai türk vatandaşı	3	3,0

Yasal statü açısından incelendiğinde ise, ailelerin %70'inin geçici koruma altında olduğu, %27'sinin uluslararası koruma altında olduğu ve %3'ünün istisnai Türk vatandaşı olduğu belirtilmiştir. Araştırmaya katılan bakımverenlerin yaşları 17 ile 65 yaş arasında değişmektedir. Ankete katılım gösteren bakımverenlerin büyük çoğunluğu (%85,3) annelerden oluşmaktadır, geriye kalan %14,7 ise babalar olduğu görülmüştür. Katılımcıların büyük bir kısmı (%87) çalışmadığı bulunmuştur.

Bakımverenlerin %62'si ilkokul mezunu, %25'i lise veya üniversite mezunu ve %13'ü hiçbir okula gitmediği belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Sığınmacı ailelerin özellikleri

		n	%
Ailenin büyüklüğü	6 kişi ve altı	53	53,0
	6 kişiden fazla	47	47,0
Evde başka engelli	Evet 1 kişi	15	15,0
	Evet ve 2 veya daha fazla	10	10,0
	Hayır	75	75,0
Anne baba hayatta mı?	Anne-baba sağ	87	87,0
	Anne ya da baba vefat etmiş	13	13,0
Geçim nasıl sağlanıyor	Ailede çalışanlar var	23	23,0
	Kızılay kart	77	77,0
Aylık ortalama gelir	0-1000 TL	20	20,0
	1001-2500	19	19,0
	2501-4000	28	28,0
	4001-5500	12	12,0
	5501+	21	21,0

Evde başka engelli bireyin olup olmadığına dair verilerde, %15'lik bir kesimin evde 1 engelli birey olduğunu, %10'unun ise evde 2 veya daha fazla engelli bireyle yaşadığı, %75'lik kesim ise evde başka engelli bireyin olmadığını ifade etmiştir. Anne baba hayatta mı sorusuna verilen yanıtlarda, çocukların %87'sinin her iki ebeveyninin de hayatta olduğu, %13'ünün ise anne veya babadan birinin vefat etmiş olduğu görülmektedir.

Aile büyüklüğüne bakıldığında katılımcıların %53'ü 6 kişi ve altında bir aile büyüklüğüne sahipken, %47'sinin 6 kişiden büyük bir aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır.

Aylık ortalama gelirler baz alındığında ailelerin %77'sinin geçimlerini Kızılay Kart gibi yardım kartları ile sağladığı belirlenmiştir. Ek olarak, ailelerin yaklaşık %40'ı aylık 1000 TL ve altında bir gelirle yaşamakta, diğer %60'ı ise daha

yüksek gelir seviyelerine sahip olduğu görülmüştür. Çalışmanın tasarlandığı 2021 yılında asgari ücret tutarı 2825,90 TL olup, temmuz ayı dolar kuru 8,55'tir. Son birkaç yıldaki hızlı artışlar olması çalışmanın tamamlandığı süreçte ankette yer alan aylık ortalama gelir miktarlarının çok düşük sayılar olarak görülmesine sebep olmuştur.

Tablo 4.4. Fizyoterapiye ihtiyacı olan sığınmacı çocukların fizyoterapi hizmetlerine erişimi

		n	%
En son faydalanılan fizyoterapi hizmeti	1 yıldan uzun süre önce	24	24,0
	Son 6 ay- 1 yıl arasında	21	21,0
	Son 6 ay içerisinde	34	34,0
	Şu anda devam ediyor	21	21,0
Fizyoterapi hizmetlerinden yararlanmama sebepleri	Tedavi olanakları hakkında bilgi yetersizliği	19	19,0
	Ulaşım problemleri	57	57,0
	Ekonomik	67	67,0
	Randevu alamama	39	39,0
	Dil bariyeri	9	9,0
	Ftr'nin gerekli olduğunu düşünmeme	8	8,0
	Uzun bekleme listeleri	5	5,0

Çalışmaya dahil edilen çocukların aileleri %24'ü bir yıldan uzun süredir Fizyoterapi hizmetlerinden faydalanmadıklarını, %21'i en az bir yıldır, %34'ü en az altı aydır faydalanmadıklarını ve %21'i şu anda hizmet almakta olduklarını belirtmiştir.

Fizyoterapi hizmetlerinden yararlanmama sebepleri arasında ulaşım problemleri (%57), ekonomik sebepler (%67) ve randevu alamama (%39) en yaygın nedenler olarak belirtilmiş, dil bariyeri (%9) ve fizyoterapinin gerekli olduğunu düşünmeme (%8) gibi diğer nedenler daha az oranda belirtilmiştir.

Tablo 4.5. Çocukların fonksiyonel düzeyleri (WeeFIM)

	n	Min	Max	ss
WeeFIM	100	7	96	$\pm 24,89$

WeeFIM skorları, çocukların günlük yaşam becerilerindeki bağımsızlık düzeylerini ölçer. 100 katılımcı arasında, WeeFIM skorları 7 ile 96 arasında değişmektedir, bu geniş bir aralıkta fonksiyonel becerilerin dağılımını gösterir. Ortalama WeeFIM skoru 57,16'dır ve standart sapma 24,89'dur. Bu, katılımcıların genel olarak orta düzeyde fonksiyonel bağımsızlık gösterdiklerini işaret etmektedir.

Tablo 4.6. Çocukların KMFSS düzeyleri

		n	%
KMFSS	Seviye I	43	43
	Seviye II	25	25
	Seviye III	8	8
	Seviye IV	1	1
	Seviye V	23	23

Yapılan KMFSS değerlendirmesinde çocukların %43'ünün seviye I olup kısıtlama olmaksızın yürüyebildiği bulunurken, %25'inin seviye II olup kısıtlamalarla yürüdüğü bulunmuştur. %23'lük yüzdeler ise seviye V olarak bulunmuştu ve bu grubun mobilitesi başka biri tarafından kontrol edilen tekerlekli sandalye gibi araçlarla sağlanmaktadır. Diğer gruplara kıyasla, KMFSS seviyeleri en az oranda %8 ile seviye III ve seviye IV şeklinde bulunmuştur.

Tablo 4.7. Fizyoterapiye erişim sıklığı ve fonksiyonel düzeyler arasındaki ilişki

		WeeFIM					KMFSS						X ²	p değeri		
		Min	Max	X	ss	M	Seviye I		Seviye II		Seviye III				X ²	p değeri
							n	%	n	%	n	%				
En Son faydalanılan Fizyoterapi hizmeti	1 Yılda Uzun Süre önce	22,00	89,00	63,63	20,23	70,00	2,874	0,411	12	50,0	9	37,5	3	12,5	9,900	0,129
	Son 6 ay- 1 yıl arasında	24,00	88,00	55,86	24,08	49,00			9	42,9	5	23,8	7	33,3		
	Son 6 ay içerisinde	7,00	96,00	50,91	28,73	42,00			16	47,1	4	11,8	14	41,2		
	Şu Anda Devam Ediyor	24,00	85,00	61,19	22,79	72,00			6	28,6	7	33,3	8	38,1		

Fizyoterapiye erişim sıklığı ve WeeFIM skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p = .411$). Ancak, fizyoterapist tarafından verilen ev programlarının güncellenmesi ile WeeFIM skorları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; ev programı olmayanların ortalama skorları $58.59 (\pm 23.46)$, medyanı 59.00 iken, 6 aydan uzun süre güncelleme almayanların ortalama skorları $67.72 (\pm 20.50)$, medyanı 77.50 'dir ($p = .034$). Bir yıldan uzun süredir FTR hizmeti almayan çocukların %50'si kısıtlama olmadan yürüyebilirken, bu oran en az 6 aydır FTR hizmeti almayanlarda %47,1 ve şu anda FTR hizmeti alanlarda %28,6'dır. Bu gruplar arasında kaba motor fonksiyonlar açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = .129$).

Tablo 4.8. Fizyoterapiye erişim sıklığı ve faydalanamama sebepleri arasındaki ilişki

		En son faydalanılan fizyoterapi hizmeti								Ki Kare Testi	
		1 yıldan uzun süre önce		Son 6 ay- 1 yıl arasında		Son 6 ay içerisinde		Şu anda devam ediyor			
		n	%	n	%	n	%	n	%	X2	p
Tedavi olanakları hakkında bilgi yetersizliği	Evett	10	41,7	5	23,8	3	8,8	1	4,8	13,382	0,004*
	Hayır	14	58,3	16	76,2	31	91,2	20	95,2		
Ulaşım problemleri	Evett	9	37,5	17	81,0	26	76,5	5	23,8	23,336	0,000*
	Hayır	15	62,5	4	19,0	8	23,5	16	76,2		
Ekonomik	Evett	15	62,5	18	85,7	28	82,4	6	28,6	21,197	0,000*
	Hayır	9	37,5	3	14,3	6	17,6	15	71,4		
Randevu alamama	Evett	9	37,5	12	57,1	15	44,1	3	14,3	8,694	0,034*
	Hayır	15	62,5	9	42,9	19	55,9	18	85,7		
Dil bariyeri	Evett	0	0,0	1	4,8	8	23,5	0	0,0	13,675	0,003*
	Hayır	24	100,0	20	95,2	26	76,5	21	100,0		
FTR nin gerekli olduğunu düşünmemeye	Evett	6	25,0	1	4,8	1	2,9	0	0,0	12,731	0,005*
	Hayır	18	75,0	20	95,2	33	97,1	21	100,0		
Uzun bekleme listeleri	Evett	1	4,2	0	0,0	3	8,8	1	4,8	2,189	0,534
	Hayır	23	95,8	21	100,0	31	91,2	20	95,2		
Evde uygulanması gerekenler biliniyor mu?	Hayır	12	50,0	5	23,8	6	17,6	2	9,5	11,679	0,009*
	Evett	12	50,0	16	76,2	28	82,4	19	90,5		
Fzt tarafından ev programı verildi mi? ve ne zaman güncellendi	Hayır	14	58,3	8	38,1	5	14,7	2	9,5	38,088	0,000*
	Evett, 6 aydan uzun süre güncelleme	6	25,0	5	23,8	4	11,8	3	14,3		
	Evett, 3-6 arası güncelleme	2	8,3	3	14,3	16	47,1	3	14,3		
	Evett, 3 aydan kısa süre önce güncellendi	2	8,3	5	23,8	9	26,5	13	61,9		
Covid FTR hizmetlerine erişimi etkiledi mi?	Hayır	14	58,3	18	85,7	28	82,4	20	95,2	10,636	0,014*
	Evett	10	41,7	3	14,3	6	17,6	1	4,8		

* : İstatistiksel olarak anlamlı.

Tedavi olanakları hakkında bilgi yetersizliği olan ailelerin, bu konuda yeterli bilgiye sahip olan ailelere göre fizik tedavi ve rehabilitasyon (FTR) hizmetlerine 1 yıldan uzun süredir faydalanmama oranlarının önemli ölçüde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bilgi yetersizliği olan ailelerin %41,7'si 1 yıldan uzun süredir FTR hizmetlerinden yararlanmamışken, yeterli bilgiye sahip olan ailelerin sadece %23,8'i aynı durumu rapor etmiştir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p = .004$). Bu durum tedavi hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmanın, ailelerin FTR hizmetlerine erişimini pozitif yönde etkileyebileceğine işaret etmiştir.

Ulaşım problemleri yaşayan ailelerin çocuklarının, ulaşım sorunu olmayan ailelere göre FTR hizmetlerine erişiminde belirgin bir engel olduğu bulgusu elde edilmiştir. Ulaşım sorunu olan ailelerin %81'i en az 1 yıldır FTR hizmetlerinden faydalanmamakta iken, ulaşım sorunu olmayanların sadece %19'u bu durumu rapor etmiştir. Elde edilen yüksek ki kare değeri ($\chi^2 = 23,336$), bu iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak son derece anlamlı olduğunu göstermiştir. ($p < .001$). Ekonomik zorluklar yaşadıklarını belirten aileler, ekonomik sıkıntı çekmeyen ailelere göre FTR hizmetlerine ulaşımında ciddi sıkıntılar yaşamaktadır. Ekonomik engelleri olan ailelerin %85,7'si en az 1 yıldır FTR hizmetlerinden yararlanmamışken, bu durum ekonomik engeli olmayan ailelerde %14,3 olarak tespit edilmiştir. İki grup arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < .001$).

Randevu alamama sorunu yaşayan ailelerin, bu sorunu yaşamayanlara kıyasla FTR hizmetlerinden daha az yararlandıkları bulunmuştur. Randevu alamama sorunu olan ailelerin %57,1'i en az 1 yıldır FTR hizmeti almamaktadır, bu oran randevu alma problemi olmayan ailelerde %42,9'dur. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = .034$). Dil bariyeri, FTR hizmetlerine erişimde önemli bir engel olarak karşımıza çıkmaktadır. Dil engeli olan ailelerde, bu hizmetlerden yararlanma oranı çok düşüktür (0%), dil engeli olmayan ailelerin ise %100'ü bu hizmetlerden faydalanmaktadır. İstatistiksel olarak, bu farkın önemi ($p = .003$) dikkate değerdir. FTR hizmetlerinin gerekli olmadığını düşünen aileler, bu hizmetlerden neredeyse hiç yararlanmamıştır (0%), gerekli olduğunu düşünen ailelerin ise %100'ü FTR hizmetlerinden yararlanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = .005$).

Fizyoterapist tarafından verilen ve düzenli olarak güncellenen bir ev programının, FTR hizmetlerine erişimde önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Fzt tarafından ev programı almayan ailelerin büyük bir çoğunluğu (%58,3) şu anda FTR hizmetlerinden yararlanmamaktadır. Buna karşılık, ev programı alan ve bu programı en son 3 ay içinde güncelleyen ailelerin %61,9'u FTR hizmetlerini aktif olarak kullanmaktadır. İstatistiksel analiz, bu değişkenler arasında son derece anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır ($p < .001$).

Katılımcıların %80'i Covid-19 pandemisinin fizyoterapi hizmetlerine erişimlerini etkilemediğini, %20'si ise etkilediğini ifade etmiştir. Etkilediğini belirten katılımcılardan 13'ü tedavilerini durduklarını, 8'i hasta olmaktan tereddüt duydukları için gitmediklerini, 4'ü randevu süresinin uzadığını, 1'i evde özel senaslara yöneldiklerini belirtmiştir. Pandeminin hizmetlere erişimi etkilemediğini belirten ailelerin %95,2'si şu anda FTR hizmetlerini kullanmaktadır, pandeminin erişimi etkilediğini belirten ailelerin ise sadece %4,8'i bu hizmetlerden yararlanmaktadır. Bu durum, istatistiksel analizde de anlamlı bulunmuştur ($p = .014$)

Tablo 4.9. Ailelerin çocuklarının fizyoterapi programına yönelik bilgi durumları

		N	%
Uygulanan fizyoterapiyi ve evde uygulanması gerekenler biliniyor mu?	Hayır	25	25,0
	Evet	75	75,0
En son fizyoterapi ya da ev programı ile ilgili güncelleme ne zaman yapıldı?	Hayır	29	29,0
	Evet, 6 aydan uzun süre güncelleme	18	18,0
	Evet, 3-6 arası güncelleme	24	24,0
	Evet, 3 aydan kısa süre önce güncellendi	29	29,0
Ftr sonrası çocukta gelişme gördünüz mü?	Evet, fonksiyonel açıdan	51	51,0
	Evet, daha dışa dönük bir çocuk oldu	16	16,0
	Hayır	33	33,0
Bulduğunuz bölgede yeterli ftr hizmeti mevcut mu sizce?	Hayır	66	66,0
	Evet	34	34,0

Katılımcıların yarısı (%50) çocuklarının sürekli bir fizyoterapist tarafından takip edilmekte, diğer yarısı edilmemekte (%50) olduğunu belirtmiştir.

Bakımverenlerin %75'i evde uygulanması gereken tedavi yöntemlerinin bilindiğini, %25'i bilinmediğini ifade etmiştir. Ayrıca, %29'u fizyoterapist tarafından bir ev programı verilmediğini, %18'i programın 6 aydan uzun bir süre önce güncellendiğini, %24'ü 3-6 ay arasında, %29'u ise 3 aydan kısa süre önce güncellendiğini belirtmiştir. Katılımcıların %51'i çocuklarında fonksiyonel açıdan gelişme gördüklerini, %16'sı çocuğun daha dışa dönük bir birey olduğunu ifade ederken, %33'ü herhangi bir gelişme olmadığını belirtmiştir.

Katılımcıların %66'sı buldukları bölgede yeterli fizyoterapi hizmetinin olmadığını düşünürken, %34'ü mevcut hizmetlerin yeterli olduğunu düşünmektedir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada amacımız fizyoterapi ihtiyacı olan sığınmacı çocukların bu hizmetlere erişebilirliğinin değerlendirilmesi, erişimde yaşanan problemlerin belirlenmesi ve ailelerin farkındalık düzeylerinin incelenmesidir. Bu amaçla çalışmaya en az 13 aydır Ankara'da ikamet eden fizyoterapi ihtiyacı olan 7-18 yaş arası sığınmacı çocuklar ve aileleri dahil edilmiştir. Bu amaçla ailelerin fizyoterapi konusundaki farkındalık düzeylerini, çocukların fizyoterapiye en son ne zaman eriştikleri, erişemiyorlarsa bunların altında yatan sebeplerin neler olduğunun anlaşılması adına literatür doğrultusunda hazırlanan anket aracılığıyla, çocukların mobilite ve fonksiyonel seviyeleri ise KMFSS ve WeeFIM araçları kullanılarak değerlendirilmiştir. Literatürde SP'li çocukların motor fonksiyonlarını sınıflandırmak için oluşturulan KMFSS sisteminin katılımcıların kategorizasyonu veya dahil etmedışlama kriteri olarak, prediktif çalışmalarda bağımlı değişken olarak, bağımsız değişken olarak, girişimsel çalışmalarda bir sonuç ölçütü olarak kullanıldığı raporlanmıştır (40) ve bizim çalışmamız da KMFSS'in kategorizasyon amaçlı kullanımının örneklerinden biridir.

Literatür doğrultusunda oluşturulan sosyo-demografik-ekonomik düzey ile ilgili bilgileri içeren anket soruları araştırmamızın örneklem grubunun kırılğan bir topluluk olan sığınmacı çocuklar ve aileleri olması sebebiyle özenle hazırlanmış olup, çalışma öncesinde, esnasında ve sonrasında standart etik kurallara ek olarak kırılğan gruplara özel noktalara hassasiyet gösterilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların özellikle Ankara sahasından seçilmesinin önemi sığınmacıların yoğun olarak yaşadıkları sınır illerde, örn. Gaziantep, Kilis, Hatay, Şanlıurfa gibi, birçok sivil toplum kuruluşunun olması ve bu bireylere yönelik özel hizmetler sunması dolayısıyla objektif olarak ulusal sağlık sistemine erişimin objektif olarak incelenmesini olumsuz etkileyebileceğinin öngörülmesidir. Bu anlamda Ankara ili örneği Türkiye genelinde sığınmacı çocukların fizyoterapi hizmetlerine erişimi hakkında öngörü sağlayabilmektedir. Bu çalışma sonuçları baz alınarak ülkemizde fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine yönelik gerekli

alanlarda iyileştirme ve kapsayıcı sağlık politikaları geliştirilmesi çalışmalarına ışık tutmak hedeflenmiştir.

Çalışmamıza dahil olan katılımcıların demografik bilgileri ve yaşadıkları alanla ilgili verilere baktığımızda, çocukların cinsiyet dağılımında, 100 çocuğun yaklaşık yarısının erkek (%53), yarısının ise kız (%47) olduğu görülmektedir. Örneklemdeki 100 çocuğun yaşı, 7 ile 18 yaş arasında değişmektedir. Ortalama yaş 12,47 ve standart sapma $\pm 3,38$ 'dir.

Bu çocuklardan %50'sinin büyük çoğunluğunu serebral palsi oluşturmak üzere (%37) nörolojik problemler oluştururken, %36'sının ise ortopedik deformiteler olduğu, takiben %4'ünün ampute ve %10'unun tanısı belirtilmeyen bir grup olduğu bulunmuştur. Bu durum fizyoterapi ihtiyacı olan ve bu arayışta olan çocukların büyük kısmının serebral palsi gibi kalıcı-kronik engellilik gruplarından olduğunu ifade ederken, bu çocukların ve ailelerinin uzun vadeli fizyoterapi danışmanlığı ihtiyaçlarının olabileceğini de dolaylı olarak ortaya koymaktadır. Norveç'te yürütülen Serebral Palsili çocuklar ve ailelerine yönelik hizmetlerde kapsayıcı, multidisipliner açıdan koordine ve süreklilik sağlanmasını inceleyen bir araştırmada özellikle erken çocukluk döneminde hizmete duyulan ihtiyaçların süregelen olduğu ve uzun vadede de devam edeceği belirtilmiştir (41). Ek olarak, Kerem Kınık tarafından yürütülen doktora tezinde sığınmacıların yıllara göre hangi polikliniklere başvuru yaptıkları açıklanmış olup Ulusal Sağlık Sistemi verilerine göre toplamda tedavi alanların %10,2 sinin kas ve bağ doku hastalıkları sebebiyle olduğu gösterilmiştir (28). Çalışmamızda da bu veriyle uyumlu olarak, çalışmaya dahil edilen çocuklardan kas-iskelet sistemi şikayetleriyle fizyoterapi hizmeti arayışında olan çocukların da yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir (ortopedik deformiteler %36).

Uyruk kategorisinde, çocukların %55'inin Iraklı, %45'inin ise Suriyeli olduğu belirtilmiştir. Yasal statü anlamında Suriyelilerin geçici koruma altında statüsü altında olurken, Iraklıların ve diğer milletlerden gelen sığınmacıların uluslararası koruma altında olması hizmetlere erişimlerini de etkileyebilmektedir. Türkiye'deki sığınmacılara sunulan sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü altındaki Göçmen Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından yönetilmektedir.

2015 yılında yayımlanan YUKK (Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu) 107. Maddesinin birinci fıkrasında ‘ *Başvuru sahibi veya uluslararası koruma statüsü sahibi kişilerden, herhangi bir sağlık güvencesi olmayan ve ödeme gücü bulunmayanlar, Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu hükümlerine tabidir.*’ Denilmiştir. Ek olarak, ikinci fıkrada, sığınmacıların bu fıkraya dahil olup olmadıklarının valiliklerce bir önceki,106. Maddede, belirtilen kriterlerce değerlendirileceği belirtilmiştir (26).

Geçici koruma altındaki Suriyeli sığınmacılar için ise farklı bir protokol bulunmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu ve AFAD arasında yapılan protokol uyarınca geçici koruma statüsü altındaki sığınmacılar göçmen sağlığı merkezlerinden, vakıf-dernekler tarafından kurulan gönüllü sağlık tesislerinden, aile sağlığı merkezlerinden ve kamu hastanelerinden doğrudan, üniversite ve özel hastanelerden sevk yoluyla sağlık hizmetlerine ve ilaçlara ücretsiz olarak erişebilmekteler. Ancak, bireylerin ikamet kayıtlarının oldukları şehirdeki hastanelere-sağlık tesislerine başvuru yapmaları esastır.

Anketi yanıtlayan aile bireylerinin büyük çoğunluğu (%85,3) annelerden oluşmaktadır, geriye kalan %14,7 ise babalardır. Nidhi Sharma ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların dünya çapında aile içerisindeki kronik sağlık problemi olan bireyler, engeli olan bireyler veya ruhsal bozuklukları olan bireyler için baskın olarak bakım veren rolünü üstlendiğini, buna kadınların hasta bireye karşı daha sorumlu hissetmesi, fedakarlık yapması ve kendinden başkasını düşünmesi ve karşıdaki kişinin duygusal iyilik halini daha çok önemsemesinin neden olabileceği belirtilmiştir (42). Bizim çalışmamızda da, katılımcılar arasından çocuklarının sağlık ve eğitim durumuyla ilgili veri toplama sürecinde annelerin daha aktif olduğunu görülmüştür. Ebeveynlerin eğitim durumu çalışmamızda değerlendirildiğinde ise %62'sinin ilkokul mezunu, %25'inin lise veya daha üst bir okul mezunu ve %13'ü okula hiç katılmamış olduğu bulunmuştur. Hacettepe Üniversitesi'nin 2018 yılında yürüttüğü nüfus ve sağlık araştırması Suriyeli göçmen örnekleminde de eğitim süresinin kadınlarda 4,5 yıl erkeklerde 5,1 yıl olduğu belirlenmiştir (22). Bu eğitim seviyesi dağılımı, sığınmacı ailelerin genel eğitim seviyesinin düşük olduğunu göstermektedir. Eğitim seviyesinin, sağlık hizmetleri hakkında bilgi sahibi olma ve bu

hizmetlere erişim konusunda bilgi edinme ve uygulamada bazı zorluklar yaratabileceği düşünülürken bu konu üzerindeki etkisi bilinmemektedir. Çalışmamızda katılımcıların belirttikleri tedaviye erişememe sebepleri arasında tedavi olanakları hakkındaki bilgi yetersizliği ekonomik, ulaşım ve randevu alamama gibi faktörlerin ardından gelmektedir.

Anketi yanıtlayan bireylerden %87 çalışmıyorken %13'ünün çalıştığı belirtilmiştir. Annelerin yoğunlukta olduğu düşünüldüğünde yukarıda bahsedildiği üzere annelerin çocuklarıyla ilgilenmek için fedakarlık yapmalarıyla sosyal hayatlarından ödün vermeleri, ya da hedef grup olan sığınmacıların kültürel özellikleri dolayısıyla kadınların çalışma hayatında yüksek oranda yer almıyor olması bu sonuçların sebepleri arasında olabilmektedir. Ek olarak, İltica ve Göç Araştırmaları Merkezi (IGAM) ve Danimarka Dış İşleri Bakanlığı'nın yürüttüğü çalışmadaki ve Selin Dinçer 2019'daki doktora tezindeki verilerle uyumlu olarak, sığınmacı ailelerde evin ekmek kazananın diplomasının Türkiye'de geçerli olmaması gibi sebepler nedeniyle işsizlik problemi yaşadıkları, çalışanların ise büyük çoğunluğunun asgari ücret veya altında bir maaşla çalıştığı ve Kızılay kart desteği aldıkları belirtilmiştir (43, 44). Çalışmamızda ailelerin %77'sinin Kızılay kart desteği aldığı, %23'ünün ise ailesinde çalışan bireyler olduğu belirtilmiştir. Kızılay'ın resmi sitesindeki bir haberde 2021 yılında aylık desteğin kişi başı 120 TL olduğu belirtilmiştir (45). Üzerine yazılı bir rapor bulunmamasına rağmen, araştırmacının katıldığı toplantılarda gerçekleştirilen tartışmalarda Kızılay kart desteğinin düzenli bir gelir olması ve aileden birinin sigortalı bir işe girmesi durumu da desteğin kesilmesinin sığınmacıların düzenli ve yasal olarak kayıtlı bir işe girme motivasyonları azalttığı konuşulmuştur. Bireyler bu işleri sürdürülebilir olarak görmezken Kızılaykart desteğinin daha sürdürülebilir olmasının daha güven verici olduğu görüşünde bulunmuşlardır. Bu ekonomik zorluklar fizyoterapi de dahil olmak üzere birçok hizmete erişimde zorluğa neden olabilmektedir. Çalışmamızda fizyoterapiye erişememe sebepleri arasında en yüksek oran olarak ekonomik sebeplerin belirtilmesi de bu verilerle uyumlu bulunmuştur.

Danimarka Dış İşleri Bakanlığı'nın Türkiye'deki sığınmacılara yönelik IGAM ile yaptığı bir çalışmada, bizim sonuçlarımızla da uyumlu olarak sığınmacıların barınma alanlarının, evlerinin, kötü şartlarda olduğu, ekonomik sebeplerden dolayı

birkaç ailenin birarada yaşayabildiği, engelli dostu olmadığı ve engeli olan bireylerin taşınmasına eleverişli olmadığı bulunmuştur (44). Araştırmamızda yer alan katılımcıların yarısının 6 kişi ve altında bir aile büyüklüğüne sahipken, diğer yarısı 6 kişiden fazla bir aile yapısına sahip olduğu görülmüştür. Ailenin kalabalık olma sebepleri arasında sığınmacıların doğum oranının yüksek olması da sayılabilir. Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan çalışmada Suriyeli kadınlara göre ideal ortalama çocuk sayısının 4 ve 5 olduğu belirtilmiştir (22). Çalışmamızdaki çocuklar arasında serebral palsi tanılı çocukların oranının yüksek olması (%37), özellikle kaliteli bir hamilelik ve doğum sürecinin önemini ön plana çıkarmaktadır. Hacettepe Üniversitesi'nde yapılan bir araştırmada sığınmacılar arasında hamilelik sıklığının ortalama 27 ay olduğu ve bu aralığın bebek ölümleri açısından daha uzun aralıklara göre riskli olduğu ifade edilmiştir (22). Bu nedenle, sık doğumla aile birey sayısındaki artış sağlıklı bebeklerin doğmaması riskini ortaya çıkararak engelli bebek riskini arttırmaktadır ki bu riskli bebeklerin sağlık hizmetlerine daha sık ve yoğun erişmesi gerektiği de dolaylı olarak ilerleyen yıllarda ortaya çıkabilecek hizmet ihtiyaçlarına işaret edebilmektedir.

Evde başka engelli bireyin olup olmadığına dair verilerde, %15'lik bir kesimin evinde 1 engelli birey olduğu, %10'unun ise evinde 2 veya daha fazla engelli bireyle yaşadığı görülmektedir. %75'lik bir kesim ise evde başka engelli bireyin olmadığını ifade etmiştir. Ancak evdeki diğer engelli bireylerin engel türlerine ve sebeplerine yönelik veri toplanmadığı için yukarıda bahsedilen sık doğum gibi faktörlerin bireylerin engelliliği üzerinde etkisi olup olmadığı bilinmemektedir.

Araştırmamızın sığınmacı çocukların fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmetlerine erişimini inceleyen verilerine baktığımızda katılımcıların %24'ü bir yıldan uzun süredir fizyoterapi hizmetlerinden faydalanmadıklarını, %21'i en az bir yıldır, %34'ü en az altı aydır faydalanmadıklarını ve %21'i şu anda hizmet almakta olduklarını belirtmiştir. Bu, sığınmacı çocukların önemli bir kısmının uzun süredir bu hizmetlere erişimde sorun yaşadığını göstermektedir. Fizyoterapiye erişim sıklığı ile WeeFIM ve KMFSS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemesine rağmen, fizyoterapist tarafından verilen ev programlarının güncellenmesi ile WeeFIM skorları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur; ev

programı olmayanların ortalama skorları 6 aydan uzun süre güncelleme almayanların ortalama skorlarından düşüktür. Bu durum, sık sık güncellenmemiş bile olsa, ev programı konusunda eğitim almış bakımverenlerin çocuklarının fonksiyonel bağımsızlık düzeyinin hiç ev programına yönelik eğitim almayan bakımverenlerin çocuklarına göre yüksek olduğunu göstermektedir. Norveç'te yürütülen Serebral Palsili çocuklar ve ailelerine yönelik hizmetlerde kapsayıcı, multidisipliner açıdan koordine ve süreklilik sağlanmasını inceleyen bir araştırmada özellikle erken çocukluk döneminde hizmete duyulan ihtiyaçların süreğen olduğu ve uzun vadede de devam edeceği belirtilmiştir (41). Bu nedenle, özellikle erken çocukluk döneminde çocuğun ihtiyacı olan hizmetlere, özellikle fizyoterapi ve rehabilitasyon da başta olmak üzere, erişimi büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızda katılımcıların fizyoterapi hizmetlerine erişememe sebepleri arasında ulaşım problemleri (%57), ekonomik sebepler (%67) ve randevu alamama (%39) en yaygın nedenler olarak belirtilmiş, dil bariyeri (%9) ve fizyoterapinin gerekli olduğunu düşünmeme (%8) gibi diğer nedenler daha az oranda belirtilmiştir. Bu bulgular, sığınmacı çocukların fizyoterapi hizmetlerine erişiminde birden fazla engel olduğunu ve özellikle sosyal, ekonomik ve lojistik sorunların ön plana çıktığını göstermektedir.

Çocukların en son ne zaman fizyoterapi hizmetinden faydalandığı ile karşılaşılan problemler arasındaki ilişkiye bakıldığında, ailelerin tedavi olanakları hakkındaki bilgi yetersizliğinin erişimi negatif etkilediği bulunmuştur. Bilgi sahibi olmayan ailelerin çocuklarının %41,7'si son bir yıl içerisinde fizyoterapi hizmetlerinden faydalanmazken bilgi sahibi olanlarda bu oran %23,8'dir. Yaşadıkları çevredeki fizyoterapi hizmetlerinden haberdar olmama sebepleri arasında dil bariyeri, eğitim seviyesinin düşük olması sebebiyle mevcut bilgilere ve kaynaklara erişememe gibi faktörler etkili olabilmektedir. Ancak, Sağlık Bakanlığı Göçmen Sağlığı Müdürlükleri ve bu alanda çalışan sivil toplum kuruluşları çoğu zaman sığınmacılara yönelik hizmetler başta olmak üzere Arapça dillerinde de bilgilendirme broşürleri paylaşmaktadırlar.

Bir diğer erişim zorluğu olarak karşımıza çıkan ulaşım problemi incelendiğinde, ulaşım problemi olduğunu belirten ailelerin çocuklarının son 1 yıldır

fizyoterapiden faydalanmama oranı %81 iken ulaşım sorunu olmayanlarda bu oran %19'dur ve bu gruptaki çocukların %76'sı şu anda tedavisine devam etmektedir. Ulaşımında problem yaşamalarının sebepleri arasında toplu taşımaların ve çevre mimarisinin büyük çoğunluğunun engelli dostu olmaması ve böylece ailelerin çocuklarını taşımada zorlanması, özellikle büyük şehirlerdeki uzak mesafeler sonucu tek toplu taşımanın yeterli olmamasının ulaşım maaliyetini arttırması ve taksit gibi özel araç fiyatlarının ekonomik açıdan yük olması gibi faktörler fizyoterapiye erişimde karşılaşılan ulaşım problemlerinin altta yatan sebeplerinden olabilmektedir. Ekonomik zorluklardan kaynaklı erişimdeki bariyerler ve dolaylı olarak randevu alamama birlikte düşünüldüğünde özellikle kamuya bağlı hastanelerdeki yoğunluk sebebiyle aylar sürebilen randevu süreleri neticesinde fizyoterapi hizmetlerine erişimde kısıtlamalara yol açabilmektedir. Çalışmamızda bir yıldan uzun süredir fizyoterapi hizmetlerinden faylanmamış ailelerin %62'si ekonomik zorluklardan kaynaklı erişemediklerini belirtmişlerdir. Randevu alamadığı için fizyoterapi hizmetlerine erişemediğini belirten ailelerden en yüksek oranla %57'si son 6 ay-1 yıl içerisinde fizyoterapi hizmetinden faydalanmış olarak raporlanırken fizyoterapi hizmeti sunan kuruluşlardaki uzun bekleme listelerini erişememe sebebi olarak belirten ailelerin oranı da %5'tir. Randevuların göreceli olarak daha kısa sürede planlandığı özel hastanelerin muayene ve seans ücretleri ise sığınmacılar arasında ekonomik problem yaşayanlar için karşılamayacakları bir seçenek haline gelmektedir. Çalışmamızda incelenmemiş olmasına rağmen özellikle serebral palsili çocuklarda kişiye özel ortezler, yürüteçler ve sandalyeler gibi mobilite yardımcılarının da ailelere ekonomik olarak yük olması yine multidisipliner açıdan fizyoterapi ve ilgili diğer hizmetlere erişimi kısıtlayan faktörlerden olup olmadığı ve yardımcı cihaz ihtiyacı olan sığınmacı çocukların erişebilirliği ve fonksiyonel düzeylerine etkisini inceleyen çalışmalara bu konuda ihtiyaç vardır.

Dil bariyerinin fizyoterapi hizmetlerine erişimi üzerindeki etkisi incelendiğinde bu faktörün bariyer olduğunu belirten katılımcı oranının %9 olduğu görülmüştür. Bu grup arasından şu anda fizyoterapi alan hiçbir aile bulunmazken (%0) %23ü son 6 ay içerisinde, %4,8'i son 6 ay-1 yıl içerisinde fizyoterapi hizmetlerinden faydalanmıştır. Şu anda hiçbir ailenin tedavi almıyor olması ailelerin bu problemden kaynaklı fizyoterapiye başvuru yapmadıklarına işaret etmiştir.

Çalışmamızda ailelerin %8'i fizyoterapi hizmetlerinin gerekli olduğunu düşünmediği için erişmediğini belirtmiştir ve bu grupta şu anda çocuğu fizyoterapi hizmetinden faydalanılan aile oranı %0'dır. Bu ailelerin çocuklarının tanılarına bakıldığında boyun-bel ağrısı gibi ortopedik problemler olduğu, serebral palsi gibi nörolojik tanılara oranla daha akut ve tedavi süresi kısa rahatsızlıklar olduğu göz önüne alındığında ailelerin fizyoterapiyi gerekli görmüyor olması anlaşılabilir.

Literatürde ev programı çocuğun sağlıkla ilişkili hedeflere ulaşabilmesi için ailelerin desteğiyle çocuğun yürüttüğü terapötik aktiviteler olarak tanımlanmıştır (46). Ayrıca, ev programı çocukların aktivite seviyesinin artırılması, günlük yaşam aktivitelerine yönelik gerekli becerilerin geliştirilmesi ve uzun vadede görülebilecek ikincil problemlerin önlenmesi konularında oldukça önemlidir. (47) Çalışmamızda katılımcıların %75'i evde uygulanması gereken tedavi yöntemlerinin bildiğini, %25'i bilmediğini ifade etmiştir. Şu anda tedavi alan çocukların ailelerinden %90'ı evde uygulaması gereken programı bildiğini ifade ederken, bu konuda bilgi eksikliği olduğunu ifade eden gruplar arasında erişim sıklığı kıyaslandığında en son bir yıldan uzun süredir fizyoterapi hizmetlerinden faydalanmamış olan aileler en yüksek oranla %50 olarak ve aradaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca, erişim sıklığının daha yakın zamanda olmasının tedavi programını bilen ailelerin oranını arttırdığı verilerde görülmektedir. Bu durum özellikle serebral palsi ve diğer nörolojik hastalıkları mevcut olan ve uzun süreli takip edilmesi gerekip egzersiz programı güncellemesi gerektiren çocukların ve ailelerinin tedaviye daha sık erişiyor olmasının evde çocuklarına uygulamaları gereken programa yönelik bilgi seviyesini arttırdığına işaret etmiştir. Ancak, çalışmamızda erişim sıklığının çocukların WeeFIM ve KMFSS skorları üzerindeki etkisine yönelik veriler istatistiksel olarak anlamlılık gösterememiştir.

Çalışmamızda ailelerin, %29'u fizyoterapist tarafından bir ev programı verilmediğini, %18'i programın 6 aydan uzun bir süre önce güncellendiğini, %24'ü 3-6 ay arasında, %29'u ise 3 aydan kısa süre önce güncellendiğini belirtmiştir. Fizyoterapist tarafından ev programı verilmediğini ifade eden ailelerin %58,'i şu anda fizyoterapi hizmetlerinden faydalanmazken, program aldığını ve 3 aydan kısa bir sürede güncelleme aldığını ifade eden ailelerden %61,9'u şu anda tedaviye devam

etmektedir. Bu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bu durum fizyoterapiye erişim sağlayabilen ailelere farklı aralıklarla güncellenmiş olsa bile fizyoterapist tarafından büyük oranda (%91) ev programı verildiğini ortaya koymuştur. Bir diğer dikkat çeken nokta ise, evde uygulaması gerekenleri bildiğini ifade eden ailelerin sayısı 75 iken fizyoterapist tarafından program aldığını ifade eden ailelerin sayısının 69 olmasının ailelerin çocuklarına yönelik fizyoterapistler dışında farklı kaynaklardan da bilgiler almış olabileceği sonucunu desteklemiştir.

Katılımcılara buldukları bölgedeki fizyoterapi hizmetlerini yeterli bulup bulmadıkları sorulduğunda katılımcıların %66'sı buldukları bölgede yeterli fizyoterapi hizmetinin olmadığını düşünürken, %34'ü mevcut hizmetlerin yeterli olduğunu düşünmektedir. Bu, çoğunluğun hizmetlerin yetersiz olduğu algısına sahip olduğunu göstermektedir ve bunun sebepleri arasında mevcut hizmet sağlayan kuruluşların ve nasıl başvuru yapılacağına bilinmemesi ve dil bariyeri kaynaklı bu bilgilere erişimde yaşanan zorluklar göz önüne alınabilirken kamu kurumlarınca sağlanan fizyoterapi hizmetlerinin sadece hastanelerde, üniversite hastanelerinde sağlanıyor olması ve diğer merkezlerin özel olarak ücret karşılığında hasta alıyor olması ailelerin bu hizmetleri yetersiz bulmasına neden olan diğer faktörlerden olabilmektedir.

Relief International tarafından 2020'de yayımlanan raporda, sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişiminin Covid öncesi %87'den sonrasında %25'e düştüğü belirtilirken, çalışmamızda bu rapordan farklı olarak Covid-19'un fizyoterapiye etkisi sorulduğunda katılımcıların %80'i Covid-19 pandemisinin fizyoterapi hizmetlerine erişimlerini etkilemediğini, sadece %20'si ise etkilediğini ifade etmiştir ve nasıl etkilediği sorusuna 13'ü tedavilerini durdukları, 8'i hasta olmaktan korktukları için hastaneye gitmedikleri, 4'ü randevu süresinin uzadığını ve 1'i özel seanslara yöneldikleri şeklinde yanıtlar vermiştir(23). Çalışmamızda Covid'in fizyoterapi hizmetlerine erişimi etkilediğini ifade eden ailelerin etkilemediğini ifade eden ailelerle fizyoterapiye erişim sıklıkları karşılaştırıldığında, tüm sıklık düzeyleri arasında (bir yıldan uzun süredir, son 6 ay-1 yıldır, son 6 aydır ve şu anda devam eden gruplar arasında) 'hayır' cevabını veren ailelerin daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Çocukların tanılarıyla ailelerin cevapları karşılaştırıldığında 'hayır'

yanıtı veren ailelerin çocuklarının daha çok nörolojik tanılar olduğu, ‘evet’ cevabını verenlerin ise hayır diyenlere kıyasla daha yüksek oranda ortopedik hastalıklar bulundurduğu çalışmamızda görülmektedir. Bu durum Covid’in etkilediğini söyleyen ailelerin Covid sonrası da tedaviye erişim konusunda daha geri planda kaldığını gösterirken, nörolojik gibi daha kronik ve yaşamı etkileyen tanıya sahip çocuğu olan ailelerin zorluklara rağmen tedaviye erişim için başvuru yaptıkları ve çabaladıkları sonucu ortaya çıkmaktadır.

YökTez ve literatürdeki diğer kaynaklara bakıldığında sığınmacı engelli çocukların fonksiyonel seviyesi üzerine fizyoterapist perspektifinden yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Yapılan çalışmaların çoğunluğu sosyoloji, psikoloji, halk sağlığı ve hemşirelik gibi alanlardadır. Bu durum özellikle engeli olan, özel ihtiyaç ve fizyoterapi sahibi sığınmacı çocuklara yönelik verilerde büyük boşluklara sebep olmaktadır. Serra Acar ve arkadaşları tarafından yayımlanan bir makalede sadece Türkiye’de değil, tüm dünyada özel gereksinimi olan sığınmacı çocukların tespit edilmesi ve hizmetlerden faydalanabilme düzeylerine yönelik güvenilir bir veri olmadığını belirtmiştir(48). Böylelikle sığınmacı özel gereksinimi-engeli olan çocuklara yönelik daha uzmanlaşmış çalışmaların varlığının sadece ülkemiz için değil tüm dünya için doldurulması gereken büyük bir eksiklik olduğu ortaya çıkmıştır. Bizim çalışmamıza dahil edilen çocukların KMFSS skorları incelendiğinde çocukların %43’ü kısıtlama olmadan yürüyebiliyor (Seviye I) , %25’i kısıtlamalarla yürüyebilir (Seviye II) durumda ve %32’si çeşitli araçlar kullanarak (Seviye III)yürüyebiliyordu. Bu, katılımcı çocukların yaklaşık yarısının bağımsız hareket kabiliyetine sahip olduğunu, diğer yarısının ise çeşitli derecelerde destek gerektirdiğini göstermektedir.

Çalışmamızın güçlü yanları ve limitasyonları;

- Literatürde sığınmacı çocuklara yönelik fizyoterapi perspektifinden yapılmış yayınların yetersiz sayıda olması sebebiyle kaynak ararken sosyoloji, hemşirelik, psikoloji gibi alanlardaki yayınlardan faydalanılmak durumunda kalınmıştır.
- Çalışmaya sığınmacılarla çalışan kurumlar aracılığıyla dahil edilen katılımcılar bir şekilde hizmet arayışında olan ve birçok hizmetten

faydalanmış bireylerdir.

- Yasal statü olarak farklı kayıt şekli gösteren Iraklı ve Suriyeli sığınmacıların fizyoterapiye erişimleri özel olarak çalışmamızda kıyaslanmamıştır.
- Çocukların yaşadıkları fiziksel ortamın özelliklerinin, ev ve çevrenin engelli dostu olmaması gibi, fizyoterapi hizmetlerine erişimi nasıl etkilediği çalışmamızda incelenmemiştir.
- Ev programını bildiğini ifade eden ailelerin bu programı ne kadar başarılı uyguladıklarına dair veriler çalışmamızda mevcut değildir. Bu anlamda ev programının içeriği ve ailelerin uygulama kalitesinin incelendiği çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.
- Dil bariyerinin fizyoterapi hizmetlerine erişimi üzerindeki etkisi ile ilgili olarak önceden başvuru yapmış olan fakat dil bariyeri sebebiyle iletişim kuramayıp fayda görememiş ailelerin tekrar hizmetlere erişmeye çalışmamış olması da muhtemel olup, bu konuyla ilgili çalışmamızda spesifik soru bulunmaması çalışmanın limitasyonlarındanadır.
- Sığınmacı aileler içerisinde evde birden fazla engelli bulunduğu ifade edenler arasında engel sebepleri ve türlerine yönelik bilgi eksikliği mevcuttur ve bu bilgi çalışmamızda incelenmemiştir.
- Çalışmamıza hem ortopedik hem nörolojik hastalıkları bulunan çocuklar dahil edilmiştir. Burada KMFSS çocukların mobilite seviyelerini sınıflandırmak amacıyla kullanılmıştır.
- Katılımcıların tarafından yönlendirildiği kurumun kendi iç prosedürleri nedeniyle araştırmanın tamamlanma süreci beklenenden daha uzun sürmüştür.
- Araştırma esnasında hedeflenen 100 katılımcının dışlanma olmadan araştırmayı tamamlaması ve bu tez çalışmasının sığınmacılar ve fizyoterapi üzerinde yapılan ilk çalışma olması güçlü yanlarındanadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

- Bu çalışma sığınmacı çocuklara yönelik fizyoterapi alanında yapılan ilk çalışmadır.
- Sığınmacı çocukların fizyoterapi hizmetlerine erişimlerinin sürekliliği konusunda dalgalanmalar görülmesine rağmen ailelerin çoğunlukla hizmetlere erişebildiği görüldü.
- Sığınmacı çocukların fizyoterapi hizmetlerine erişimlerinde ekonomi, dil bariyeri, ulaşım problemleri, tedavi hakkında bilgi eksikliği, randevu alamama gibi farklı sosyo-ekonomik sebeplerin etkili olduğu görülürken ekonomik sebepler fizyoterapiye erişemeyen sığınmacı aileler arasında en büyük etken olarak bulundu.
- Fizyoterapi hizmetlerine erişen hastaların çok büyük çoğunluğunun ev programından haberdar olduğu bulundu.
- Özellikle Sağlık Bakanlığı Göçmen Sağlığı Daire Başkanlığı ve sığınmacılarla çalışan sivil toplum kuruluşlarının hizmetlere erişim olanaklarına yönelik farklı dillerde bilgilendirme broşürleri yayınlamalarına rağmen sığınmacılar arasında bilgi eksikliğinin bir ‘hizmete erişememe’ sebebi olarak görülmesi bakım verenlerin eğitim düzeyinin önemini ön plana çıkararak yüksek eğitim düzeyinin fizyoterapi hizmetlerine erişime olumlu katkı sağlayacağı düşünüldü.
- Sığınmacı ailelerin özellikle serebral palsi gibi tanı türlerinde çocukların fizyoterapi hizmetlerine erişimi için daha çok başvuruda bulunduğu görülürken ortopedik problemleri olan çocuklarının ailelerinin fizyoterapi hizmetlerini diğer tanı gruplarına göre önemli görmediği görüldü.

6.2. Öneriler

- Araştırmamıza dahil edilen katılımcılar bir hizmet arayışında olup yönlendirme yapılan kuruma başvuran katılımcılardan oluşmaktadır. Asıl olarak mevcut olan hizmetleri bilmeyen, bunlara erişmeye çalışmamış sığınmacı bireylerin

tespit edilmesi araştırmacılar tarafından neredeyse imkansızdır. Bu konuda resmi kurumların yapacağı demografik analizlere büyük ihtiyaç vardır.

- Engelli bireylere yönelik istatistikler konusunda hem Türk vatandaşları hem de sığınmacılar konusunda bir veri boşluğu mevcuttur. Analizlerin, planlamaların, politikaların tam anlamda kapsayıcı olabilmeleri adına ve kaynakların etkili bir şekilde yönlendirilebilmesi için toplum içerisinde yer alan engelli sığınmacı bireylere yönelik ülke çapında bir tespit çalışması yapılması önemlidir.

- Çalışmamızda sığınmacı ailelerin fizyoterapist tarafından verilen ev programlarına erişimi ve özellikle sürekli tedavi alması gereken tanısı olan çocuklarla ilgili olarak, sığınmacı çocukların da özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerine dahil edilmesine, böylece takiplerinin ve tedavi güncellemesinin daha kontrollü bir şekilde yapılabileceği düşünülmektedir.

- Fizyoterapi hizmetlerinin daha erişilebilir olması açısından çalışmamızda belirtilen ekonomik sebepler, ulaşım problemleri gibi sosyo- ekonomik bariyerlerin iyileştirilmesine yönelik kaynakların mobilizasyonu ve kapsayıcı ve multidisipliner politikaların geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

- Dil bariyeri, tedavi olanakları hakkındaki bilgi yetersizliklerinin önüne geçebilmek için hedef grubun bilgi aldığı kaynakların tanınması ve bu bireylerin doğru bilgilere doğru kaynaklardan erişebilmesinin sağlanması adına sivil toplum kuruluşlarıyla iş birliği içerisinde farkındalık ve bilgilendirme oturumları hem fiziken hem de çevrimiçi olarak yaygınlaştırılabilir.

- Çalışmamızda sığınmacı ailelerin fizyoterapi hizmetlerini sadece ağır durumlarda ihtiyaç duyulan bir tedavi hizmeti olarak gördüğu, diğer ortopedi gibi tanı gruplarında önemsemediği bulunmuştur. Türkiye’de fizyoterapi hizmetlerinin sağlıklı bireylere de sunulduğunu, var olan problemlerin tedavisinin yanı sıra koruyucu etkilerinin de olduğuna yönelik Sağlık Bakanlığı ve temsilci derneklerle iş birliği içerisinde kapsayıcı farkındalık ve bilgilendirme oturumları sağlanabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlük 2024 [Erişim tarihi 15 Nisan 2024]. Erişim adresi : <https://sozluk.gov.tr/>.
2. Aydın D. Kitlemel Göç Hareketlerinin Uluslararası Koruma Rejimine Etkisi: Türkiye'deki Suriyeliler Ve Geçici Koruma. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2017.
3. Birleşmiş Milletler Cenevre Sözleşmesi. Sect. Introductory Note (1951).
4. TBMM. Cenevre'de 1951 Tarihinde İmzalanmış Olan Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Sözleşmenin Tasdiki Hakkında Kanun Tasarısı Ve Dışişleri Komisyonu Raporu. 1961.
5. Maide Barış GS, Orhan Önder. Ethical Challenges In Accessing And Providing Healthcare For Syrian Refugees In Türkiye. Bioethics - Wiley. 2023(Special Issue: Bioethics Challenges In Times Of War).
6. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (BMMYK) T. Services Advisor 2024 [Erişim tarihi 6 Mayıs 2024]. Hangi İilde Hangi STK Ve Kurumların Ne Tür Hizmetler Verdiğini Haritalandıran Bir Websitesi]. Erişim adresi: <https://turkey.servicesadvisor.org/en>.
7. Ufuk Coştan PDHY. Suriyeli Mülteciler Özelinde Türkiye'nin Güvenlik Politikaları. Social Mentality And Researcher Thinkers. 2020.
8. Erdoğan M. Suriyeli Sığınmacıların Bakış Açısıyla Türk Toplumunda Suriyeli Sığınmacılara Yönelik Algısal Tehditler [Yüksek Lisans]. İstanbul: İstinye Üniversitesi; 2021.
9. Abdullah Eker MK, Beyza Alpaydın. Educational Challenges That Syrian Refugee Students With Disabilities Experience. International Journal Of Modern Education Studies. 2023;7:545-61.
10. Uluslararası Göç Örgütü (IOM) Disability Inclusion In Cccm Toolbox. Iom; 2022.
11. S. Abdulkerim MA, A. Mackenzie. Report On A Survey Of Mobility Disability Among Syrian Refugees Living In Turkey. International Journal Of Educational Research Open. 2021;2:8.
12. Türkiye'deki Suriyelilerin Demografik Görünümü, Yaşam Koşulları Ve Gelecek Beklentilerine Yönelik Saha Araştırması. Report. AFAD; 2017 2017.
13. BMMYK. Afrikadaki Mülteci Probleminin Özel Açılardan Yönetilmesi. 1974. P. 24.
14. BMMYK. Cartagena Declaration On Refugees. BMMYK; 1984. P. 44.


15. Milletler B. Suriye Bölgesel Mülteci Yanıtı Online2018 [Erişim tarihi 15 Nisan 2024]. Erişim adresi: <https://Data.Unhcr.Org/En/Situations/Syria>.
16. Başkanlığı Gİ. Geçici Koruma 2023 [Erişim tarihi 15 Nisan 2024]. Erişim adresi: <https://Www.Goc.Gov.Tr/Gecici-Koruma5638>.
17. Komiserliği BMMYK. Kurumlar Arası Koruma İhtiyaç Analizi- 6.Tur. BMMYK; 2022 2022.
18. Gazete R. Engelliler Hakkında Kanun: Resmi Gazete; 2005:[Engelliler Hakkında Kanun]. [Erişim tarihi 15 Nisan 2024]. Erişim adresi: <https://Www.Mevzuat.Gov.Tr/Mevzuat?Mevzuatno=5378&Mevzuattur=1&Mevzuattip=5>.
19. Comissioner Unhrooh. Convention On The Rights Of Persons With Disabilities : OHCHR; 2006 Erişim adresi: <https://Www.Ohchr.Org/En/Instruments-Mechanisms/Instruments/Convention-Rights-Persons-Disabilities>.
20. Yaser Snoubar Kk. Bir Sakatlık Nedeni Olarak Savaş, Çatışmalar Ve Engelli Çocukların Hakları: Filistin Örneği2015:[14 P.].
21. Baykan DZ. Özürlülük, Engellilik, Sakatlık Nedenleri Ve Korunma Türkiye Tabipler Birliği2000 [Erişim tarihi 15 Nisan 2024]. Erişim adresi: <https://Www.Ttb.Org.Tr/STED/Sted0900/4.Html>.
22. Enstitüsü HÜNE. Nüfus Ve Sağlık Araştırması Suriyeli Göçmen Örneklemini Temel Bulgular. 2018.
23. International R. Anahat Çalışması. 2022.
24. Bakanlığı Avsp. Engelli Ve Yaşlı İstatistik Bülteni. Engelli Ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2023 2023.
25. Bakanlığı S. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Sağlık Bakanlığı; 2021 2021.
26. Gazete R. Yabancılar Ve Uluslararası Koruma Kanunu. 5 Ed2013.
27. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Agshkb. Geçici Koruma Sağlık Broşürü. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
28. Kınık K. Türkiye’de Bulunan Suriyeli Sığınmacıların Ulusal Sağlık Sistemi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi [Doktora]: Bezmialem Vakıf Üniversitesi; 2019.
29. Örgütü Ds. Patient Satisfaction And Experience At Migrant Health Centres In Turkey. 2021.
30. Bmmyk. Protection Sector Post-Earthquake Inter-Agency Needs Assessment Preliminary Findings. 2023 2023 Ağustos.

31. Mardin Fd. Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Metropol - Uydu Şehir Karşılaştırması. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2019.
32. 1 Deakin University Sohss, Geelong, Australia, 2 University College London Hospitals Nhs Foundation Trust L, United Kingdom. The Role Of Physiotherapy In Managing Complex Pain Associated With Trauma And Torture In Refugee Populations. Virtual Physiotherapy Uk 2020 Conference Abstract Poster Presentations / Physiotherapy; Uk2021.
33. 1 Aarhus University Doph, Section Of Social Medicine And Rehabilitation, Aarhus, Denmark, 2 National Institute For Health And Welfare H, Finland, 3 Jamk University Of Applied Sciences J, Finland, 4 McMaster University H, Canada 5 Communication Supports Inventory – Children And Youth ([Www.Csi-Cy.Org](http://www.Csi-Cy.Org)), Marshfield, United States, 6 Oregon Health And Science University P, United States, 7 University of Groningen UMCG, Groningen, Netherlands, 8 University of Stellenbosch S, South Africa. Physiotherapy and the European Refugee Crisis: can social media enable volunteers? The 4th European Congress of the ER-WCPT / Physiotherapy 2016.
34. McGowan E, Beamish N, Stokes E, Lowe R. Core competencies for physiotherapists working with refugees: a scoping review. Physiotherapy. 2020;108:10-21.
35. Zerrin Gamsızkan AÖ. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Göçmen ve Mülteci Hastaların Değerlendirilmesi,. Sakarya Tıp Dergisi / Sakarya Med 2020.
36. Korkmaz AÇ. Sığınmacıların sağlık ve hemşirelik hizmetlerine yarattığı sorunlar. Journal of Health and Nursing Management. 2014;1(1).
37. Seagle EE, Dam AJ, Shah PP, Webster JL, Barrett DH, Ortmann LW, et al. Research Ethics And Refugee Health: A Review Of Reported Considerations And Applications In Published Refugee Health Literature, 2015-2018. Confl Health. 2020;14:39.
38. Oral Eİ. Serebral Palsili Çocuklarda Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi Aile Raporunun Türkçe Uyarlaması, Güvenirliğinin Belirlenmesi Ve Aile Ve Fizyoterapistin Kaba Motor Fonksiyon Seviye Belirlemedeki Tutarlılığının Araştırılması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2021.
39. Mintaze Kerem Günel AM, Ayşe Livanelioğlu, Özlem Er, Meltem Baydar, Özlem Peker, Haluk Berk, Can Koşay. Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi (Genişletilmiş Ve Yeniden Düzenlenmiş Şekli). Canchild Centre For Childhood Disability Research Institute For Applied Health Sciences, McMaster University. 2007.
40. Megan Towns Pr, Robert Palisano, F Virginia Wright. Should The Gross Motor Function Classification System Be Used For Children Who Do Not Have Cerebral Palsy? Developmental Medicine & Child Neurology. 2017.

41. Runa Kalleson RJSØ. Comprehensiveness, Coordination And Continuity In Services Provided To Young Children With Cerebral Palsy And Their Families In Norway. Child Care In Practice. 2021.
42. Sharma N, Chakrabarti S, Grover S. Gender Differences In Caregiving Among Family - Caregivers Of People With Mental Illnesses. World J Psychiatry. 2016;6(1):7-17.
43. Dinçer S. Suriyeli Sığınmacıların Sosyo-Ekonomik Uyumuna Yönelik Bir Araştırma: Ankara Örneği: Kırıkkale Üniversitesi; 2023.
44. Fulya Memişoğlu AÖ, Tuna Kılınç. Türkiye'deki Engelli Sığınmacıların Koruma İhtiyaçları. Danida, IGAM, ARSA, İzmir'de Suriyeli Mültecilerle Dayanışma Derneği; 2021.
45. Kızılay. Kızılay Kart Ailelere Düzenli Bir Gelir Kapısı Sunuyor 2021 [Erişim tarihi 15 Nisan 2024]. Erişim adresi:
<https://www.kizilay.org.tr/Haber/Haberarsividetay/5857#:~:Text=K%C4%B1z%C4%B1lay%20Kart%20arac%C4%B1%C4%B1%C4%9F%C4%B1yla%20ayl%C4%B1k%20120,Y%C3%Bck%C3%BC%20olmadan%20ya%C5%9Famlar%C4%B1n%C4%B1%20s%C3%Bcrd%C3%Bcrd%C3%Bcklerini%20belirtiyor>
.
46. Beckers L, Geijen MME, Kleijnen J, E AAR, M LAPS, R JEMS, Janssen-Potten YJM. Feasibility and effectiveness of home-based therapy programmes for children with cerebral palsy: a systematic review. BMJ Open. 2020;10(10):e035454.
47. Milne SC CL, Roberts M, et al. Rehabilitation for ataxia study: protocol for a randomised controlled trial of an outpatient and supported home-based physiotherapy programme for people with hereditary cerebellar ataxia. BMJ Open. 2020.
48. Serra Acar ÖP-I, Staci B. Martin. Data Needs for Children with Special Needs in Refugee Populations 2019.

8. EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1537

Konu : **ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU**

Toplantı Tarihi : 06 EYLÜL 2022 SALI
Toplantı No : 2022/13
Proje No : GO 22/139 (Değerlendirme Tarihi: 15.02.2022).
Karar No : 2022/13-58

Üniversitemiz Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Numan DEMİR'in sorumlu araştırmacı olduğu, Fzt. Esra ALAGÖZ'ün yüksek lisans tezi olan, GO 22/139 kayıt numaralı **"Sığınmacı Çocukların Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Hizmetlerine Erişiminin İncelenmesi"** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 07 Eylül 2022 – 07 Eylül 2023 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Başkan)	8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK	(Üye)
2. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK)	9. Doç. Dr. Hande Güneş DENİZ	(Üye)
3. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER)ye	10. Doç. Dr. Merve BATUK	(Üye)
4. Prof. Dr. Sibel PEHLIVAN)ye	11. Doç. Dr. Gülten KOÇ	(Üye)
5. Prof. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	(Üye)	12. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
İZİNLİ 6. Prof. Dr. Tolga YILDIRIM	(Üye)	13. Av. Buket ÇINAR	(Üye)
İZİNLİ 7. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)		(Üye)


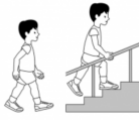
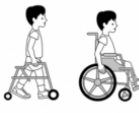
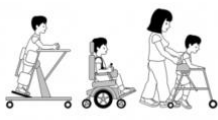

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1082 • Faks: 0 (312) 310 0580 • E-posta: goetik@hacettepe.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi için: _____

EK-2: WeeFIM

1. Kendine bakım	A)Yemek yeme	7=Tam olarak bağımsız 6=Modifiye bağımsız	<i>Yardımsız</i>
	B)El-yüz yıkama, diş fırçalama		
	C)Banyo yapma		
	D)Vücudun üst kısmını giyinme	5=Gözetim gerektiriyor 4=Minimal yardım (%75'ini çocuk yapıyor)	<i>Yardımla / Modifiye Bağımlı</i>
	E)Vücudun alt kısmını giyinme		
	F)Tuvalet yapma		
2. Sfinkter kontrolü	G)Mesane alışkanlığı	3=Orta derecede	<i>Tamamen Bağımlı</i>
	H)Barsak alışkanlığı	2=Maksimal yardım (%25'ini çocuk yapıyor)	
3. Transferler	İ)İskemle, tekerlekli iskemle	1=Tam yardım	
	J)Tuvalet		
	K)Küvet,duş		
4. Hareket	L)Yürüme, emekleme		
	M)Merdiven inme, çıkma		
5. İletişim	N)Anlama		
	O)İfade etme		
6. Sosyal Durum	Ö)Sosyal ilişkiler		

EK-3: Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi

				
Seviye I	Seviye II	Seviye III	Seviye IV	Seviye V

EK-4. Aile Anketi

A. Kisisel ve demografik bilgiler	
a. Çocuğa yönelik bilgiler	
Olgu Kodu :	
Çocuğun tanısı:	
Çocuğun yaşı :	
KMFSS seviyesi :	
WeeFIM skoru:	
Çocuğun yaşı cinsiyeti :	<input type="radio"/> Erkek <input type="radio"/> Kadın <input type="radio"/> İkili cinsiyetçi yapinin disinda olan
Çocuğun uyruğu:	<input type="radio"/> Suriyeli <input type="radio"/> Iraklı <input type="radio"/> Afgan <input type="radio"/> Diğer :
Yasal statü	<input type="radio"/> Gecici koruma altında <input type="radio"/> Uluslararası koruma altında <input type="radio"/> İnsani ikamet izni sahibi <input type="radio"/> Türk vatandaşı (istisna) <input type="radio"/> Diğer: <input type="radio"/> Kayıt başvurusu yaptı sonuç bekliyor
Ikamet ili	
Hane halkı büyüklüğü ve bileşimi	<input type="radio"/> Dede-nine beraber <input type="radio"/> 3 kişi <input type="radio"/> 4-6 arası kişi <input type="radio"/> 6+
Evde başka engelli çocuk var mı? Varsa kaç engelli çocuk var (0-18 yaş arası)?	<input type="radio"/> Evet -1 kişi -2 veya daha fazla <input type="radio"/> Hayır
Ev kaç m ² ?	
Ev kaç odalı?	
Kaçıncı katta oturuyorsunuz?	
Binada asansör var mı?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
Anne- Baba sağ mı?	<input type="radio"/> Anne-Baba sağ <input type="radio"/> Baba vefat etmiş <input type="radio"/> Anne vefat etmiş
Geçim nasıl sağlanıyor?	<input type="radio"/> Anne-baba çalışıyor

	<ul style="list-style-type: none"> o 18 yaş altı sağlıklı kardeş çalışıyor o Kızılay ESSN desteği ile
Aylık ortalama gelir ne kadar?	<ul style="list-style-type: none"> o 0-1000 TL o 1001-2500 TL o 2501-4000 TL o 4001-5500 TL o 5501+
b. Anketi cevaplayan ebeveyn bilgileri	
Yakınlık derecesi	<ul style="list-style-type: none"> o Anne o Baba o Diğer :
Yaşı	
Eğitim Durumu	<ul style="list-style-type: none"> o İlkokul mezunu o Lise mezunu o Lisans o Yüksek lisans o Okula katılmadı
Çalışma durumu	<ul style="list-style-type: none"> o Çalışıyor o Çalışmıyor
Ne zamandır Türkiye’de yaşıyor?	<ul style="list-style-type: none"> o 1 yıldan az o 1-3 yıl arası o 3 yıldan uzun süredir
A. Fizyoterapiye Erişim	
1. Çocuk ne zaman tanı aldı?	Ay olarak;
2. En son ne zaman fizyoterapi hizmetinden en az 10 seans faydalandınız?	<ul style="list-style-type: none"> o Şu anda devam ediyor fizyoterapiye (4) o En az 6 aydır faydalanmadık(3) o En az 1 yıldır faydalanmadık (2) o 1 yıldan uzun süredir faydalanmadık(1)
3. Evet ise, evde özel seans mı yoksa bir kurumda mı?	
4. En az 6 veya daha uzun süredir faydalanmadıysanız sebebi nedir? Birden fazla seçenek işaretlenebilir.	<ul style="list-style-type: none"> o Tedavi olanakları hakkındaki bilgi yetersizliği o Ulaşım problemleri o Ekonomik o Randevu almada sıkıntılar o Uzun süren bekleme listeleri o Dil bariyeri zorluğu o Fizyoterapinin gerekli olduğunu düşünmüyorum

5. Sizi düzenli takip eden bir fizyoterapistiniz var mı?	<input type="radio"/> Evet(4) <input type="radio"/> Hayır(1)
6. Çocuğunuz şu anda yardımcı cihaz (ortezi, splint, tekerlekli sandalye, kanedyen, walker gibi) kullanıyor mu?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
7. Evet ise hangi cihazları kullanıyor?	<input type="radio"/>
8. Hayır ise kullanmama sebebi nedir?	<input type="radio"/> Bilgi yetersizliği (daha önce kimsenin önermemesi) <input type="radio"/> Ekonomi kaynaklı erişim sıkıntısı <input type="radio"/> Diğer:
9. Aile cihazın kullanımını doğru biliyor mu?	<input type="radio"/> Evet <input type="radio"/> Hayır
10. Çocuğunuza evde uygulamanız gereken egzersiz-tedavi yöntemlerini biliyor musunuz?	<input type="radio"/> Evet (4) <input type="radio"/> Hayır (1)
11. Bir fizyoterapist tarafından çocuğunuza özel ev programı konusunda eğitim aldınız mı? Evet ise en son ne zaman güncellediniz programı fizyoterapistinizle?	<ul style="list-style-type: none"> • Evet <ul style="list-style-type: none"> ○ 3 aydan yakın bir zamanda (4) ○ 3-6 ay arasında (3) ○ 6 aydan uzun bir süredir güncelleme yapmadık (2) • Hayır (1)
12. Evet ise tedavi programı neleri içeriyor?	<input type="radio"/> Eklem hareket açıklığı egzersizleri <input type="radio"/> Germeler <input type="radio"/> Pozisyonlamalar (yatış-oturmayakta tutma) <input type="radio"/> Bobath <input type="radio"/> Diğer
13. Çocuğunuzun durumu ile ilgili bilgiyi nereden edinmeyi tercih ediyorsunuz?	<input type="radio"/> Fizyoterapist veya hekime danışarak <input type="radio"/> İnternette okuyarak <input type="radio"/> Benzer hastalıkta çocuğu olan ailelerle görüşerek
14. Fizyoterapi sonrası çocuğunuzda gelişme gördünüz mü?	<input type="radio"/> Evet <ul style="list-style-type: none"> a. Fonksiyonel açıdan ilerledi (baş-boyun dengesi kazandı, oturmaya başladı, emeklemeye başladı, yürümeye başladı) b. Daha dışa dönük bir çocuk

	<p>oldu (iletişim becerileri arttı (göz teması, ses çıkarma vb.)</p> <p><input type="radio"/> Hayır</p>
<p>15. Covid-19 pandemisi fizyoterapiye olan erişiminizi etkiledi mi? Evet ise nasıl etkiledi?</p>	<p><input type="radio"/> Evet :</p> <p>a. Randevu süresi uzadı</p> <p>b. Bir kurumda tedavi almaya karşı Corona olma ihtimali sebebiyle tereddüt var</p> <p>c. Evde özel seanslara yöneldik</p> <p>d. Tedaviyi durdurduk</p> <p><input type="radio"/> Hayır</p>
<p>16. Bulduğunuz ilçe-ilde yeterli sayıda fizyoterapi hizmetinin mevcut olduğunu düşünüyor musunuz?</p>	<p><input type="radio"/> Evet (4)</p> <p><input type="radio"/> Hayır (1)</p>
<p>15 ve 16. Sorular sadece mültecilere yöneliktir.</p>	
<p>17. Daha önce kendi ülkenizde fizyoterapi hizmeti aldınız mı?</p>	<p><input type="radio"/> Evet</p> <p><input type="radio"/> Hayır</p>
<p>18. Ülkenizde fizyoterapi hizmeti kim tarafından sağlanıyordu?</p>	<p><input type="radio"/> Doktor</p> <p><input type="radio"/> Hemşire</p> <p><input type="radio"/> Kırık-çıkıkçı</p> <p><input type="radio"/> Fizyoterapist</p> <p><input type="radio"/> Diğer...</p>
<p>B. Özel Eğitim Merkezinde Sunulan Fizyoterapi Hizmetlerine Erişim</p>	
<p>19. Özel eğitim merkezlerinde sunulan fizyoterapi hizmetlerinden faydalaniyor musunuz?</p>	<p><input type="radio"/> Evet (4)</p> <p><input type="radio"/> Hayır (1)</p>
<p>20. Hayır ise sebebi nedir?</p>	<p><input type="radio"/> Konu hakkındaki bilgi yetersizliği</p> <p><input type="radio"/> Böyle bir hakkım olduğunu bilmiyorum</p> <p><input type="radio"/> Mevcut değil</p> <p><input type="radio"/> Ekonomik sebepler</p> <p><input type="radio"/> Böyle bir hizmetten ücretsiz yararlanma hakkım yasal olarak yok</p>
<p><i>Ankete katıldığınız için teşekkürler.</i></p>	

EK-5. Turnitin Dijital Makbuz**Dijital Makbuz**

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: ESRA ALAGÖZ
Ödev başlığı: Esra Alagöz Tez
Gönderi Başlığı: ANKARA'DA YAŞAYAN SIĞINMACI ÇOCUKLARIN FİZYOTERAPİ ...
Dosya adı: HABI_LI_TASYON_HI_ZMETLERI_NE_ERI_S_I_MI_NI_N_I_NCELE...
Dosya boyutu: 808.33K
Sayfa sayısı: 55
Kelime sayısı: 11,156
Karakter sayısı: 79,412
Gönderim Tarihi: 17-Nis-2024 09:56ÖÖ (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2352529267



T.C.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ANKARA'DA YAŞAYAN SIĞINMACI ÇOCUKLARIN FİZYOTERAPİ VE
REHABİLİTASYON HİZMETLERİNE ERİŞİMİN İNCELENMESİ

DOÇ. DR. SUMAN DEMİR

FZT. ESRA ALAGÖZ

2024

ANKARA

EK-6: Turnitin Raporu

ANKARA'DA YAŞAYAN SIĞINMACI ÇOCUKLARIN FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİNE ERİŞİMİNİN İNCELENMESİ

ORIGINALITY REPORT

14%	14%	6%	5%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.utsakcongress.com Internet Source	3%
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet Source	3%
3	dergipark.org.tr Internet Source	1%
4	acikbilim.yok.gov.tr Internet Source	1%
5	docplayer.biz.tr Internet Source	1%
6	acikerisim.pau.edu.tr:8080 Internet Source	1%
7	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet Source	<1%
8	Submitted to Düzce Üniversitesi Student Paper	<1%

9. ÖZGEÇMİŞ