

AKIL VE RUH SAĞLIĞI ALANINDA İNSAN HAKLARI

2008 TÜRKİYE RAPORU

Sorunlar ve Çözüm Önerileri



rusihak

Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi
Human Rights in Mental Health Initiative



Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi
Human Rights in Mental Health Initiative

Gazeteci Erol Dernek Sok. Hanif Han No:11/5 Beyoğlu İstanbul
Tel: 0212 252 49 20 Faks: 0212 252 49 08 GSM: 0539 436 32 62
Web: www.rusihak.org
e-posta: info@rusihak.org

İşbirliği yapılan kuruluşlar



Sosyal Politika Formu



The Royal Netherlands
Embassy



Hollanda Kraliyeti
Büyükelçiliği

Destekleyen kuruluşlar



AÇIK TOPLUM ENSTİTÜSÜ

www.aciktoplumenstitusu.org.tr

AKIL VE RUH SAĞLIĞI ALANINDA İNSAN HAKLARI: 2008 TÜRKİYE RAPORU

Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Editörler:

Şehnaz Layikel
Nilay Kacar
Fatma Zengin Dağıdır

Raporu Hazırlayanlar:

Şehnaz Layikel
Nilay Kacar
Fatma Zengin Dağıdır
Mesut Demirdoğan
Can İlbey
Nalan Erkem
Hakan Ataman
Gülçin Aktunç Hasipek
Özlem Yılmaz
Duysal Karakuş

Proje Ekibi:

Fatma Zengin Dağıdır
Mesut Demirdoğan
Şehnaz Layikel
Nalan Erkem
Gökhan Deniz
Gülçin Aktunç Hasipek
Özlem Yılmaz
Hakan Ataman
Nilay Kacar
Yalçın Kemal Genç
Orhan Üsküner
Dursun Bin
İhsan Erdem
Yıldız Biber
Başak Ekim Akkan
Can İlbey

Tasarım:

Didem GÜRKAN

Baskı:

Karika Matbaacılık ve Dış Tic. Ltd. Şti.

Raporun Ek Bölümünde Yer Alan Yazı ve Söyleşileriyle Rapora Katkıda Bulunanlar:

Kemal
Suna Kacar: Zihinsel engeli bulunan bir oğlu olan anne
Şizofreni teşhisi almış bir oğlu olan anne
Başak Ekim Akkan
Gökhan Deniz
İdil Işıl Gül
Murat Ergin
Ayla Yazıcı
Nevin Eracar

Bu çalışma, Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği tarafından, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'nun resmi izniyle, Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu ve İnsan Hakları Gündemi ile işbirliği içerisinde Haziran 2007-Ekim 2008 tarihleri arasında yürütülen projenin çıktılarına dayanarak hazırlanmıştır.

Projeyi destekleyen kurumlar:

Hollanda Büyükelçiliği ve Açık Toplum Enstitüsü
Türkiye Temsilciliği

Bu raporda yer alan tüm yazı ve fotoğraflar (ekteki yazılar hariç), proje kapsamında yürütülen araştırma sonuçlarına dayanmaktadır. Bu raporda yer alan herhangi bir yazılı ya da görsel malzeme, rapora referans verilmeden çoğaltılamaz ve kullanılamaz.

Bu raporda yer alan tüm fotoğraflar RUSİHAK'ın Haziran 2007 ile Ekim 2008 tarihleri arasında gerçekleştirdiği kurum ziyaretleri sırasında proje ekibi tarafından çekilmiştir.

Ekim 2008

İçindekiler

Özet	-i-	4. BÖLÜM: DÜNYADAN İYİ ÖRNEKLER VE RUSİHAK'IN ÖNERİLERİ	171
Summary	-ii-	Dünyadan İyi Örnekler	
Sunuş	-iii-	Duysal Karakuş	173
1. BÖLÜM: AKIL VE RUH SAĞLIĞI ALANINDA TÜRKİYEDEKİ MEVCUT DURUM	1	Kurum-Temelli Hizmetlerin Bir Eleştirisi ve Toplum-Temelli Hizmetler	
Dünyada ve Türkiye'de Genel Durum	3	Can İlbey	179
Hakan Ataman	7	RUSİHAK'ın Önerileri	185
Türkiye'de Ruh Sağlığı Alanına Genel Bir Bakış		RUSİHAK	
Şehnaz Layikel	19	5. BÖLÜM: YOL GÖSTERİCİ YAZILAR VE PROJE DÖKÜMANLARI	193
Türkiye'de Zihinsel Engellilik Alanına Genel Bir Bakış		Ruh Sağlığı Tedavisi Görmek Ne Demek?: Kişisel Bir Tecrübe	
Fatma Zengin Dağdır	31	Kemal	195
2. BÖLÜM: ULUSAL VE ULUSLARASI MEVZUATTAKİ HAKLAR	33	'34 Yaşında, Üniversite Mezunu Şizofreni Teşhisi Almış Bir Oğlu' Olan Anne ile Söyleşi	
Engelli Bireylerin Haklarına İlişkin Mevcut		RUSİHAK	197
Ulusal ve Uluslararası Standartlara Genel Bir Bakış	35	Zihinsel Engeli Bulunan Bir Oğlu Olan Suna Kaçar ile Söyleşi	
Nalan Erkem	47	RUSİHAK	201
Psikiyatrik Teşhis Almış Bireylerin Ulusal Mevzuattaki Hakları		Psikiyatrik Teşhis Almış ve Zihinsel Engeli Bulunan Bireylerin Sosyal İhtiyaçlarının Çok Boyutluluğunu Dikkate Alan Bir Sosyal Politika Yaklaşımı	
Özlem Yılmaz	59	Başak Ekim Akkan	207
Zihinsel Engeli Bulunan Bireylerin Ulusal Mevzuattaki Hakları	71	Sanatın Onancı İşlevi: Sanat İnsanın Kendisiyle ve Başkalısıyla Kurduğu İlişkileri Onarır	
Gülçin Aktunç Hasipek	75	Gökhan Deniz	211
Uluslararası ve Bölgesel İnsan Hakları Belgelerinde		Engellilerin İnsan Haklarına İlişkin Birleşmiş Sözleşmesi Bağlamında Bireyin Özerkliği, Bağımsızlığı ve İnsan Onuruna Saygı Kavramları	
Zihinsel Engeli Bulunan ve Psikiyatrik Teşhis Almış Bireylerin İnsan Hakları	77	Dr. İdil Işıl Gül	215
Hakan Ataman ve Şehnaz Layikel	83	Ruh ve Sinir Hastalıklarına Sosyolojik Bir Bakış	
Risk Altındaki Haklar	109	Murat Ergin	219
Hakan Ataman	133	Türkiye'de Kronik Ruhsal Hastaların Rehabilitasyon Süreci ve Öneriler	
3. BÖLÜM: RUSİHAK İZLEME ÇALIŞMASI BULGULARINA GÖRE KURUMLARDAKİ VE TOPLUMSAL YAŞAMDAKİ KOŞULLAR	141	Dr. Ayla Yazıcı	223
Projenin İçeriği ve Yapılan Etkinlikler		Otistikler Entegrasyon Kampları Pratiği Üzerinden Farklılıklara Saygı Ve Etik Anlayışımız	
RUSİHAK	227	Yr. Doç. Dr. Nevin Eracar	233
Türkiye'nin Ruh Sağlığı Hastanelerinde Mevcut Durum	235	Proje Değerlendirme Çalışması	237
RUSİHAK	239	Sonuç ve Değerlendirme	
Türkiye'nin Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Mevcut Durum		Raporu Hazırlayanlar	
RUSİHAK		Projeden Dokümanlar	
Türkiye'de Psikiyatrik Teşhis Almış Bireylere Yönelik Ayrımcılık ve Sosyal Dışlanma			
Mesut Demirdoğan ve Fatma Zengin Dağdır			
Türkiye'de Zihinsel Engeli Bulunan Bireylere Yönelik Ayrımcılık ve Sosyal Dışlanma			
Nilay Kacar			
Proje Çalışmalarında Dile Getirilen Sorunlar ve Çözüm Önerileri			
RUSİHAK			

Özet

Bu rapor, Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği'nin Haziran 2007-Ekim 2008 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'nun izniyle, İnsan Hakları Gündemi Derneği ve Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Forumu'nun işbirliği ile gerçekleştirdiği "Psikiyatrik Teşhis Almış ve Zihinsel Engelli Bireylerin Toplumsal Yaşama Tam Katılımına Yönelik Proje" kapsamında gerçekleştirdiği etkinlik sonuçları ve araştırma verilerine dayanmaktadır. Proje kapsamında, Türkiye'nin Sağlık Bakanlığı'na bağlı bölgesel ruh sağlığı hastaneleri ve bu hastanelere yakın noktalarda yer alan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı zihinsel engellilere hizmet veren bakım ve rehabilitasyon merkezleri ziyaret edilmiş; bu kurumlardaki koşullara ilişkin incelemeler yapılmış, kurumda kalan kişilerle ve çalışanlarla görüşmeler yapılmış, etkinlikler gerçekleştirilmiş; ildeki resmi kurum ve sivil toplum temsilcileriyle yuvarlak masa toplantıları gerçekleştirilmiştir.

Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği (RUSİHAK) Türkiye'de, akıl ve ruh sağlığı alanında insan hakları savunuculuğu yapan ilk sivil toplum kuruluşudur. Çalışma kapsamında insan hakları avukatları, ruh sağlığı uzmanları, sanat eğitmeni ve aktivistlerden oluşan 8 kişilik bir ekip tarafından sırasıyla Manisa, Elazığ, Adıyaman, Adana, Samsun, Ankara ve İstanbul'da yer alan 6 büyük ruh sağlığı hastanesi ve 6 bakım ve rehabilitasyon merkezi ziyaret edilmiştir. Söz konusu kurumlardaki tutulma koşulları, fiziksel koşullar, hareket serbestliği, bakım ve tedavi olanakları, bilgilendirme, hasta hakları uygulamaları gibi konular uluslararası insan hakları açısından detaylı olarak incelenmiş ve koşullar belgelenmiştir. İnsan hakları izleme çalışmasına ek olarak kurumlarda tedavi görenlerin ve çalışanların sorunlara ilişkin tespitleri ve çözüm önerileri derlenmiştir. Kurumlarda gerçekleştirilen toplantılara 230 kurum sakini ve 88 kurum çalışanı katılmıştır. Ziyaret edilen illerde, ilgili kamu kurumlarının ve sivil toplum temsilcilerinin katılımıyla yuvarlak masa toplantıları düzenlenmiştir. Hizmet alan ve hizmet veren kesimler ilk defa eşit bir platformda bir araya gelerek fikirlerini paylaşmış, çözüm önerileri geliştirmiştir. Yuvarlak masa toplantılarına toplam 200 kişi katılmıştır. Sorunu bizzat yaşayan kişilere yönelik insan hakları eğitimleri düzenlenmiş ve bu eğitimlere toplam 100 kişi katılmıştır. Ayrıca, kurumlara mesleki eğitim etkinliklerine katkı olabilecek bir maddi destekte bulunulmuştur.

Raporun amacı, Türkiye'de ruh sağlığı sorunları yaşayan ve zihinsel engelli bireyler ile yakınlarının içinde bulun-

dukları mevcut koşulları özellikle insan hakları standartları açısından resmetmek; konuyla ilgili hizmet alan ve hizmet veren tüm kesimlerin sorunlara ilişkin fikirlerine ve çözüm önerilerine dayanarak mevcut sistemi iyileştirmede zemin oluşturabilecek bir kaynak metin sağlamaktır.

Raporun dayandığı çalışma, Türkiye'de ruh sağlığı hastaneleri ile bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde sivil toplum tarafından gerçekleştirilmiş ilk sistematik izleme ve değerlendirme çalışmasıdır. Çalışmanın bir diğer ayırt edici özelliği, konuyla ilgili hizmet alan ve hizmet veren tüm kesimleri eşit bir platformda bir araya getirerek, görüş ve önerilerini ifade etmelerine olanak tanımış olmasıdır. Rapor dört ana bölümden oluşmaktadır:

Raporun ilk bölümünde, dünyadaki duruma genel bir bakışın ardından, Türkiye'de psikiyatrik teşhis almış ve zihinsel engelli bireylere yönelik mevcut hizmetlerin kısa bir özeti ve tarihçesi aktarılmaktadır.

Raporun ikinci bölümünde, ulusal ve uluslararası yasa ve sözleşmelerde söz konusu gruplara tanınan haklar anlatılmaktadır.

Raporun üçüncü bölümünde, yürütülen projenin kısa bir özeti sunulmakta, ardından proje kapsamında ziyaret edilen ruh sağlığı hastaneleri ile bakım ve rehabilitasyon merkezlerindeki tutulma koşulları belirli kriterler etrafında detaylı olarak anlatılmaktadır. Kurumlardaki koşulların ardından ruh sağlığı sorunları yaşayan ve zihinsel engelli bireylerin toplum içerisindeki yaşam koşulları özetlenmektedir. Üçüncü bölümün sonunda, proje kapsamında görüşülen tüm grupların (hasta ve hasta yakınları; zihinsel engelli ve yakınları; kurum çalışanları; resmi kurumlar; sivil toplum temsilcileri) mevcut duruma ve sorunlara ilişkin görüşleri ile çözüm önerileri aktarılmaktadır.

Raporun dördüncü bölümünde, dünyadaki uygulamalardan yol gösterici olabilecek iyi örneklerle yer verilmekte ve proje kapsamında gerçekleştirilen çalışmaların verilerine dayanarak, Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği'nin Türkiye'de uluslararası insan hakları standartları ile uyumlu bir akıl ve ruh sağlığı sistemine geçilebilmesi için geliştirdiği öneriler özetlenmektedir.

Rapora ek olarak, çeşitli disiplinlerden uzmanların konuyla ilgili ilham verici olabilecek yazılarına yer verilmekte ve proje sırasında resmi kurumlarla yapılan yazışmaların örnekleri ile basında proje hakkında çıkan haberler sunulmaktadır.

Summary

This report is based on the activity results and research data in scope of “Project for Social Inclusion of People with Mental Disabilities” conducted by Human Rights in Mental Health Initiative in collaboration with Human Rights Agenda Association and Boğaziçi University Social Policy Forum, with the permission granted by Ministry of Health and Social Services and Child Protection Agency between June 2007 and October 2008. In scope of the project, visits were made to regional mental health hospitals in Turkey operating under Ministry of Health and care and rehabilitation centers located close to these hospitals, operating under Social Services and Child Protection Agency, providing service to mentally disabled persons conditions in these institutions were monitored, institution employees and residents were interviewed, activities were executed and round table meetings with the representatives from official institutions and NGO’s were held.

Human Rights in Mental Health Initiative (RUSİHAK) is the first NGO in Turkey advocating human rights in mental health field. In scope of the study, visits to 6 regional mental health hospitals and 6 care and rehabilitation centers located in Manisa, Elazığ, Adıyaman, Adana, Samsun, Ankara and İstanbul were made by a team of 8 people consisting in human rights lawyers, mental health specialists, an art trainer and activists. In the visited institutions, issues such as detention conditions, physical conditions, freedom of movement, care, treatment and rehabilitation facilities, informing procedures, patients rights applications were examined in detail from a human rights perspective and conditions were documented. In addition to human rights monitoring study, determinations by and solution recommendations of employees and residents of the institutions were compiled. Totally, 230 institution residents and 88 institution employees participated in the meetings held in the institutions. In addition to these, in each city round table meetings were held with participation of representatives from concerned public and non-governmental organizations. Service providing and receiving groups gathered together on an equal platform for the first time, shared their opinions and developed solution recommendations. Totally 200 people participated in these round table meetings. Human rights trainings for those who suffer from the issue were organized, and 100 people participated in these trainings. Additionally, institutions were provided financial support as a contribution to purchase some material for vocational trainings.

Purpose of this report is to depict current conditions of individuals with mental disabilities and their relatives in

Turkey particularly from a human rights perspective, and to provide a source capable of forming a ground for improving the current system based on the ideas and solution recommendations of all stakeholders both providing and receiving services.

The study on which the report is based is the first systematical monitoring and evaluation study conducted in Turkey’s mental health hospitals and care and rehabilitation centers by a non-governmental organization from Turkey. Another distinctive quality of the work is that all stakeholders both providing and receiving service were gathered together on an equal platform, and they were given opportunity to express their opinions and recommendations.

The report consists of four core sections.

In the first section, following a general overview of the condition in the world, a brief summary and history of the available services for individuals with mental disabilities in Turkey is provided. In the second section, rights conferred to mentioned groups pursuant to national and international legislations and conventions are explained.

In the third section, following a brief summary of the project, conditions of detention in mental health hospitals and care and rehabilitation centers are explained in detail in terms of specific criteria. After description of the institutions’ conditions, living conditions of individuals with mental disabilities within the society are summarized. At the end of the third section, opinions on and recommendations for the current situation and problems by all groups negotiated in scope of the project (those with psychiatric diagnoses and their relatives, those with intellectual disabilities and their relatives, employees of the institutions, official bodies, representatives from NGO’s) are provided.

In the fourth section, good examples of different applications in the world are included, and recommendations developed by Human Rights in Mental Health Initiative based on the data of the study conducted in scope of the project, for implementation of a mental health system in Turkey that would be in conformity with international human rights standards are summarized.

In the appendices of the report, inspiring texts on the issue by experts from various disciplines, and correspondences from institutions and press news on the project are presented.

Sunuş

Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği olarak iki yıl önce yola çıktığımızda, akıl ve ruh sağlığında insan hakları, Türkiye’de henüz gelişmekte olan ve görüştüğümüz kişi ve kurumlarda merak uyandıran, bazen de biraz çekinceyle yaklaşılacak bir alandı. İki yıldır yürüttüğümüz çalışmalar gösterdi ki, akıl ve ruh sağlığı alanında sunulan hizmetlerin her aşamasında, hak-temelli bir yaklaşımı benimsemek, hem hizmet alan hem de hizmet veren kesimlerin ihtiyaçlarına cevap verecek daha insani bir akıl ve ruh sağlığı sistemi için vazgeçilmez bir unsur.

Ruh sağlığı sorunları yaşayan ve zihinsel engeli bulunan bireylerin yaşadıkları sorunlar, sadece sağlık sistemi ya da sosyal hizmetler alanının içerisinde çözülmemek kadar geniş boyutlarda. Bu bireyler ve yakınları teşhis, tedavi, rehabilitasyon, barınma, eğitim, istihdam, sosyal hizmetler alanlarının tümünde çok boyutlu ihtiyaçlara sahip, farklı biçimlerde ve derecelerde ayrımcılığa maruz kalmakta ve yaşamları boyunca temel insan haklarından, sosyal ve ekonomik haklarından yoksun kalmakta, ciddi bir sosyal dışlanmayla başa çıkmak zorunda kalmaktadır. Bu gruplara hizmet sunan kurum ve kişiler de mevcut sistemin söz konusu çok boyutlu ihtiyaçları karşılamakta yetersiz kalmasından dolayı kendilerini çoğu zaman çaresiz hissetmekte, bu da hizmetlerin kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Proje kapsamında yürüttüğümüz çalışmalar gösterdi ki, hizmet alan kişilerin ihtiyaçlarını karşılayan ve sürdürülebilir çözümler üretebilen bir sistem için, akıl ve ruh sağlığı alanındaki hizmetler planlanırken bir yandan her bir bireyin ihtiyaçlarını dikkate alan, kişiyi ve ihtiyaçlarını planlanan destek sürecinin merkezine yerleştiren; diğer yandan da keyfi uygulamalara ve insan hakları ihlallerine yer vermeyecek ölçüde uluslararası insan hakları ilkeleriyle uyumlu ve standardize edilmiş bir yapıya ihtiyaç var. Böyle bir yapının hayata geçirilebilmesi için, üç unsur özellikle önemli gibi görünmekte: Birincisi, hizmet alan kesimlerin kendilerine sunulacak hizmetlerin planlanma, uygulanma ve izlenme-değerlendirilme süreçlerinde aktif katılımının sağlanması, ikincisi sivil ve bağımsız bir izleme ve denetleme mekanizmasının hayata geçirilmesi, üçüncüsü ise kurumlararası işbirliği ile farklı

disiplinlerden uzmanların içinde bulunduğu çok katmanlı bir destek sisteminin hayata geçirilmesi.

Vurgulanması gereken bir başka önemli nokta, bu alanda, çalışan memnuniyetinin özel öneme sahip olmasıdır. Çalışanların psikososyal anlamda desteklenmesi, planlama ve uygulama süreçlerinde her kademedeki çalışanın aktif rol alabilmesi hizmetlerin kalitesinin yükseltilebilmesi açısından, oldukça önemli.

Bu çalışmayı mümkün kılan tüm kurum ve kişilere, proje süresince emeği ve fikirleriyle projenin gerçekleşmesine katkıda bulunan herkese teşekkür ederiz. Kurumlarda Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu’nun izniyle yürütülen çalışmanın, sadece akıl ve ruh sağlığı alanında değil, genel anlamda devlet-sivil toplum ilişkilerinde örnek teşkil edebilecek nitelikte çağdaş bir adım olduğuna inanıyor, benzer çabaların önünü açmasını diliyoruz.

Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği olarak, proje kapsamında tanıştığımız ve görüşlerini bizlerle paylaşan herkesten çok şey öğrendik. Dileğimiz, bu çalışmanın da bugüne kadar sesleri yeterince duyulmamış kişi ve grupların seslerinin duyulmasını sağlaması ve bunun sonucu olarak akıl ve ruh sağlığı alanında özel ihtiyacı olan bireylerin, ihtiyaç duydukları desteklere kavuşarak toplumsal yaşama eşit vatandaşlar olarak katılabilirdikleri bir yaşama kavuşabilmeleri için somut adımlar atılabilmesine katkıda bulunması.

Saygılarımızla,

Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği



1. Bölüm

Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında Türkiye’de Mevcut Durum



DÜNYADA ve TÜRKİYE'DE GENEL DURUM

Hakan Ataman

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) 2005 yılı verilerine göre, tüm dünyada 450 milyon insan zihinsel, nörolojik ya da davranışsal sorunlara sahip ve bu insanların önemli bir bölümü halen ruh sağlığı tedavilerine ya da hizmetlerine erişemiyor.

Ülkelerin %30'u ruh sağlığı için belirli bir bütçeye sahip değil. Bu ülkelerin %20'si kendi sağlık bütçelerinin %1'den azını ruh sağlığı harcamalarına ayırıyor.

Bazı ülkelerde yeterli sağlık hizmeti yokken, diğerlerinde hizmetler sadece nüfusun belli bir kesimi için mevcut.

Ülkelerin %32'sinde "hastaneler dışında zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireylerin rehabilitasyonu, gözetimi ve herhangi bir tür bakımıyla ilgilecek toplum temelli sağlık ve sosyal hizmet çalışmaları" bulunmuyor.

Psikiyatristlerin sayısında büyük bölgesel farklılıklar var. Dünyanın bazı bölgelerinde her 100.000 kişiye



yaklaşık 10 psikiyatrist düşerken bazı bölgelerde her 300.000 kişiye 1'den daha az psikiyatrist düşüyor.

Dünya çapında psikiyatrik yatakların %68,6'sı genel hastaneler ya da diğer toplumsal merkezlerde değil, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde bulunuyor.

Halen ülkelerin pek çoğunda ruhsal rahatsızlıklara ilişkin herhangi bir politika yok. Örneğin ülkelerin %40'ı ruh sağlığı politikasına sahip değil ve %64'ünde herhangi bir ruh sağlığı yasası yok ya da mevcut olan yasa, 10 yıldan daha uzun süre önce yürürlüğe girmiş ve güncellenmemiş.¹

2001 yılı verilerine göre, küresel düzeyde 45 milyon insan şizofren ve bu kişilerin 38 milyonu gelişmekte olan ülkelerde yaşıyor.²

2002 yılında yapılan araştırmaya göre, Türkiye'de 331.242 kişinin zihinsel engeli bulunmaktadır. Bu kişilerin bir kısmının birden fazla engeli vardır.³ Türkiye'deki şizofreni teşhisli kişilerin sayısının 800.000⁴, zihinsel engelli bulunan kişilerin ise 500.000 civarında⁵ olduğu tahmin edilmektedir.

Türkiye'de ruh sağlığıyla ilgili ilk düzenlemeler 1983 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'yla başlamıştır (Kanun No:2828). 1998 tarihli Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete) ve 2005 tarihli Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun (Kanun

No:5378) eksikliklerine rağmen, ruh sağlığı alanındaki önemli gelişmelerdi.⁶

Türkiye'nin Ulusal Ruh Sağlığı Programı ilk olarak 1987'de gündeme gelmiş; 1999'daki depremden sonra Dünya Bankası'nın desteğiyle geliştirme çalışmaları başlamıştır. Ancak Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 yılı raporundaki tespitlere göre, doğrudan doğruya ruh sağlığı hakkında kabul edilmiş bir yasa ve tahsis edilmiş bütçe söz konusu değildir.⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 2006 yılında yayımlanmış "T.C. Ruh Sağlığı Politikası"⁸ başlıklı oldukça kapsamlı ancak henüz hayata geçirilmemiş bir çalışması bulunmaktadır.

Türkiye'de ruhsal rahatsızlıkların yaygınlığı konusunda bugüne dek yapılmış en kapsamlı çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlık Projeleri Genel Koordinatörlüğü'nün üniversiteler ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile işbirliği halinde yürüttüğü; Türkiye örneklemini Dr. Mahir Ulusoy tarafından seçilen; yetişkinler üzerinde Dr. Cengiz Kılıç, çocuk ve ergenler üzerindeyse Dr. Neşe Erol (Toplumdaki hastalık, kaza ve sağlıkla ilgili durumların dağılımını, görülme sıklığını ve bunları etkileyen faktörleri inceleyen tıp dalı) ve arkadaşları tarafından uygulanan epidemiyolojik çalışmalardır. Bu çalışmaların sonuçlarına göre, Türkiye'de ruhsal rahatsızlıkların yaygınlığı erişkinlerde toplam % 17,2, 2-3 yaş grubu çocuklarda %10,9 ve 4-18 yaş grubu çocuk ve ergenlerdeyse toplam %11,3 olarak belirlenmiştir. Kadınlarda gözlenen oranlar erkeklerdeki oranların yaklaşık iki katıdır. Erişkinlerde gözlenen rahatsızlıklar en sık somatoform (organik bir temel olmaksızın fiziksel hastalığın bulunması) rahatsızlıklardır ve bunları depresif rahatsızlıklar ile anksiyete rahatsızlıkları izlemektedir. Çocuk ve ergenlerdeyse bu sıralama anksiyete, depresyon ve davranış bozuklukları şeklindedir.⁹

Ruhsal rahatsızlığı olan kişilerin ruhsal tedavi amacıyla başvuruda bulunma oranları depresif rahatsızlıklarda en yüksek düzeyde bulunmakta, bunu sırasıyla somatoform rahatsızlıklar ve anksiyete rahatsızlıkları izlemektedir. Erişkinlerde en az bir ruhsal sorunu nedeniyle başvuru oranı % 13,4 iken, çocuk ve ergenlerde bu oran % 0,3 gibi çok düşük bir düzeyde kalmaktadır. Ruhsal sorunlar nedeniyle en sık psikiyatri uzmanına (% 39,2), başka uzman doktorlara (% 33,1), pratisyen hekimlere (% 20,7), din adamlarına (% 3,6) ve diğerlerine (% 3,4) başvurulmaktadır.

Ruhsal Rahatsızlıkların Dünya Geneline Getirdiği Yük: Ruhsal rahatsızlıklar, dünya genelindeki hastalıkların getirdiği yükün %12'sini oluşturmaktadır. 2020 yılına kadar ruhsal rahatsızlıkların,



hastalığa bağlı tüm yeti kayıpların yılda (Disability Adjusted Life Years: DALYs/Engelliğe Ayarlı Yaşam Yılları) yaklaşık %15'i oranında bir yük getireceği tahmin edilmektedir. Ruhsal rahatsızlıklar en çok, toplumun en üretken kesimini oluşturan genç yetişkinlere yük getirmektedir. Birçok ülkede gelecek yıllarda, ruhsal rahatsızlığın getireceği yükün oransız olarak büyük ölçüde artacağı görülmektedir. Ruhsal rahatsızlığı olan kişiler toplumda damgalanma ve ayrımcılıkla karşı karşıyadır.¹⁰

Ruhsal Bozuklukların Türkiye'ye

Getirdiği Yük: 2000 Yılı için yapılan bir tahmine göre, Türkiye'de ruhsal bozukluklardan sadece unipolar depresif bozukluğun oluşturduğu yük (DALYs) % 6,8 ile istemik kalp hastalığına bağlı % 8,5'lik yükün hemen ardından ikinci sırayı almaktadır. Hastalıkların oluşturduğu yeti kaybına göre yapılan sıralamadaysa, toplam unipolar depresif bozukluklar %14,5 ile ilk sırada; alkol kullanımına bağlı bozukluklar %3,8 ile üçüncü sırada; şizofreni %3,3 ile beşinci sırada ve bipolar afektif bozukluklar ise %2,9 ile yedinci sırada yer alarak, bu ölçüte göre yapılan ilk on sıralamasında toplam %25,5'lik bir kaybı göstermektedir.¹¹

Ruhsal Rahatsızlıkların Ekonomik ve Sosyal Maliyeti:



ekonomik maliyeti çok belirgindir. 1998'de yayımlanan Türkiye Ruh Sağlığı Raporu'na göre, ruhsal rahatsızlıkları 1 hafta ya da daha uzun sürede neden olduğu iş gücü kayıpları (%20,9 ve %11,8) bedensel rahatsızlıkların neden olduğu kayıplara (%15,9 ve %7,5) oranla belirgin biçimde daha yüksektir. Ruhsal rahatsızlıklara bağlı dolaylı maliyetler, gelişmiş pazar ekonomilerinde doğrudan tedavi maliyetlerine iki katından altı katına kadar artan bir yük getirmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde doğrudan tedavi maliyetleri düşüş eğilimi gösterirken, toplam tedavi maliyetlerinin büyük bir bölümünün dolaylı maliyetler olduğu görülmektedir. Aralarında Türkiye'nin de bulunduğu birçok ülkede sosyal kaynaklı sermayesi olan, kapsamlı bir ruh sağlığı hizmeti ağının bulunmaması nedeniyle, aileler bu ekonomik maliyetlerin önemli bir bölümünü karşılayamamaktadırlar. Aileler ayrıca, engeli bulunan aile üyelerinin bakımıyla ilgili duygusal yük, ailede bakımı üstlenen kişinin yaşam kalitesinin azalması, sosyal dışlama ve damgalanma ve kendini geliştirme konusunda gelecekteki fırsatların kaçırılması gibi sosyal bedeller de ödemektedirler.¹²

Notlar:

1. *World Health Day 2001*, World Health Organization, <http://www.who.int/world-health-day> web sitesinde mevcuttur.
2. *Stop exclusion Dare to Care*, WHO, http://www.who.int/entity/world-health-day/previous/2001/files/whd2001_dare_to_care_en.pdf, web sitesinde mevcuttur, 6 Nisan 2001.
3. Bu konuda daha geniş bir bilgi için bkz: Doç. Dr. İsmail TUFAN, *Özgür ARUN, Türkiye Özürlüler Araştırması 2002, İlkincil Analizi*, Proje No: SOBAG-104K077, Ankara: Türkiye Bilimsel ve Teknik Araştırma Kurumu, Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Grubu, Ocak 2006.
4. Yanık, M. (2007), RCHP: Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar, s. 11.
5. *Türkiye Özürlüler Araştırması Temel Göstergeleri*, ÖZİDA, <http://ozida.gov.tr/arastirma/oztemelgosterge.html> web sitesinde mevcuttur.
6. *Ulusal Mevzuat*, Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, <http://www.ozida.gov.tr/yenimevzuat/giris.htm> web sitesinde mevcuttur, 11.12.2007.
7. *Mental Health Atlas: 2005*, Cenevre, İsviçre: WHO, 2005, s. 472, http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/index.html web sitesinde mevcuttur.
8. *T.C. Ruh Sağlığı Politikası*, 2006, Ankara, <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=18582&DOSYASIM=kitaptrenkli.pdf> web sitesinde mevcuttur.
9. A.g.e., s. 41.
10. A.g.e., s.41.
11. A.g.e., s.41.
12. A.g.e., s.41.



TÜRKİYE’DE RUH SAĞLIĞI ALANINA GENEL BİR BAKIŞ

Şehnaz Layikel

1. Türkiye’de Mevcut Durum ve İhtiyaçlar ile İlgili Sayısal Veriler

Sağlık Bakanlığı desteğiyle gerçekleştirilen Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması’nın verilerine göre Türkiye’de nüfusun %18’i yaşam boyu bir ruhsal rahatsızlık yaşamaktadır.¹ Dünyada yapılan çalışmalar, ülkelerin sosyoekonomik durumundan bağımsız olarak her ülkede yaklaşık %1 oranında şizofreni hastası bulunduğunu göstermektedir. Türkiye’de de bu araştırmalara dayanarak en az 800.000 şizofreni hastasının bulunduğu tahmin edilmektedir. Ancak ruh sağlığı sorunları, şizofreniden ibaret değildir. Kişilerin yaşamını önemli ölçüde etkileyen depresyon, bipolar bozukluk, madde bağımlılığı, vb. pek çok ruhsal rahatsızlık bulunmaktadır. Araştırmalar, Türkiye’de ruhsal rahatsızlıkların yaygınlığına karşın, bu alanda hizmet veren profesyonellerin sayısı, oldukça düşüktür. (Bkz. Tablo 1)

Tablo 1: Türkiye’de Sayılarla Mevcut Kaynaklar

	Tahmini uzman sayılar	Kişi başına düşen uzman sayısı
Sağlık kurumlarında görevli psikiyatrist sayısı ²	1205	100.000 kişiye 1,67 psikiyatrist
Sağlık kurumlarında görevli psikolog sayısı ³	995	100.000 kişiye 1,41 psikolog
Sağlık kurumlarında görevli sosyal hizmet uzmanı sayısı ⁴	542	100.000 kişiye 0,77 sosyal hizmet uzmanı
Okullarda görevli psikolojik danışman sayısı ⁵	12753	100 000 okul çocuğuna 124 rehber öğretmen
Psikiyatri hemşiresi		Unvan yeni kabul edildi.
Sağlık kurumlarında görevli hemşire sayısı	92.509	100.000 kişiye 131,03 hemşire
Sağlık kurumlarında görevli sosyal hizmet uzmanı sayısı	6000	100.000 kişiye 8,6 yatak

Tablo 2: Avrupa’da Psikiyatrist Sayıları

Avrupa ülkelerinde 100.000 kişiye düşen hemşire sayısı 669,98 iken, Avrupa Birliği üyesi ülkelerde bu sayı 731,15’i bulmaktadır.²

Ayrıca, Avrupa ülkelerinde psikiyatrist sayıları Türkiye’ye kıyasla hayli yüksektir. (Bkz. Tablo 2)

2. Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Kısa Tarihçesi

Osmanlı İmparatorluğu döneminde ruh sağlığı rahatsızlıklarını tedaviye yönelik ilk kurum, o dönemki adıyla ‘bimarhane’, Fatih Sultan Mehmet döneminde İstanbul’da kurulmuştur. Tedaviler cami, medrese, bimarhane arasında üçlü bir yapıyla uygulanmaktaydı. Bimarhanelerde su ve müzikle tedavi gibi bugün ruh sağlığı hizmetlerine örnek teşkil edebilecek tedavi yöntemleri uygulanmaktaydı. Diğer taraftan, bimarhanelerde hastaların kaldığı koşulların oldukça olumsuz olduğu yönünde bilgiler de mevcuttur. Örneğin bilinen kaynaklara göre, Mazhar Osman hastaları Bakırköy’e taşımadan önce Toptaşı Bimarhanesi’nde karşılaştığı manzarayı şöyle ifade etmiştir:

“Hasta olarak üç yüz kadar canlı cenaze tesellüm ettim. Ne karyoları, ne yatakları, ne yorganları vardı. Çırılçıplak, uyuz ve bitli, aşıktan kılmıdamaya mecali kalmamış, kendi pisliklerinin içinde istirahat eden biçare hastaları o halde gördüğümüz vakit, arkadaşlarımızla beraber gözyaşlarımızı güç zapt edebilmiştik.” ³

Bugünkü ruh sağlığı hastanelerinin ve psikiyatri kliniklerinin ilk örnekleri 1927 yılında Mazhar Osman tarafın-

Avrupa ülkesi	100.000 kişiye düşen psikiyatrist sayısı
Belçika	13,8
Çek Cumhuriyeti	13,2
Danimarka	17,9
Almanya	11,7
Estonya	13,2
Yunanistan	11,6
Fransa	22,5
İrlanda	4,5
Kıbrıs	5,2
Letonya	10,3
Litvanya	17,2
Lüksemburg	10,6
Hollanda	14,2
Avusturya	12,1
Slovenya	7,6
Slovakya	10,7
Finlandiya	18,7
İsveç	16,4
İngiltere	19,8
Bulgaristan	7,8
Portekiz	9,6
Polonya	6,0
Avrupa ortalaması	12

dan Bakırköy’de, 1945 yılında Rasim Adasal tarafından Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde ve İhsan Şükrü Aksel tarafından Çapa Tıp Fakültesi’nde kurulmuştur.

Türkiye psikiyatri tarihinde zamanında oldukça önemli bir ihtiyacı karşılamış, ancak sonradan durdurulmuş ve bugünkü ihtiyaçlara bakıldığında çok önemli bir örnek teşkil edebilecek bir diğer uygulama da ruh sağlığı dispanserleridir. 1960’lı yıllarda kurulan ruh sağlığı dispanserleri, genellikle hastane ya da psikiyatri kliniklerinin şehir merkezinde yer alan şubeleri gibi çalışmaktaydı. Ruh sağlığı dispanserlerinde önleyici-koruyucu ruh sağlığı hizmetleri ile teşhis ve tedavi hizmetleri sunulmaktaydı. Dispanserler sadece binalarında hizmet sunmamakta, hareketli bir yapıyla bağlı bulundukları bölgede ev, okul, işyeri ziyaretleri yoluyla bilgilendirme, sosyal destek, maddi destek, iş edindirme gibi hizmetleri de yürütmektedir. ⁴

Bilinen kaynaklara göre, Türkiye’nin ilk gündüz hastanesi Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’ne bağlı olarak 1970 yılında İstanbul’un Beşiktaş ilçesinde açılmıştır. Öncesinde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’ne bağlı 7 Ruh Sağlığı Dispanseri bulunmaktaydı ve kendi bölgelerine hizmet vermektedirler. Ancak, dönemin ihtiyacından yola çıkılarak ruh sağlığı dispanserlerine ek olarak Beşiktaş’ta bir gündüz hastanesi açılmıştır. ⁵

1960’lı yıllarda sağlık alanında oldukça önemli gelişmeler yaşanmıştır. 12/01/1961/10705 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe giren 224 No’lu “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile sağlıkta eşit, sürekli, entegre, kademeli, öncelikli, katılımlı hizmet, ekip hizmeti, denetlenen, uygun, nüfusa göre hizmet benimsenmiştir. Yatay biçimde örgütlenmiş Verem Savaş Dispanserleri, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Deri ve Tenasül Hastalıkları Dispanserleri, Cüzzam Savaş Dispanserleri, Hudut-sahil ve havalimanı Denetleme Merkezleri bu yaklaşımın ürünleri olmuştur. ⁶ Az önce değinilen ruh sağlığı dispanserleri de bu yaklaşımın bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşımın bir sonucu olarak yukarıda sıralanan ve yatay düzeyde örgütlenmiş sağlık merkezleri süzgeç görevi görerek koruyucu çalışmalar gerçekleştirmiş, ilk müdahaleleri gerçekleştirmiştir. Bu yapıda hastaneler ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar haline gelmiş, ruh sağlığı hastaneleri ise özel dal hastaneleri olarak alanında uzmanlaşmış üçüncü basamak sağlık kurumları olarak işlev görmüştür.

Birinci basamak sağlık hizmetlerine genel sağlık bütçesinden ayrılan oran 1980’lerde bile oldukça yüksektir. ⁷ (Bkz.Tablo 3)

Tablo 3: Türkiye’de 1987 Yılında Sağlık Harcamalarının Dağılımı

Sağlık hizmeti kademesi	Oran
Birinci basamak sağlık hizmetleri	% 60,7
Hastane hizmetleri	% 37,5
Koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri	% 1.8

Günümüzde geline nokta koruyucu ve birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin yok denecek kadar az oluşu, ruh sağlığı hastanelerini birinci adres haline getirmiş ve bu hastanelerin yükünü artırmıştır.

Son yıllarda ruh sağlığı politikaları açısından en önemli gelişmelerden biri 2006 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığı’nın Harvard Üniversitesi Tıp Fakültesi ile işbirliği içerisinde yürüttüğü ve pek çok uzmanın biraraya gelerek hazırladığı Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası metnidir. ¹³ Bu çalışmada kapsamlı ve ihtiyacı karşılayacak düzeyde bir ruh sağlığı politikası için nasıl bir yapıya ihtiyaç olduğu detaylandırılmıştır. Toplum-temelli hizmetlere geçiş vurgusu çalışmanın tamamında göze çarpmaktadır. Çalışmada aşağıdaki alt başlıklar altında ana hedefler şöyle belirlenmiştir: ⁸

Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası Çalışmasında Belirlenen Hedefler

Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Organizasyonu

- *Ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmada karşılaşılan güçlüklerin giderilmesi.*
- *Merkezi ve yerel düzeyde ruh sağlığı hizmetlerinin idaresi ile ilgili mevcut yapının güçlendirilmesi.*
- *Ruh sağlığı alanında ülke ihtiyaçlarının sürekli izlenmesi, değerlendirilmesi ve bilimsel temelli çözümler üretilmesi.*
- *Ruh sağlığı hizmetlerinin olabildiğince merkezilikten çıkarılarak yerelleştirilmesi.*
- *Doğal afet, kaza, travmatik yaşantılar, terör, göç ve kriz potansiyeli yüksek olan ülkemizde bu gibi durumlarda ortaya çıkabilecek acil ve özel ruh sağlığı gereksinimlerinin karşılanması.*
- *Ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin organizasyonu sadece kamunun işi olmaması, özel sektörün de bu sisteme dahil edilmesi.*
- *Ülkemizde ruh sağlığı sistemi içerisinde rehabilitasyon ile ilgili bir örgütlenmeye gidilmesi.*
- *Ülkede ruh sağlığı hizmeti veren kamu ve özel tüm kurum ve kuruluşlar arasında eşgüdümün sağlanması.*
- *Ruh sağlığı alanında hizmet üretiminde meslekler arası koordinasyonun sağlanması.*

Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri

- Ruhsal bozuklukların tedavisi ile ilgili olarak var olan basamaklı tedavi zincirinin iyileştirilerek korunması.
- Tedavide hasta merkezli yaklaşımın benimsenmesi.
- Ruhsal bozukluğu olan bireyin tedavisinin başarıya ulaşması için gerek farmakolojik gerekse psikoterapi ve psikososyal müdahale yöntemlerinin uygulanması.
- Bireysel ve toplumsal sonuçları itibarıyla madde kullanımı bozuklukları ile ilgili tedavilere öncelik verilmesi.
- Toplum temelli tedavi ve rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi.
- Mesleki rehabilitasyon kapsamında işverenlerin eğitimi ve yasalarda belirtildiği oranlarda ruhsal bozukluğu olan kişilerin istihdam edilmesinin sağlanması.
- Ruhsal bozukluğu olan bireylerin aile yanında ya da toplum içindeki bu işle ilgili bakım evlerinde yaşamalarının sağlanması.
- Birey merkezli rehabilitasyon programlarının geliştirilmesi.

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Politikası

- Nüfusun önemli bir bölümünü oluşturan çocuk ve ergenler arasında yüksek risk taşıyan grupların belirlenmesi.
- Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında verilen hizmetin nitelik ve nicelik olarak artırılması ve düzenlenmesi.
- Çocuk ve ergen ruh sağlığı ile ilgili tüm disiplinlerin eşgüdümünün sağlanması, geliştirilmesi ve bu yönde farkındalığın artırılması.

Ruh Sağlığı Hizmetlerinin

Finansmanı

- Ruh sağlığı finansmanının da içinde yer aldığı sağlık hizmetleri finansmanının kapsamının belirlenmesi.
- Sağlığın finansmanında mevcut kaynakların neler olduğu ve nasıl kullanıldığına saptanması.
- Ruh sağlığı hizmeti için kaynak tabanının belirlenmesi.
- Toplanan fonların nasıl paylaşılacağına belirlenmesi.
- Bütçe ile yönetim ve sorumluluk bağının kurulması
- Etkili ve verimli ruh sağlığı hizmetinin gerektiğinde satın alınması

Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Kalitesinin

Geliştirilmesi

- Ruh sağlığı hizmet sunumunda hizmetin niceliğine ek olarak hizmet kalitesinin öneminin bir anlayış olarak yerleştirilmesi.
- Kalitenin bir ölçütü olarak ruh sağlığı ile ilgili uygulama standartlarının belirlenmesi.
- Ruh sağlığı alanında kalitenin uygulanmasında kim-

lerin yetkili olduğunun belirlenmesi.

- Ruh sağlığı hizmetleri için oluşturulan kalite standardının sürekliliğinin sağlanması.

Ruh Sağlığı Alanında Yasal

Düzenlemeler

- İnsanlık dışı, küçük düşürücü, standart dışı tedavi ve bakımları sonlandırmak, Birleşmiş Milletler konvansiyonları ve uluslararası hukuk standartları ile uyum sağlayacak insan hakları ve ruh sağlığı yasasının oluşturulması.
- Psikiyatrik Hasta Haklarını Koruma Yasasının yasalaşması.
- Ruh sağlığı ile ilgili mevzuatın güncelleştirilmesi.
- Çocuk Hakları Sözleşmesi hükümlerinin tam olarak uygulamaya geçmesi için yasal düzenlemelerin yapılması.
- Ruh sağlığı alanında görev yapacak olan meslek elemanlarının kendi mesleklerine ait meslek yasalarının gerek bağımsız olarak gerekse bir çerçeve yasa olarak çıkarılması.

Ruh Sağlığı Alanında Savunuculuk

- Ruhsal bozukluğu olan birey ve ailelerin temel insan haklarından yararlanmalarını sağlayıcı, damgalanmanın ve ayrımcılığın ortadan kaldırılmasını amaçlayan savunuculuk faaliyetlerine öncülük edecek olan Sivil Toplum Kuruluşlarının (STK), işleyişlerinin ve işbirliği yapmalarının kolaylaştırılması.
- Ruh sağlığı hizmeti veren meslek elemanlarının özlük haklarının ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik savunuculuk faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi.
- Politikacıların ve karar vericilerin savunuculuk konusunda bilinçlendirilmesi.
- Toplumun tüm kesimlerinin savunuculuk konusunda bilinçlendirilmesi.
- Ruh sağlığı alanında savunuculuk faaliyetlerinin sürekliliğinin sağlanması.

Ruh Sağlığında Eğitim, Araştırma ve

İnsan Gücü

- Ruh sağlığı alanında yeterli sayı ve nitelikte meslek elemanının eğitilmesi.
- Ruh sağlığı alanında insan gücü planlamasının yapılması ve tüm ruh sağlığı meslekleri için yeterli istihdamın sağlanması.
- Ülkenin ruh sağlığı etkenlerine ilişkin göstergeleri ve verileri sağlamak üzere özgün ve etkili araştırmaların yapılması.

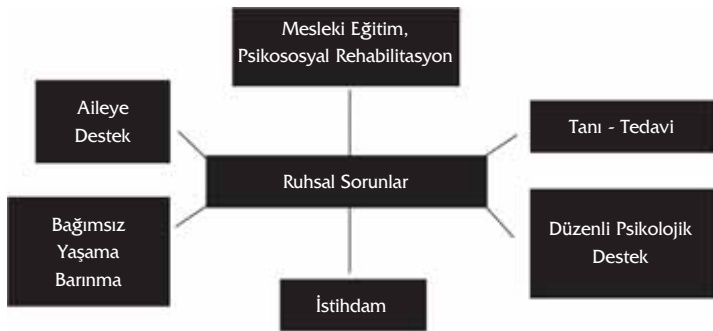
Çalışma ruh sağlığı alanındaki ihtiyaçları özetler niteliktedir ve ruh sağlığı politikalarının planlanma, uygu-

lanma ve denetlenme süreçlerinde hizmetlerden yararlanacak olan ve yararlanan hasta ve hasta yakınlarının, örgütlenmelerinin katılımını özellikle vurgulamaktadır. Ancak, ne yazık ki bu çalışmada belirlenmiş olan hedeflerin hayata geçirilmesini sağlayacak somut bir eylem planı henüz oluşturulmamıştır. Böyle bir çalışmanın bir an önce yapılması ruh sağlığı hizmetlerini uluslararası standartlar yönünde iyileştirmeye yönelik somut adımlar atılması açısından son derece önemlidir.

Son yıllarda ruh sağlığı alanında hastane dışında tedavi, rehabilitasyon ve psikososyal destek olanakları da tartışılmaktadır. Avrupa Birliği Türkiye'ye ilişkin hazırladığı ve Şubat 2008'de kamuoyuna açıkladığı son katılım ortaklığı belgesinde ruh sağlığı alanına ilişkin yeni bir başlık eklemiştir. Bu başlık altında kurum-temelli tedaviden toplum-temelli hizmetlere geçişin ve bunun için bütçe ayrılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır.

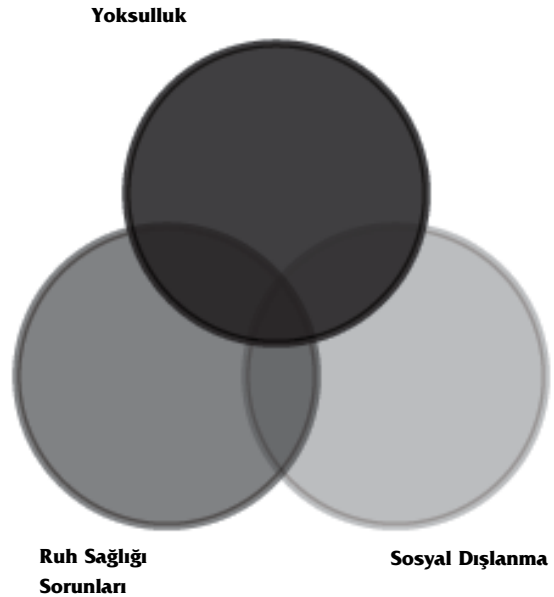
3. Türkiye'de Ruh Sağlığı Sorunları Yaşayan Kişilere Yönelik Mevcut Hizmetler ve Kapasiteleri

Uzun süre psikiyatrik tedavi gerektiren ruh sağlığı sorunları, kişilerin yaşamını sağlık alanı ile sınırlandırmayacak ölçüde etkilemektedir. Uzun süreli ruh sağlığı sorunları yaşayan kişiler tedavi, rehabilitasyon, barınma, eğitim ve istihdam gibi pek çok alanda desteğe ihtiyaç duymaktadır. (Bkz. Şekil 1)



Şekil 1: Ruh sağlığı sorunu yaşayan bireylerin ihtiyaç duyduğu hizmetler.

Psikiyatrik teşhis, çoğu kez sosyal dışlanma ile sonuçlanmakta ve yoksulluğu / yoksullaşmayı beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla yoksulluk, sosyal dışlanma ve ruh sağlığı sorunları biraraya gelerek kişinin yaşamında çok boyutlu bir etki yaratmaktadır. Bu yüzden de psikiyatrik teşhis almış ve uzun yıllar ruh sağlığı sorunları ile yaşamak durumunda olan kişilere yönelik çok boyutlu-psikolojik, sosyal, hukuki, ekonomik boyutları içerecek politika ve uygulamalara ihtiyaç vardır. (Bkz. Şekil 2)



Şekil 2: Ruh sağlığı sorunlarının diğer sosyoekonomik sorun alanlarıyla etkileşimi.

3.1. Tedavi ve Rehabilitasyon

3.1.1. Ruh Sağlığı Hastaneleri ve Genel Hastanelere Bağlı Psikiyatri Klinikleri

Türkiye'de ruh sağlığı tedavi hizmetleri büyük ölçüde bölgesel ruh sağlığı hastanelerine dayanmaktadır. Her coğrafi bölgede bir büyük ruh sağlığı hastanesi bulunmakta ve her bir hastane öncelikli olarak kendi bölgesindeki 12 ila 18 ile hizmet vermektedir.

Yatılı Tedavi Hizmeti

Bu hastanelerdeki toplam yatak sayısı 4.000 civarındadır.¹⁵ Her hastanenin psikiyatrik yatak sayısı ve hizmet verdiği bölge nüfusu Tablo 4'te listelenmiştir.

Bölgesel Ruh Sağlığı Hastaneleri

Her bir hastanenin 12 ila 18 ile hizmet verdiği düşünüldüğünde, yatak sayıları oldukça düşüktür.

Bölgesel ruh sağlığı hastaneleri dışında genel devlet hastaneleri içerisinde 20-60 yatılı hizmet de veren psikiyatri klinikleri bulunmaktadır. Bu kliniklerdeki toplam yatak kapasitesi ise yaklaşık 2.450 civarındadır.

Sonuç olarak, Türkiye'nin devlet hastanelerinde yatılı psikiyatrik tedavi için ayrılmış toplam 6.190 yatak mevcuttur.¹⁰

Hastanelerde ortalama kalış süreleri Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen bir yönetmeliğe göre 21 gün ile sınırlandırılmış olsa da, psikiyatrik teşhis almış kişi-

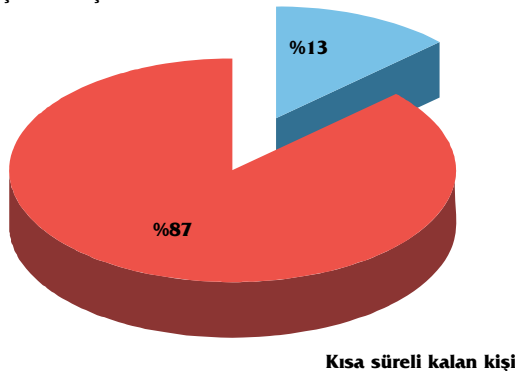
Tablo 4: Türkiye’de Ruh Sağlığı Hastaneleri ve Yatak Kapasiteleri

Bölgesel ruh sağlığı hastanesi	Psikiyatrik yatak sayısı
Prof.Dr.Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1510
Erenköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	305
Dr.Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	644
Manisa Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	600
Elazığ Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	528
Samsun Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	400 (Hastanede çıkan yangından sonra yatak sayısı 220’ye düşmüş)
Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	40
Toplam	4027

lerin bir kısmı sosyal destekten yoksun oldukları için yoksulluk, aile tarafından dışlanma, yeti kaybı gibi sebeplerden dolayı hastanelerde sürekli kalmaktadır. Zaman içerisinde ruh sağlığı hastaneleri, bu kişilere barınma hizmeti veren kurumlar haline gelmiştir. Ruh sağlığı hastanelerinde bu şekilde sürekli kalan kişi sayısının yaklaşık 750 olduğu bilinmektedir.¹¹

Bu verilere göre ruh sağlığı hastanelerinde kalan kişilerin %13’ü yaşamını hastanede geçirmektedir. RUSİ-HAK’ın bölgesel ruh sağlığı hastanelerinde Haziran 2007-Haziran 2008 tarihleri arasında gerçekleştirdiği çalışmalarda 20-30, hatta 50 yıldır hastanede yaşayan hastalarla karşılaşmıştır. (Bkz. Şekil 3) Aynı araştır-

Ruh sağlığı hastanelerinde sürekli kalan kişi sayısı yaklaşık 750 kişi



Şekil 3: Ruh sağlığı hastanelerinde sürekli ve kısa süreli kalan kişi dağılımı.

mada elde edilen bir diğer bulgu da kısa süreli tedavi için hastalıklarının şiddetlendiği dönemlerde hastaneye başvurup yaklaşık üç haftalık tedavi süresinin sonunda evine, ailesine, dışarıdaki yaşamına dönen kişilerin yaşamları boyunca sıklıkla tekrar tekrar hastaneye başvurdıkları olmuştur. Dolayısıyla bir kez psikiyatrik teşhis almış bir kişinin yıllarca ruh sağlığı hastaneleriyle ilişkisi sürmekte ve defalarca hastaneye yatmaktadır. Hastane başhekimleriyle yapılan görüşmelerde hakim görüş hastaneye her yatışın kişiyi sosyal yaşamdan koparan bir yanının olduğu, toplum içerisinde tedavi ve rehabilitasyon olanakları olmadığından hastalık ve tedavinin seyri açısından her seferinde adeta başa dönüldüğü şeklindedir.

Ayaktan Tedavi Hizmeti

Ruh sağlığı hastaneleri ve devlet hastanelerine bağlı psikiyatri kliniklerinde yatılı tedavinin yanısıra ayaktan tedavi hizmeti de sunulmaktadır. Hastanelere ayaktan tedavi için başvuran kişi sayısına ilişkin net bir veri elde edilememiştir. Hastane yönetimleriyle yapılan görüşmelerde büyük ruh sağlığı hastanelerinde günde ortalama 500 kişiye ayaktan tedavi hizmeti sağlandığı belirtilmiştir. Ancak başvuruların çok yoğun olduğu, bazı ruh sağlığı hastanelerinde bir psikiyatri uzmanının günde 40-50 hastaya bakmak zorunda kaldığı, bir hastaya ayrılabilen sürenin 5-10 dakika ile sınırlı kaldığı, bunun sonucunda da ilaç takibi, doz ve sıklık düzenlemeleri dışında pek hizmet verilemediği anlaşılmıştır.

Genel Sağlık Hizmetleri İçerisinde Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Yeri

Harvard Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Hacettepe Üniversitesi ile Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan işbirliği anlaşması ile 2002 yılında başlatılan, sonuçları 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ve Türkiye’nin ruh sağlığı politikasına ilişkin oldukça kapsamlı bir reform planı öneren Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası metninde toplum-temelli hizmetlere geçiş için önerilen reformlardan biri de ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde yer almasıdır.¹² Mevcut durum göstermektedir ki, Türkiye’de ruh sağlığı sorunları yaşayan kişiler genelde doğrudan ruh sağlığı hastanelerine ya da genel hastanelerin psikiyatri kliniklerine başvurmakta ya da yönlendirilmektedir. Mevcut sağlık hizmetleri içerisinde etkili bir önleme ve eleme sistemi bulunmamaktadır. Bu da ruh sağlığı hastanelerinin yükünü büyük ölçüde arttırmakta, hasta ve hasta yakınlarına da önemli külfetler getirmektedir. Araştırmalara göre birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan doktorların ruh sağlığı sorunları yaşayan kişilere yönelik ciddi önyargıları bulunmaktadır. 2002 yılında, Adana, İs-

tanbul, Trabzon, Diyarbakır ve Bolu’da 123 sağlık ocağında çalışan 300 hekimle yürütülen bir araştırma birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin şizofreni teşhisi almış kişilere karşı önyargularını ortaya koymaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin çoğu şizofreninin ruhsal bir zayıflık hali olduğunu düşünmekte, 80’i tam olarak düzelmeyecek bir hastalık olduğunu düşünmektedir. Araştırmaya katılan hekimlerin %63’ü şizofreni hastalarının toplum içerisinde serbest dolaşmaması gerektiğini düşünmekte, %73’ü saldırgan olduklarını düşünmekte, %87,3’ü kendi hayatlarıyla ilgili doğru kararlar alamayacağını düşünmektedir. Yine aynı araştırmada hekimlerin %80’i bir şizofreni hastası ile birlikte çalışmayacağını, %96,7’si evlenmeyeceğini, %71’i şizofreni teşhisi almış bir komşusu olmasından rahatsız olacağını, %73,7’si evi olsa bir şizofreni hastasına kiralamayacağını belirtmiştir.¹³

RUSİHAK’ın ruh sağlığı hastanelerinde yürüttüğü araştırmada da sık sık dile getirilen sorunlardan biri psikiyatrik tedavi gören hastaların genel sağlık sorunları yaşadıklarında karşılaşılan zorluklar olmuştur. Pek çok hemşire, hekim, hastabakıcı ve hasta yakını genel tıbbi tedavi için genel hastanelere sevk edilen psikiyatri hastalarının ayrımcılıkla karşılaştığını, 112 ambulanslarının bu hastaları taşımayı reddettiğini ya da bu konuda zorluklarla karşılaştığını, refakatçi olmadan hastaneye kabulde zorluklar yaşandığını, tedavileri tamamlanmadan taburcu edildiklerini, vb. ifade etmiştir.

Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içerisinde ruh sağlığı hizmetlerine genel sağlık bütçesinden pay ayrılmaktadır. Bu pay son yıllarda artmış olsa da net bir ruh sağlığı bütçe politikası bulunmamaktadır. Türkiye Psikiyatri Derneği ve proje kapsamında görüşülen pek çok sağlık personeli, ruhsal rahatsızlığı bulunan kişilerin hizmetlerine devletçe ayrılan bütçe yetersiz kaldığı sürece, ruh hastalarının toplum içinde rehabilitasyon ve tedavisi için gerekli alt yapının kurulamayacağı görüşündedir.

3.1.2. Gündüz Hastaneleri

Bugün gelinen noktada 1970’lerde var olan ruh sağlığı dispanserlerine benzer bir yapı kalmamış, ruh sağlığı hastaneleri ve genel hastanelerin psikiyatri klinikleri ayaktan tedavi hizmetini neredeyse tümüyle üstlenmiş durumdadır.

Türkiye’de ruh sağlığı hastaneleri ve üniversite hastaneleri bünyesinde şu anda oldukça sınırlı sayıda, ancak giderek yaygınlaşan bir uygulama ile hasta ve hasta yakınlarının gündüzleri giderek çeşitli rehabilitasyon,

eğitim ve uğraş etkinliklerine katılabildiği gündüz hastaneleridir. Gündüz hastanelerinin temel amacı, psikiyatrik tedavi sonrasında hastaların sosyal yaşama uyum süreçlerine katkıda bulunmak ve hastaneye tekrar yatışları önleyebilmek olarak tanımlanabilir.

2007 yılında gerçekleştirilen III. Özürlüler Şurası’nda gündüz merkezlerine özel bir vurgu yapılmış, aşağıdaki tanımlama kabul edilmiştir;

“Gündüzlü hizmetler, bakıma muhtaç kişinin kendisine olan saygısını arttırarak güçlenmesini, bağımsız yaşamasına yardım ederek yaşam kalitesinin yükseltilmesini amaçlar. Özürlünün toplumla bağlarını koparmadan sosyal, eğitsel, mesleki ve serbest zaman değerlendirme faaliyetleri aracılığıyla gelişmelerine destek olur. Bu hizmetlerin verildiği kurumlardan birisi gündüz merkezleridir. Bu merkezler değişik amaçlara yönelik olduğu gibi, tek bir amaca (örneğin; serbest zaman değerlendirme gibi.) yönelik olarak da hizmetlerini planlayabilir. Temel amaçları, sağlık, spor, beslenme, rehabilitasyon, diyet, kişisel bakım, hukuksal ve mali sorunlara yardım, serbest zamanların değerlendirilmesi, tatil ve gezilerin düzenlenmesine yönelik hizmet ve programları sunmak olan bu merkezler, hizmetlerini sürekli çeşitlendirmek durumundadır.”¹⁴

Türkiye’de bilinen aktif 3 gündüz hastanesi bulunmaktadır:

Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne bağlı Gündüz Hastanesi (2006’dan bu yana hizmet vermektedir), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Gündüz Hastanesi (1988’den beri hizmet vermektedir), Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi (2006’dan bu yana hizmet vermektedir). 2004 yılında faaliyete geçen Koçeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Gündüz Hastanesi ise ne yazık ki maddi yetersizlikten dolayı bir süre önce kapatılmak zorunda kalmıştır.

Gündüz hastanelerinin, hizmetlerinden faydalanan hastalar üzerine yapılan araştırmalarda, oldukça yüksek fayda sağlayan uygulamalar olduğu görülmektedir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi’ne bağlı gündüz hastanesinde 51 şizofreni hastasının katılımıyla gerçekleştirilen ve hastaların gündüz hastanesine gelip gitmeye başlamadan önceki beş yılları ile sonraki beş yıllarını karşılaştıran bir araştırmaya göre:

- *Gündüz hastanesi hizmetinden faydalanan 51 hastadan 8’i çalışabilir duruma gelmiş, 5’i de evlenmiştir.*
- *Gündüz hastanesi deneyimi hastalar üzerinde hastalığın nüks etmesi ve yeniden hastaneye yatmak zoun-*



da kalmanın yıkıcı etkisini azaltmaktadır.

- Gündüz hastanesi hizmetinden faydalanan hastaların işlevsellik oranlarında kayda değer bir artış görülmektedir.
- Hastaların gündüz hastanesi tedavileriyle kazandıkları beceriler kısa sürede ortadan kaybolmamakta, gündüz hastanesi tedavilerinin özellikle hastalığın nüksetmesinden koruyucu etkisi tedavi tamamlandıktan sonra da devam etmektedir.¹⁵

Diğer ruh sağlığı hastaneleri ve bazı üniversite hastanelerinde de gündüz hastanesi kurma çalışmaları devam etmektedir. Bunlar arasında Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nın gündüz hastanesi projeleri kamuoyuna yakın zamanda yansıyanlar arasında sayılabilir. RUSİHAK'ın ruh sağlığı hastanelerinde yürüttüğü araştırmada hemen hemen tüm ruh sağlığı hastanelerinde de benzer çalışmaların planlandığı görülmüştür.

3.1.3. Yerel Yönetimlerin Psikososyal Rehabilitasyon Projeleri

Son yıllarda yerel yönetimler de psikiyatrik teşhis almış kişilere yönelik projeler geliştirmektedir. Bu bölümde yerel yönetimlerin ruh sağlığı alanında başlattığı projelerden iki örneğe yer verilecektir.

Bahçelievler Belediyesi Sevgi Evi

2007 yılında İstanbul'un Bahçelievler ilçesinde hizmete giren, Bahçelievler Belediyesi ve Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi işbirliği ile başlatılan Sevgi Evi'nde özellikle şizofreni teşhisi almış kişilere yönelik faaliyetler yürütülmektedir. Hastalar, gündüzleri bu merkeze gelerek çeşitli sanatsal etkinliklere katılabilmekte, psikososyal desteklere ulaşabilmektedir.

Aile ve Kadın Danışma Merkezleri

Aralarında İstanbul, İzmir, Van, Adapazarı'nın bulunduğu bazı illerde belediyelerin ve çeşitli sivil toplum kuruluşlarının aile ve kadına yönelik danışma merkezleri bulunmaktadır. Bu merkezlerde kadınlara ve ailelere yönelik çeşitli psikososyal destek faaliyetleri yürütülmekte. Şu anda İstanbul'da 30 adet kadın ve aile sağlığı merkezinde psikolojik danışmanlık hizmetleri sunulmaktadır. Bu tür danışma merkezi çalışmaları ruh sağlığı alanında koruyucu hizmetler arasında sayılabilir.

3.1.4. Sivil Toplum Kuruluşlarının Psikososyal Destek Faaliyetleri Şizofreni dernekleri

Türkiye'de şizofreni teşhisi almış kişilerin ve yakınlarının kurduğu ve yürüttüğü, ilki 1996 yılında kurulmuş olan toplam 16 dernek bulunmaktadır. Toplam 10 ilde bulunan ve giderek yaygınlaşan bu dernekler, şizofreni

zofreni hastaları ve yakınları için sosyal dayanışma ortamı sağlamakta, çeşitli etkinlikler yoluyla hastalığın kamuoyuna tanıtılması, hasta ve hasta yakınlarının yaşadığı sıkıntıların gündeme getirilmesi yönünde çalışmaktadır. Derneklerde sanat, spor, el işi gibi alanlarda hastalara yönelik uğraş çalışmaları yürütülmekte, hasta ve hasta yakınlarına yönelik grup terapileri gerçekleştirilmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarına cevap verme yönünde çok önemli bir boşluğu dolduran bu tür dernekler, kısıtlı olanaklarla ve gönüllü çabalarla hizmet sunduğundan çalışmaları geniş çaplı olamamaktadır.

Bipolar bozukluk ile ilgili dernekler

Türkiye’de bipolar bozukluk tanısı almış kişiler ve yakınlarına yönelik destek faaliyetleri yürütme amacıyla kurulmuş ve merkezi İstanbul’da bulunan bir dernek vardır. Bipolar Yaşam Derneği adındaki bu dernek de şizofreni derneklerine benzer bir çalışma yapısına sahiptir.

Farklı alanlarda çalışma yürüten STK’lar

Kendilerini ruh sağlığı alanı ile sınırlandırmaları da risk altındaki çocuklar, kadınlar, göçmenler, sığınmacı ve mülteciler, zorunlu göç mağduru gruplar, vb. gruplara yönelik psikososyal destek projeleri yürüten pek çok sivil toplum kuruluşu bulunmaktadır. Bu tür çalışmalar, özellikle önleyici ve acil ihtiyaçlara cevap veren ruh sağlığı projeleri olarak değerlendirilebilir.

3.2. Barınma ve Rehabilitasyon

Türkiye’de psikiyatrik teşhis almış kişilerin büyük çoğunluğu aileleriyle yaşamaktadır. Ancak, yoksulluk, sosyal dışlanma gibi sebeplerden dolayı aslında tedavi için başvurdukları ruh sağlığı hastanelerinde ve SHÇEK’e bağlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde yaşamlarını sürdürmek zorunda kalan hastaların sayısı da azımsanmayacak kadar fazladır. Ruh sağlığı hastanelerindeki 4.000 psikiyatri yatağının 750’sinde bu kişilerin kaldığı bilinmektedir. SHÇEK’e bağlı yatılı bakım kurumlarında ise psikiyatrik teşhis almış en az yüzde 30 oranında kişinin kaldığı bilinmektedir. Barınma hakkına erişemeyen bir diğer grup da hiçbir tıbbi, sosyal ve ekonomik desteğe ulaşamadığı için sokaklarda yaşamak zorunda kalan kişilerdir. Tahmini verilere göre İstanbul’da en az 250 kişinin bu şekilde sokakta yaşamakta olduğu söylenmektedir.¹⁶

Aileye dönüş çabaları

Ruh sağlığı sorunları yaşayan kişilerden sosyal dışlanma sebebiyle uzun yıllar hastanede barınmak zorunda kalanları için bazı hastaneler geçtiğimiz birkaç yıl içerisinde bu kişileri yeniden ailelerine döndürme giri-

şimleri başlatmıştır. Ancak, RUSİHAK araştırmasında ortaya çıkmıştır ki, söz konusu hastalar uzun yıllardır hastanede kaldığından, onları yeniden sosyal yaşama kazandırma konusunda pek çok zorlukla karşılaşmaktadır. Bu zorluklar şu şekilde özetlenebilir:

- İhtiyaç duyduğu sosyal ve ekonomik desteklere ulaşamayan ailelerin hastalarını yeniden yanlarına alma konusundaki isteksizliği;
- Aile-hasta arasında yıllardır ayrı kalmış olmanın getirdiği kopukluk;
- Hastaların uzun yıllardır ruh sağlığı sorunları yaşamaktan ve kurumda yaşamış olmaktan kaynaklanan yeti kayıpları;
- Hastaların iş bulma olanaklarına sahip olmaması;
- Psikiyatrik teşhis almış kişilere yönelik ayrımcılık ve dışlama eğilimleri

Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yürütülen ve uzun yıllardır hastanede kalan hastaları ailelerine geri döndürme çabaları sonunda toplam 450 hastadan ancak 41’i ailesinin yanına dönebilmiştir.

Darülaceze Kurumu

İstanbul Büyükşehir Belediyesi’ne bağlı Darülaceze Kurumu yardıma muhtaç kişilere barınma hizmetinin yanı sıra sağlık, psikososyal destek gibi hizmetler sunmakta. Kuruma ait Kayışdağı’ndaki tesiste kurumun mevzuatında “psikiyatrik teşhis almış kişiler kabul edilmez” ibaresi olmasına rağmen bu kişiler için İstanbul’da herhangi başka bir barınma imkânı olmadığından ihtiyaca cevap vermek adına ruhsal rahatsızlığı olan kişiler de kabul edilmekteydi. Mevzuattaki ibare geçtiğimiz aylarda değiştirilerek yasal engel kaldırıldı ve Sarıyer’de yalnızca psikiyatrik teşhis almış kişilerin kalabileceği 250 kişilik bir merkezin inşaatı tamamlanmak üzeredir.

SHÇEK Akhisar Projesi

Bilinen bir diğer barınma projesi, Manisa’ya bağlı Akhisar ilçesinde SHÇEK’in ildeki bakım ve rehabilitasyon merkezinde kalan psikiyatrik teşhis almış kişilerin yerleştirileceği yatılı merkezidir. SHÇEK bünyesindeki zihinsel engellilere yönelik bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış kişilerin birarada bulunmasından kaynaklanan sorunlara bir çözüm olarak düşünülen projenin henüz Türkiye’de başka bir örneği bulunmamaktadır. 80 kişilik bu merkezin bölgede yaşayan psikiyatrik teşhis almış kişilere açık olmaması, sadece SHÇEK bünyesindeki kişileri kabul etmesi açısından proje ihtiyacı karşılamada yetersiz kalacak gibi görünmektedir.

Cep Darülaceze

Darülaceze Kurumu'nda kalan psikiyatrik teşhis almış kişilerin toplum içerisinde yaşamasını hedefleyen bir çalışmadır. Kurumun İstanbul'da merkezi konumda evler kiralarak psikiyatrik teşhis almış bazı sakinlerinin buralara yerleştirilmesi planlanmaktadır. Bakırköy hastanesiyle işbirliği ile yapılması planlanan bu çalışma kapsamında evlerin gezici destek ekibi tarafından düzenli olarak ziyaret edilmesi, yerinde psikososyal destek ve sağlık hizmeti sunulması öngörülmektedir. Bu projenin, uluslararası insan hakları ilkelerinde öngörülen toplumsal yaşama eşit katılım hakkını hayata geçirme konusunda örnek teşkil edebilecek bir çalışma olarak nitelendirilebilir. Buna ek olarak Darülaceze'nin Sarıyer'de inşa ettiği 250 kişilik bir barınma merkezi vardır.

Korumalı evler

Toplumsal yaşama katılım hakkı açısından bir diğer örnek çalışma Elazığ'da gerçekleştirilmiştir. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ile Hollanda'daki Meerkanten psikiyatri kliniği arasındaki işbirliğiyle, Hollanda Hükümeti'nin desteği ile yürütülmekte olan bir proje kapsamında hastanede uzun yıllardır kalan şizofreni hastaları için korumalı evler kurulmuştur. Hastalar eğitim çalışmalarından sonra hastane dışındaki yaşama yeniden adapte olabilmeleri için hastane tarafından düzenlenen evlere yerleştirilmekte, ruh sağlıkları ve maddi durumları açısından bağımsız olmayı başarabilecekleri zamana kadar burada yaşamalarını sürdürmektedir. 12 şizofreni hastası korumalı evlerde yaşamaktadır. Projenin amaçları, proje ekibi tarafından aşağıdaki gibi ifade edilmektedir:

- *Proje dahilindeki şizofreni hastası bireylere belirtilere rağmen kaliteli yaşanabileceğini göstermek.*
- *Şimdiye kadar pekiştirildiği düşünülen umutsuzluklarının üstesinden gelmelerini sağlamak.*
- *Toplum içinde sağlıklı bireyler gibi davranma/iletişim kurma yetilerini (sosyal becerilerini) rehabilite etmek.*
- *Günlük yaşam, kendine bakım, çevresel hijyen konularında işlevselliği arttırmak.*
- *İstek ve ilgisi olan bireylere okuma/yazma becerisi kazandırmak.*
- *İlgi, yetenek ve işlevsellik düzeylerine uygun mesleğe yönelik eğitim sunabilmek.*
- *Mesleki çalışmaya yönelik uygun fırsatları kollamak, gerekirse uygun çalışma ortamları hazırlamak.*¹⁷

3.3. Mesleki Eğitim ve İstihdam

Psikiyatrik teşhis almış kişilerin toplumsal yaşama katılımlarının önündeki en büyük engellerden biri de istihdam sorunudur. Genellikle yirmili yaşlarda başlayan belirtiler ve alınan teşhis pek çok kişinin eğitim yaşa-

mini yanda bırakmasına sebep olmakta, bir meslek edinemedi ya da mesleklerinde deneyim kazanamadan işsiz yaşamlarıyla sonuçlanmaktadır. Bu da kişinin ekonomik olarak aileye bağımlı hale gelmesi, dolayısıyla kendisini özerk hissedememesine neden olmaktadır.

Eğitim ve iş yaşamında karşılaşılan zorlukların ardında pek çok sebep yatmaktadır. Eğitim ve sınav süreçlerinde bu gruba özel olarak tasarlanmış düzenlemeler ve uygulamalar olmadığından, engelli kotasından işe alımlarda genellikle çok göze batmayan fiziksel engellilik durumları tercih edildiğinden, hastalık nedeniyle kişinin çalışma performansında düşüklük olması ve buna uygun iş ortamlarının (daha az saatlerde, düşük yoğunluklu işler, vb.) bulunmaması eğitim ve istihdam alanında ciddi boyutta bir sosyal dışlanma ile sonuçlanmaktadır.

Türkiye'de psikiyatrik teşhis almış kişilerin istihdamına yönelik kapsamlı bir politika ya da çalışma bulunmamaktadır. Psikiyatrik teşhis almış kişiler 'özürlü raporu' varsa istihdamda engelli kotası¹⁸ ya da korumalı işyerleri¹⁹ gibi engellilere tanınan genel haklardan yararlanabilmektedir.

Yalnızca psikiyatrik teşhis almış kişileri mesleki anlamda güçlendirmeye ve istihdam sağlamaya yönelik bazı sivil toplum kuruluşlarının ve yerel yönetimlerin projeleri bulunmaktadır. Ancak bunlar yerelde küçük ölçekli projeler olup, genel ihtiyacı karşılayamamaktadır. Bu projelerden biri Şizofreni Dostları Derneği'nin Sosyal Riski Azaltma Programı kapsamında Dünya Bankası desteğiyle başlattığı ve 2006'dan bu yana devam eden mum üretim atölyeleri projesidir. Bu projeden yaklaşık 20 kişi yararlanmıştır. Bir diğer çalışma ise Konya Büyükşehir Belediyesi ile Şizofreni Gönüllüleri Derneği tarafından gerçekleştirilen 'Hayata Köprü Projesi' kapsamında şizofreni hastalarına yönelik meslek edindirme kurslarıdır.²⁰

Ayrıca İstanbul Şizofreni Derneği gibi başka derneklerin de meslek edindirmeye yönelik çabaları vardır.

3.4. Önleyici Ruh Sağlığı Hizmetleri

3.4.1. Okullarda Sunulan Rehberlik ve

Psikolojik Danışmanlık Hizmetleri

Türkiye'de ruh sağlığı alanında sunulan önleyici hizmetlerin başında ilköğretim kurumlarında ve liselerde sunulan psikolojik danışmanlık ve rehberlik hizmetleri gelmektedir. Ancak yapılan araştırmalar göstermektedir ki, öğrenci sayısı ile karşılaştırıldığında mevcut rehber öğretmen sayısı oldukça yetersizdir. Türk Eğitim Derneği'nin (TED) 2007'de hazırladığı bir rapora

göre yaklaşık 35 bin ilköğretim okulunda 10 milyon öğrenci okuyor, rehber öğretmen sayısı ise 6 bin. Çalışmada görüşülen 8. sınıf öğrencilerinin yüzde 46,3'ü ilköğretim sonrası tercihleri için rehberlik hizmetinden yararlanamadığını belirtmektedir.²¹

Okullardaki rehberlik ve psikolojik danışmanlık servislerine ek olarak ilçe düzeyinde örgütlenmiş Rehberlik Araştırma Merkezleri (RAM) bulunmaktadır.

3.5. Özel Sektör Tarafından Sağlanan Hizmetler

Türkiye’de psikoterapi, danışmanlık gibi psikiyatrik ilaç tedavisi dışında kalan ruh sağlığı hizmetleri neredeyse tümüyle özel kurumlar tarafından sağlanmaktadır ve böyle bir hizmeti satın alma gücü olan oldukça sınırlı bir kesimin erişimindedir. Daha önce de değinilen yerel yönetimlerin kurduğu aile danışma merkezlerinde ve bazı sivil toplum kuruluşlarının çalışmalarında belirli kesimlere danışmanlık hizmeti sunulmaktadır. Ancak bu çalışmalar da ulusal bir ruh sağlığı politikası kapsamında sağlanan kamu hizmetleri olmadığından sınırlı bir kapasite ile uygulanmaktadır ve belirli gruplara yöneliktir. Anayasamızın 17. maddesine göre herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. 56. maddesi de Devlete, herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama görevi vermiştir.

Buna rağmen psikolojik destek hizmetlerine kamu hizmetleri içerisinde gereken önem verilmemektedir.

3.6. Ailelere Yönelik Destek Hizmetleri

Psikiyatrik teşhis almış bireylerin ailelerine yönelik kamu kurumlarında sağlanan sistematik bir destek hizmeti bulunmamaktadır. Kimi hastanelerde hasta hakları birimi ya da başhekimliklerin organize ettiği eğitim seminerleri yapılmaktadır, ancak bunlar bir ruh sağlığı politikası kapsamında planlanmış hizmetler değildir. Sadece sınırlı sayıdaki gündüz hastanelerinde ailelere yönelik sistematik faaliyetler yürütülmektedir. Ailelere yönelik en büyük destek yine kendilerinden gelmektedir. Şizofreni demekleri gibi hasta ve hasta yakınlarının kurduğu dernekler, ailelere yönelik bilgilendirici ve yaşanan zorluklarla baş etmeye yönelik çalışmalar yürütmektedir.

3.7. Psikiyatrik Teşhis Almış Bireylerin ve Ailelerinin Savunuculukla İlgili Faaliyetleri

Ruh sağlığı sorunları yaşayan kişiler ve yakınları uzun yıllardır yaşadıkları sorunları kurdukları dernekler aracılığıyla çeşitli ortamlarda dile getirmektedir. Ancak ruh sağlığı alanında yeterli sayıda ve kapasitede haktemelli örgütlenme olmadığından bu çabalar verimli sonuçlar doğuramamaktadır. Ruh sağlığı Türkiye’de henüz son birkaç yıldır bir insan hakları olarak algılanmaya başlamakta, haktemelli çalışmalar sınırlı kapasitede de olsa güçlenmektedir.



Ayrıca, 2006 yılında şizofreni derneklerini bünyesinde barındıran bir Şizofreni Dernekleri Federasyonu kurulmuştur. Federasyon, kamuoyunda farkındalık yaratmaya çalışmaktadır.

NOTLAR:

1. Yanık, M. (2007). RCHP: *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*. s.11
2. Sağlık Bakanlığı ve Yüksek Öğrenim Kurumu (2008). *Türkiye Sağlık İnsan gücü Durum Raporu*, Ankara.
3. <http://www.aksyon.com.tr/detay.php?id=26380> [Erişim tarihi:20.08.2008]
4. Tanaltay, E. (2002). *Modern ruh sağlığı dispanserleri*. Bayülkem, F. (2002). *Türkiye'de Psikiyatri-Nöroloji ve Nöroşirurji'nin Tarihi Gelişimi*. Roche Yayınları, İstanbul. içinde, 223-229.
5. Bayülkem, F. (2002). *Türkiye'de Psikiyatri-Nöroloji ve Nöroşirurji'nin Tarihi Gelişimi*. Roche Yayınları, İstanbul.
6. *Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun*. Kanun No: 224, Resmi Gazete: 12/01/1961/10705
7. *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 1995*. Yayın No:579. Hazırlayanlar: Yalçın M.,Bardak M. Ankara, 1996
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2006). *Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası*.
9. A.g.e., s.149
10. Yanık, M. (2007) RCHP: *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*. s. 14.
11. A.g.e s.14
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2006). www.saglik.gov.tr/TSHGM/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANA=18582&DOSYASIM=kitaptrrenkli.pdf [Erişim tarihi:07.08.2008]
13. Aker, T. vd. (2002) Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1): 5-13.
14. <http://www.psikiyatri.org.tr/NewsPopUp.aspx?Id=210> [Erişim tarihi:07.08.2008]
15. Kendi, M. ve Güney, M. (2001). Gündüz hastanesi izlem çalışması, *Kriz Dergisi* 12(1), s.1-19.
16. Prof.Dr.Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi Medaim Yanık ile kişisel görüşme.
17. www.esreh.com [Erişim tarihi:10.08.2008]
18. Yasal olarak, 50 ve üzeri işçi çalıştıran işyerlerinin %4 oranında engelli istihdam etme zorunluluğu vardır.
19. İş-Kur'un 30 Mayıs 2006 tarihinde yayınladığı yönetmelik ile göre normal işgücü piyasasına kazandırılması güç olan engellilere yönelik mesleki rehabilitasyon ve istihdam imkanı yaratmak amacıyla kurulan işyerlerine donanım temini, vergi indirimi, vb. belli teşvikler sağlanmaktadır.
20. <http://www.merhabagazetesi.com.tr/eski/arsiv/2007/02/12/g4.htm> [Erişim tarihi: 10.08.2008]
21. <http://www.bianet.org/bianet/kategori/bianet/107903/bakanlik-rehber-ogretmen-kadrosunu-iki-katina-cikarmak-zorunda> [Erişim tarihi:10.08.2008]



TÜRKİYE’DE ZİHİNSEL ENGELLİLİK ALANINA GENEL BİR BAKIŞ

Fatma Zengin Dağıdır

1. Türkiye’de Zihinsel Engellilikle ilgili Sayısal Veriler

Özürlüler İdaresi Başkanlığı’nın Devlet İstatistik Enstitüsü’ne yaptırdığı 2002 “Türkiye Özürlülük Araştırması”na göre, toplam nüfus içindeki özürlü oranı %12,29’dur.¹ Türkiye’deki zihinsel engelli sayısı ise, özürlülük oranı tablosunda %0,48 olarak belirtilmiştir.² 2006’da yapılan ikincil analizde sadece zihinsel engeli bulunan kişi sayısı 331.242, çift engeli bulunan gruplarla birlikte zihinsel engelli sayısı 492.038 olarak belirlenmiştir.³ Başka kaynaklar ise, Dünya Sağlık Örgütü’nün tahmini değerlerine göre bu sayının 700.000-1500.000 arasında olabileceğini belirtmektedir.

Bu araştırmada “Zihinsel Özürlü: Çeşitli derecelerde zihinsel yetersizliği olan kişidir. Zekâ geriliği olanlar

Tablo 1. Zihinsel engellilerin yaşa, cinsiyete ve yaşanan yere göre dağılımı % (ÖZİDA, 2002)

Toplam	0-9 yaş	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+	Kent	Kır	Kadın	Erkek
0,48	0,42	0,58	0,65	0,54	0,39	0,26	0,27	0,31	0,38	0,64	0,38	0,58

(mental retardasyon), Down Sendromu, Fenilketonüri (zekâ geriliğine yol açmışsa) bu gruba girer.” tanımı kullanılmıştır. Otizm, Asperger sendromu, beyin felci gibi bozukluklara bağlı zihinsel yetersizliği olanların bu gruba girip girmediği belirtilmemiştir. Bu grupların sayıları eklendiğinde zihinsel engelli kapsamına girebilecek kişi sayısı oldukça artacaktır. Örneğin Otizm Platformu ülkemizde 280.000 otistik olduğunu belirtmektedir.⁴ (Tanımlama ve sınıflamayla ilgili sorunlar ve yeni yaklaşımlar bir sonraki başlıkta kısaca tartışılmaktadır.)

Aynı araştırmaya göre, zihinsel engellilerin (diğer bedensel engelli kişilerle birlikte) yaş ortalaması 34 olarak verilmiş, genel nüfusun ortanca yaşının 26 olduğu belirtilmiştir. Zihinsel engellilerde yaşlara, cinsiyete ve yaşanan yere göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir.⁵

Bu verilere göre, zihinsel engelli nüfusunun büyük çoğunluğu 0-40 yaş arasındadır. Tedavi, eğitim, üretkenlik ve bağımsız yaşamayla ilgili hizmetlere en çok ihtiyaç duyulan bu yaşlarda ne yazık ki ülkemizde bu bireylere yeterli destek sağlanamamaktadır. Zihinsel engellilerin tedavi olma oranları %18,07’dir. Yani 5 zihinsel engelliden ancak biri tedavi olanağına sahiptir.⁶

2007 ÖZİDA araştırmasının 2006 ileri analiz sonuçlarına göre, sağlık, eğitim, bakım, istihdam, danışmanlık ve sosyal etkinliklerden yararlanma durumları sorulduğunda, zihinsel engellilerde olumlu yanıtların oranı, sağlık hizmetlerinden yararlanma dışında oldukça düşüktür. (Bkz. Tablo 2)

Tablo 2. Zihinsel Engellilerin hizmetlerden yararlanma durumu (ÖZİDA, 2006)

Sağlık	Eğitim	Bakım	Meslek	Danışmanlık	Kültürel
%48,2	%13,5	%7,9	%0,9	%1,9	%1,5

1.2. Zihinsel Engellilikte Tanım ve Sınıflama Sorunları

Zihinsel engelliliğin çok genel bir kavram olup zekâ katsayısına göre belirlenmiş olması pek çok sorun yaratmaktadır. Tarihsel ve bilimsel gelişmelere bağlı olarak farklı şekilde ortaya çıkan tanı çeşitleri, sayıların belirlenmesini olduğu kadar, verilen hizmetleri de etkilemektedir. Tanımlama ve sınıflama, verilen hizmetlerin organizasyonunu, türlerini, yetkili kurum-

ları, yasal hakları da belirlemektedir. Gerek Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu’na bağlı kurumlarda, gerekse Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı özel eğitim ve rehabilitasyon kurumlarında çalışmalar halen hastalık ya da bozukluk sınıflandırmasına dayalı bu tanımlara dayalı olarak sürmektedir. Pek çok derneğin isminde eğitilebilir, öğretilebilir zihinsel engelliler ibareleri kullanılmaktadır.

Son yıllarda dünyada, tıbbi modele dayalı bu tür bozukluk-hastalık kavramları yerine toplumsal boyutu da kapsayacak yeni tanımlama ve sınıflama ölçütleri kullanılmaya çalışılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık alanında sistematik bir kodlama oluşturmak için insanın işlevlerine göre değerlendirme yapan International Classification of Functioning (ICF) [Uluslararası İşlevsellik Sınıflandırmasını] geliştirmiştir. Başbakanlık Özürülüler İdaresi (ÖZİDA) de Fonksiyonlara Göre Uluslararası Sınıflama Sistemi olarak Türkçeleştirdiği bu sınıflama için Türkiye’de çalışma başlatmıştır. ICF, insanın işlevlerini ve yetersizliklerini, sağlık problemlerini hem bireysel hem de toplumsal alanda değerlendirmektedir ve tüm bireyler için kullanılabilirlik üzere tasarlanmıştır. Bu sınıflamada, kişinin bedensel, zihinsel, ruhsal, işitsel ve duyuşal yetilerinin azalması veya yitimi; aktivitelerinin ve katılımının sınırlandırılması ile kişisel ve çevresel faktörler dikkate alınmaktadır.⁸ (Bkz. Tablo 3)

2. Türkiye’de Zihinsel Engeli Bulunan Kişilere Dönük Hizmetlerin Kısa Tarihçesi

Zihinsel engellilikle ilgili tarihsel gelişmeler, belli bir kaynakta bulunmamakta, özel eğitim hizmetlerinin veya genel özürlü hizmetlerinin tarihi içinde ele alınmaktadır. Aşağıda eğitim, bakım hizmetleri, personel yetiştirme ve yasal alan açılarından Türkiye’de zihinsel engelli kişilerle ilgili önemli gelişmeler özetlenmiştir.

Özel eğitim hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesi, 1950 yılına kadar Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı’nda iken bu yıllarda Milli Eğitim Bakanlığına devredilmiş ve 1980 yılına kadar İlköğretim Genel Müdürlüğü bünyesinde yürütülmüştür. 1983 yılında Milli Eğitim Genel Müdürlüğü’ne bağlı Özel Eğitim ve Rehberlik Dairesi Başkanlığı kurulmuş ve 1992

Tablo 3. ICF (Uluslararası İşlevsellik Sınıflandırması) Kategorileri

	1. Bölüm: Fonksiyonlar ve Özgürlükler		2. Bölüm: Bağamsal Faktörler	
Kategoriler	Vücut Fonksiyonları ve Yapısı	Aktiviteler ve Katılım	Çevresel Faktörler	Kişisel Faktörler
Alanlar	Vücut fonksiyonları ve vücut yapıları	Yaşam alanı içerisinde yerine getirilmesi gereken görev ve davranışlar	Fonksiyon ve özürllülüğü etkileyen dışsal etkenler	Fonksiyon ve özürllülüğü etkileyen bireysel/kişisel etkenler
Yapılar	Vücut fonksiyonlarının değişmesi (fizyolojik) Vücut fonksiyonlarının değişmesi (anatomik)	Standart bir çevrede görevlerin yürütülme kapasitesi Mevcut çevrede görevleri yerine getirmeye yönelik performans	Fiziksel, sosyal ve tutumlar dünyasının özellikleri üzerinde kolaylaştırıcı veya engelleyici etki	Kişinin atıflarının etkisi
Olumlu Yönler	Fonksiyonel ve yapısal bütünlük	Aktiviteler Katılım	Kolaylaştırıcılar	Uygulanamaz
	Fonksiyon gösterme			
Olumsuz Yönler	Yetersizlik/bozukluk	Aktivitelerin sınıflılığı Katılım Kısıtlılık	Engeller	Uygulanamaz
	Özürllülük			

yılında Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Böylece, özel eğitim hizmetleri, Bakanlık örgütünde genel müdürlük ile, taşra örgütü olarak da illerde Milli Eğitim müdürlükleri içinde bir müdür yardımcısı ile ona bağlı Rehberlik ve Araştırma Merkezleri ile yönetilmeye başlanmıştır.⁹

Zihinsel engellilere yönelik açılan ilk eğitim kurumu 1955'te Ankara'daki özel alt sınıflardır. 1970'li yıllarda farklı engel grubundaki çocuklara yönelik yatılı ve gündüzlü okulların sayısı artış göstermeye başlamıştır. 1990 yılında düzenlenen Milli Eğitim Şurası'nda kaynaştırmanın kapsamının genişletilmesi vurgulanmış olmakla birlikte, bu yıllarda ayrı yatılı ve gündüzlü okulların sayısında çarpıcı bir artış olduğu görülmektedir. 1950-1992 yılları arasında 75 özel eğitim okulu açılmış iken, 1992-1995 yılları arasında 75 okul daha açılarak toplam sayı 150'ye ulaşmıştır.¹⁰

Özel ihtiyacı olan bireylerle ilgili bakım hizmetleri de 1987'ye kadar Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı'nda iken bu kurum 1987 yılında Sağlık Bakanlığına dönüşmüş, 1983 yılında, Sosyal Hizmetler ve Çocuk

Esirgeme Kurumu'na dönüştürülen Çocuk Esirgeme Kurumu, engelli kişilerin bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden sorumlu kurum olarak tanımlanmıştır. 2005 yılında çıkan Özürllüler Yasası'nın ardından, rehabilitasyon hizmetleri Milli Eğitim Bakanlığı'na devredilmiş, bakım hizmetleri Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nun sorumluluğunda tanımlanmıştır.¹¹

1997 yılında “özürllülere yönelik hizmetlerin düzenli, etkin ve verimli bir şekilde yürütülmesini sağlamak için ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlar arasında işbirliği ve koordinasyonu sağlamak, özürllüler ile ilgili ulusal politikanın oluşmasına yardımcı olmak, özürllülerin sorunlarını belirlemek ve bunların çözüm yollarını araştırmak” amacıyla Başbakanlığa bağlı Özürllüler İdaresi Başkanlığı ve Başbakanlık Özürllüler Yüksek Kurulu kurulmuştur.¹²

Personel yetiştirmeye ilgili ilk sistemli çaba, 1952 yılında Gazi Eğitim Enstitüsü bünyesinde kurulan Özel Eğitim Şubesi'dir. Ancak bu bölüm 3 yıl sonra kapatılmıştır. Özel eğitimin üniversite düzeyinde ikin-

ci kez gündeme gelişi, 1965 yılında Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi bünyesinde Özel Eğitim Bölümü'nün kurulmasıyla oluşmuştur. Bu bölüm 1982 yılında, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bölümü ile birleştirilmiştir. 1981 yılında sonradan Anadolu Üniversitesi'ne dönüşen Eskişehir İktisadi ve İdari Bilimler Akademisi'nde "Özel Eğitim Sertifika Programı" başlatılmıştır. 1983 yılında Anadolu Üniversitesi Eğitim Fakültesi'nde Özel Eğitim Öğretmenliği Programı başlatılmıştır. 1986 yılında Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi'nde Özel Eğitim Bölümü altında Görme ve Zihin Engelliler Öğretmenliği programları başlatılmıştır.¹³

Yasal alanda Cumhuriyetin kuruluşundan sonra bu konudaki ilk adım, engelli çocukları da kapsayan ilk belge olan "1924 Cenevre Çocuk Hakları Bildirgesi"nin imzalanması olmuştur.¹⁴

Özel eğitimle ilgili alınan ilk karar 1953 yılında toplanan V. Millî Eğitim Şûrası'nda, özel eğitime gereksinimi olan çocukların zorunlu eğitim kapsamında görülmeleri şeklindedir. 1957 yılındaki 6972 sayılı "Korunmaya Muhtaç Çocuklar Hakkında Kanun"un 22. Maddesi, korunmaya muhtaç çocuklardan özel eğitime gereksinimi olanlar için Millî Eğitim Bakanlığı'na gerekli önlemlerin alınmasını belirtmektedir. 1961 yılında yayınlanan 222 sayılı İlköğretim ve Eğitim Kanunu'nun 12. Maddesi'nde "*mecburi ilköğretim çağında bulundukları halde zihnen, beden, ruhen ve sosyal bakımdan özürlü olan çocukların özel eğitim ve öğretim görmeleri sağlanır*" hükmü bulunmaktadır. 1971 yılında 1475 sayılı "İş Kanunu" kabul edilmiş, işverenlerin 50 ve daha fazla işçi çalıştırdıkları işyerlerinde %3 oranında engelli birey çalıştırmaları hükmü getirilmiştir. 1973 yılında kabul edilen 1739 sayılı "Millî Eğitim Temel Kanunu"nun 8. Maddesi'nde "*özel eğitime ve korunmaya muhtaç çocukları yetiştirmek için özel tedbirler alınır*" ifadesi yer almış ve özel eğitim hizmetleri genel eğitim sistemi içinde tanımlanmıştır.¹⁵

1983 yılında kabul edilen 2828 sayılı "Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu"nda, *özürlü doğuştan veya sonradan herhangi bir hastalık veya kaza sonucu bedensel, zihinsel, ruhsal, duygusal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle normal yaşamın gereklerine uyamama durumunda olup, korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyacı olan kişi* olarak tanımlanmıştır. 1983 yılında yürürlüğe giren 2916 sayılı Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Kanunu ile özel eğitimle ilgili tanımlar, ilkeler, kurumlar ve görevleri, özel eğitime gereksinimi olan çocukların belirlenmeleri, yerleştirilmeleri, izlenmeleri ile düzenlenmiştir.¹⁶

1986 yılında özel eğitime gereksinimi olan bireylerin iş yaşamına katılımlarını artırma amacıyla, 3308 sayılı Çıraklık ve Mesleki Eğitim Yasası düzenlenmiştir. Bu yasaya göre Millî Eğitim Bakanlığı'nın özel eğitime gereksinimi olan bireyleri bir işin gereklerine ve iş yaşamına hazırlayıcı kurslar düzenlemeleri hükme bağlanmıştır.¹⁷

1991 tarihinde 1. Özel Eğitim Konseyi toplanmış, gündüzlü öğretime ağırlık verilmesi ve kaynaştırma programlarının yaygınlaştırılması gerekliliği vurgulanmıştır. Kaynaştırma programları için hem her engellinin eğitimi alanında uzman kişiler tarafından ve her öğrenci için bireysel olarak programlanması ve sürekli olarak izlenmesi kararı alınmıştır.¹⁸

1997 yılında Başbakanlığa bağlı Özürlüler İdaresi Başkanlığı ve Başbakanlık Özürlüler Yüksek Kurulu kurulmuştur. Özürlüler İdaresi tarafından bugüne kadar 3 şura gerçekleştirilmiştir:¹⁹

1999, I. Özürlüler Şurası Çağdaş Toplum, Çağdaş Yaşam ve Özürlüler,
2005, Özürlüler Şurası Yerel Yönetimler ve Özürlüler;
2007, Özürlüler Şurası Bakım Hizmetleri;

Aynı yıl 573 Sayılı Özel Eğitim Hakkında Kanun Hükmünde Kararname kabul edilmiştir. Bu kararnamenin amacı; özel eğitim gerektiren bireylerin, genel ve mesleki eğitim görme haklarını kullanabilmelerini sağlamaya yönelik esasları düzenlemektir.²⁰

18 Ocak 2000 tarihinde yürürlüğe konulan Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği ile tanılama süreçleri, eğitsel tanılama, izleme ve değerlendirme ekibi, yerleştirme ve izleme ile aile katılımı ayrı ayrı tanımlanmış, genel ilkeleri belirlenmiştir. Bu yönetmelik 2006 tarihinde yürürlükten kaldırılmış, bazı uzmanlar tarafından, engelli birey/çocuğun eğitim hak ve olanaklarının, okulların ve Rehberlik Araştırma Merkezleri'nin takdirine bırakıldığı eleştirileri yapılmıştır.²¹

2005 yılında 56 maddeden oluşan 5378 sayılı Özürlüler Kanunu ile engellilere dönük ilk kapsamlı yasal çerçeve çizilmiştir. Kanunun amacı özür lülüğün önlenmesi, özür lülerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunlarının çözümü ile her bakımdan gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirleri olarak topluma katılımlarını sağlamak ve bu hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemeleri yapmak olarak tanımlanmıştır. Bu yasada, sınıflandırma, bakım, rehabilitasyon, istihdam, eğitim, iş ve meslek analizlerini içeren açıklamalar bulunmaktadır.²²

3. Türkiye’de Zihinsel Engeli Bulunan Kişilere Yönelik Mevcut Hizmetler ve Kapasiteleri

Türkiye’de günümüzde zihinsel engellilere hizmet veren resmi kurumlar, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Milli Eğitim Bakanlığı, Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Türkiye İş Kurumu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, üniversiteler, valilik ve kaymakamlıklar ile yerel yönetimlerdir. Bunun dışında zihinsel engelli yakınlarının kurduğu dernek ve vakıflar eğitim ve bakım hizmetlerinde önemli yer tutmaktadır.

Zihinsel engellilere hizmet veren çeşitli meslek grupları ve sayıları Tablo 4’te gösterilmiştir.

Son yıllardaki önemli gelişmelere karşın, ülkemizde, zihinsel engelli kişilerle ilgili sayısal verilerin net olmayışı, verilen hizmetlerin azlığı ve personel sayısının yetersizliği temel sorun alanlarıdır. Zihinsel engelli kişilerin bir kısmı destek verildiğinde bağımsız ve üretken yaşayabilir, ancak ülkemizde bu konuda verilen destekler çok az olup bazı ailelerin kurduğu dernek ve vakıfların çabalarıyla yürümektedir. Pek çok aile “biz ölürsek çocuğumuza ne olacak?” endişesiyle yaşamaktadır. İhtiyaç duyulan destekler aşağıda görüldüğü gibi çok boyutludur:

3.1. Önleyici Hizmetler

2002 Özürlülük Araştırması’nda, zihinsel engelin doğuştan olma oranı %48, sonradan olma oranı ise %50 olarak bildirilmiştir. Doğuştan zihinsel engeli olanların oranı kırsal alanda daha yüksekken, sonradan engelli olanların oranı kentte daha yüksektir.²⁹

Zihinsel engele yol açan tüm nedenler belirlenmiş değildir. Doğuştan olan başlıca nedenler arasında genetik rahatsızlıklar, akraba evliliği, hamilelikte yetersiz-yanlış beslenme, doğum sırasında oksijensiz kalma sayılabilir. Sonradan oluşan zihinsel engel ise havale, psikososyal örselenmeler, metabolik sorunlar, yetersiz beslenme, kazalar, çevre kirliliği gibi nedenlerle ortaya çıkmaktadır.³⁰

Zihinsel engellilikle ilgili önleme çalışmaları, ülkemizde Sağlık Bakanlığı’nın birinci basamak hizmetleri (Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Sağlık Ocakları, Sağlık Evleri) ve halk sağlığı hizmetleri, üniversitelerin, belediyelerin ve sivil toplum kuruluşlarının çalışmalarıyla yürümektedir. SHÇEK Genel Müdürlüğü’ne bağlı olarak hizmet veren Engelli Danışma Merkezleri ile Toplum Merkezleri’nde de aile-

lere yönelik olarak engelliliğin önlenmesine ilişkin çalışmalar sürdürülmektedir. Önleme çalışmaları arasında, evlilik öncesi danışmanlık, aile planlaması, hamilelik dönemindeki tarama testleri, personele ve ailelere bilgi verilmesi gibi hizmetlerde sayılabilir.

3.2. Tanı ve Tedavi

Zihinsel engellilikte erken tanı büyük önem taşımaktadır. Erken tanı ve buna uygun tedavi, hem bireyin tüm gelişimini ve yaşama süresini belirlemekte, hem de verilecek hizmetlerin planlanması için temel teşkil etmektedir.

2002 Özürlüler Araştırması’na göre, zihinsel engelli kişilerin tedavi olma oranlarının oldukça düşük olduğu görülmektedir.³¹ (bkz. Tablo 5)

Ülkemizde tıbbi tanılamadan hastaneler, eğitsel tanılamadan ise Rehberlik ve Araştırma Merkezleri sorumludur. Hastanelerdeki tanılama sonrasında çoğunlukla hiçbir yönlendirme hizmeti verilmemektedir. Eğitsel tanılamada ise psikometrik testler yapılmakta ve tıbbi tanılama da dikkate alınarak uygun eğitim hizmetlerine yönlendirilmesi amaçlanmaktadır. Ancak eğitsel tanılamayla ilgili olarak da, hem Özürlüler İdaresi’nin 2004’te yaptığı araştırmada belirtildiği hem de RUSİHAK’ın çalışmasında özellikle ailelerin ve ilgili uzmanların belirttiği gibi, Rehberlik Araştırma Merkezleri’nin altyapısı, personel sayısı ve niteliği, uygulanan testlerin güncelliği ve kapsamlılığı gibi pek çok sorun yaşanmaktadır.³²

Zihinsel engele yol açabilecek nedenlerle ilgili erken tanı, tedavi boyutunu da etkilemektedir. Yenidoğan bebeğin fiziksel muayenesi, düzenli takibi çok önemlidir. Bu aşamada annelere ve bebeklere hizmet veren genel sağlık personelinin, zihinsel engellilikle ilgili bilgisi ve duyarlılığı önem kazanmaktadır. Yine RUSİHAK çalışmasında birçok aile sağlık kurumlarında karşılaştıkları ilgisizliği ve olumsuz tavırları dile getirmiştir. Tanı konma sürecinde çok zaman kaybettikleri ve ruhsal olarak yıprandıkları da kaydedilmiştir. Tanı konduktan sonra ailelerin bunu kabul etmemesi de tedaviyi geciktirici etkenlerdendir. Tanının aileye söylenmesi sırasında ve sonrasında ailenin bilgilendirilmesi, psikolojik olarak desteklenmesi gibi çalışmalar ülkemizde çok nadirdir.

Tıbbi tedavi olanaklarına ulaşmak sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı gruplar için oldukça zordur. Sağlık kameleriyle hizmet alınan devlet ve üniversite hastanelerinde çocuk psikiyatristi ve nörologu sayısı oldukça azdır (bkz. Tablo 4). Bu bölümlerden randevu almak ve buralarda tedavi olabilmek çok uzun zaman alabilmektedir.

Tablo 4: Sayılarla zihinsel engellilere hizmet veren personel çeşitleri:

	Toplam Sayı	Kişi başına düşen sayı
Çocuk psikiyatristi sayısı	155	100.000 çocuğa 0.4 çocuk psikiyatristi (18 yaş altı 30 milyon nüfus için)
Çocuk nörologu sayısı	92	100.000 çocuğa 0.1 çocuk psikiyatristi (18 yaş altı 30 milyon nüfus için)
Çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı sayısı	5468	100.000 çocuğa 12 çocuk psikiyatristi (18 yaş altı 30 milyon nüfus için)
Yenidoğan doktoru	111	100.000 bebeğe 7.4 (yılda 1.5 milyon bebek doğmakta)
Nörolog	1469	100.000 kişiye 2.06 nörolog
Fizyoterapist	5000 civarı	100.000 kişiye 7 fizyoterapist
Zihin engelliler öğretmeni	1926	
Psikolojik danışman sayısı	12753 (Rehberlik araştırma merkezlerinde çalışan 933)	100.000 okul çocuğuna 124 rehber öğretmen
Sosyal hizmet uzmanı sayısı	Tahmini 2700 1140 (SHÇEK'te çalışan)	100.000 kişiye 3.8 Sosyal hizmet uzmanı

3.3. Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Hizmetleri

Özel eğitim, normal olarak adlandırılan eğitimin genel hedef kitle seçtiği kişilerin dışında kalan herkesi kapsar. Dolayısıyla, bedensel ve zihinsel engelliler, üstün yetenekliler, sosyal ve duygusal uyum güçlüğü olanlar özel eğitim kapsamında ele alınır.

Zihinsel engellilikte tedavinin önemli bir bölümünü, eğitim ve rehabilitasyon oluşturmaktadır; özel eğitim ve rehabilitasyon kavramları birbiriyle pek çok noktada kesişmektedir. Bu hizmetler, genelde tıp kurumlarının dışında sunulmaktadır.

Özel eğitimden yararlanma yaşı ülkemizde genelde okul çağında başlamaktadır. Oysa, zihinsel engeli olan çocuklarda erken çocukluk eğitimi programları gelişimlerini hızlandırmakta, hatta fiziksel gelişimlerini bile farklılaştırmaktadır. Ne yazık ki, ülkemizde özel eğitim çalışmaları genellikle okul çağı çocuklarını kapsamakta, 6 yaştan küçük özür/riskli bebek ve çocuklar için gerekli önlemler alınamamaktadır. Sınırlı sayıda olan erken eğitim programları birkaç üniversitede ve bazı vakıfların kendi kurumlarında yapılmakta, pek çok aile bu programlara ulaşamamaktadır.³³

Ülkemizde özel eğitim ve rehabilitasyon hizmetleri, SHÇEK'e bağlı bakım veya rehabilitasyon merkezleri

ile Milli Eğitim'e bağlı özel eğitim okullarında ve özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde verilmektedir. Dernek veya vakıfların açtığı merkezler de işlevine göre bu iki kurumdan birine bağlıdır. 2006'dan itibaren rehabilitasyon hizmetlerinin tümü Milli Eğitim Bakanlığı'na devredilmiştir. Ancak yine de SHÇEK'e bağlı gündüzlü veya yatılı rehabilitasyon merkezi adını taşıyan merkezler bulunmaktadır.

Rehabilitasyon, tıbbi kökenli bir terimdir ve normal işlevleri bozulmuş bireyin ya da organın eski haline olabildiğince geri döndürülmesi çalışmaları olarak tanımlanmaktadır.³⁴ Dünyada engellilere dönük hizmetler genelde tıbbi modele göre düzenlendiği ve bu modelin sınırlılıkları fark edildiği için, 1980'li yılların başından itibaren, toplumun engellileri kabulüyle ilgili sorunlardan yola çıkarak sosyal rehabilitasyon tanımı ortaya atılmıştır. Tıbbi rehabilitasyonda, "özür" kişiye bağlı olarak tanımlanır ve kişi desteklenip bağımsız yaşayabilecek hale gelse de, ayrımcılık nedeniyle toplumdan dışlanır. Oysa, toplum temelli bir rehabilitasyon programıyla insanların engelli kişilerin de eşit hakları olduğunu kabul etmesine dönük çalışmalar yapılması gerekmektedir.³⁵

3.3.1. SHÇEK'e bağlı rehabilitasyon hizmetleri
SHÇEK'e bağlı 66 bakım ve rehabilitasyon merkezi

bulunmaktadır. Bunların 47'si yatılı bakım veren kurumlardır. Bu kurumlarda kalan ya da hizmet alan zihinsel engelli sayısı net olarak öğrenilememiştir ancak tüm engel gruplarından kayıtlı kişi sayısı 3.400 olarak verilmiştir.³⁶ Bu gruba hizmet veren eleman sayısı ise net olarak bilinmemektedir. SHÇEK'in hizmet verdiği 27.000 kişi için, 2007 yılında toplam 4.131 uzman ve yardımcı personel çalışmaktadır.³⁷ 2007 faaliyet raporunda rehabilitasyon hizmetlerinin gündüzlü hizmet üreten "Aile Danışma ve Rehabilitasyon Merkezleri"nde verildiği belirtilmektedir.³⁸ Yatılı bakım merkezlerinde rehabilitasyon yapıp yapılmadığı belirtilmemiştir. RUSİHAK'ın projesi kapsamında ziyaret edilen yatılı bakım veren 5 kurumda, rehabilitasyon hizmeti olarak, el sanatları ağırlıklı çalışmalar ve fizyoterapi hizmetleri örnek verilmiştir. Ancak, kurumda kalanların çoğu bu hizmetleri düzenli olarak almamaktadır.

SHÇEK'e bağlı zihinsel engellilere hizmet veren rehabilitasyon merkezlerinde, kendine yeterli ve üretken konuma gelmiş özürlü bireyin yaşamını bağımsız olarak sürdürmesi amacıyla aşağıdaki rehabilitasyon ve eğitim programları uygulandığı belirtilmektedir.

1. Gelişimsel Tanılama ve Değerlendirme Programı,
2. Temel Yaşam Becerileri Programı,
3. Akademik Beceri Eğitim Programı,
4. Fiziksel Gelişim Programı (Fizyoterapi),
5. Dil ve Konuşma Eğitimi Programı,
6. Sosyal Rehabilitasyon Programı (Özürlü ve ailesinin sosyal hayata katılmasına yönelik)
7. Psiko-Sosyal Destek ve Gelişim Programı (Davranış ve uyum problemlerine yönelik),
8. Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Programı,
9. İş ve Uğraşı Terapi Programı,
10. Bağımsız yaşama geçiş programı."

Ancak RUSİHAK projesi sırasında ziyaret edilen SHÇEK kurumlarında (5 yatılı, 1 gündüzlü kurum) düzenli ve sistematik eğitim ve rehabilitasyon programları uygulanmadığı, uzman personelin evde bakım hizmetlerinin bürokratik işleriyle ya da idari işlerle uğraşmak zorunda bırakılması nedeniyle kendi işlerini yapamadıkları gözlenmiştir.

3.3. 2. Milli Eğitim Bakanlığı'na Bağlı Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Hizmetleri

2002 ÖZİDA araştırmasının ileri analiz sonuçlarına göre, zihinsel engelli bireylerin %67'si okuryazar değildir.³⁹ 2007-2008 MEB Özel Eğitim istatistiklerine göre, özel eğitimden yararlanan engelli bireylerin sayısı toplam 282.369'dur. Bu grubun içinde zihinsel engellilerin sayısı ve aldıkları hizmet aşağıdaki tabloda belirtilmiştir. Buna göre MEB'e bağlı okullarda 14.870 zihinsel engelli ve otistik çocuğa 2.812 öğretmen eğitim vermektedir.⁴⁰ (Bkz. Tablo 6)

Kaynaştırma eğitimine katılan toplam öğrenci sayısı 67.756 olarak verilmiştir. Özel özel eğitim ilköğretim okullarında 4138 ve özel özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde 181.665 (0-18 yaş arası) kişi rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmaktadır. 2007-2008 genel sonuçlarında bu grup eğitimler için zihinsel engellilerle ilgili özel bilgiye ulaşılamamıştır. Tohum Vakfı'nın özel eğitimle ilgili raporunda, kaynaştırma eğitimi dahil 2006-2007 yılı içinde eğitim gören zihin engelli ve otistik öğrenci sayısı toplam 58.373 olarak belirtilmiştir.⁴¹

Rehber öğretmen sayısı ise Rehberlik Araştırma Merkezleri'nde 933, Genel Müdürlük'te 307, ilköğretim ve liselerde 11.513 (toplam 12.753) olarak verilmiştir.⁴²

3.3. 3. Yerel Yönetimlerin Psikososyal Rehabilitasyon Projeleri

Son yıllarda belediyeler de engelli ya da özürlü merkezleri adı altında rehabilitasyon ve danışma hizmetleri vermeye başlamıştır. Örneğin 2005 yılı başında açılan ve çeşitli sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yapan Kadıköy Belediyesi Engelliler Dayanışma Merkezi'nde hem ilçedeki hem de ilçe dışından başvuran engellilere ve yakınlarına hizmet verilmektedir. Engelli ve ailesine psikolojik, destek, hukuki destek, özürlü raporu ve özürlü kartı alma sürecinde engelli taksileriyle ulaşım ve bürokratik işlemlerde yardımcı olma gibi hizmetler verildiği belirtilmektedir.⁴³

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı 20 Özürlüler Merkezi'nde (İSÖM) yılda 60.000 engelliye, ailelere

Tablo 5: Zihinsel engellilerin tedavi olma durumları

	Tedavisi yapılıyor			Tedavisi yapıldı			Tedavisi yapılmadı			Bilinmeyen		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
Türkiye	18,07	18,25	17,79	24,88	25,84	23,43	54,08	53,16	55,48	2,97	2,75	3,30
Kent	23,74	23,18	24,50	24,66	26,78	21,77	48,52	47,53	49,89	3,07	2,51	3,84
Kır	12,92	14,08	11,01	25,07	25,04	25,11	59,14	57,92	61,13	2,87	2,95	2,75

Tablo 6: MEB'e bağlı okullardaki zihinsel engelli ve otistiklerle ilgili veriler

	Okul sayısı	Öğrenci sayısı	Öğretmen sayısı
Eğitilebilir zihinsel engelliler İ.Ö.O.	50	2889	1075
Eğitilebilir zihinsel engelliler iş merkezi	64	2736	
Öğretilebilir zihinsel engelliler eğitim uygulama okulları	121	5328	1415
Öğretilebilir zihinsel engelliler iş eğitim merkezleri	124	2578	
Otistik çocuklar eğitim merkezleri	23	692	228
Otistik çocuklar iş eğitim merkezleri	2	89	
Özel Eğit. Ok. Bünyesinde Anasınıfı	69 okul	558	94
	101 şube		
Toplam	453	14870	2812

mola desteği, mesleki eğitim, işverenleri bilgilendirme, hukuki yardım gibi hizmetler verilmektedir.⁴⁴ Proje sırasında ziyaret ettiğimiz Anadolu'daki şehirlerde de bu hizmetlerin yaygınlaşmaya başladığı görülmüştür. Ancak bu hizmetlerin bazı belediyelerde haktemelli olmak yerine ağırlıklı olarak yardımseverlik, şefkat gibi vurgularla yapıldığı dikkat çekmiştir.

3.3. 4. Sivil Toplum Kuruluşlarının Psikososyal Destek Faaliyetleri

Ülkemizde 1960'lı yıllardan itibaren zihinsel engelli çocuğu olan aileler bir araya gelerek dernekler kurmuş, bu derneklerin çatısı altında çocuklarına gerekli eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerini vermeye çalışmışlardır. Bu derneklerin çalışmaları sonucunda yasal düzenlemeler hız kazanmış ve resmi kurumların hizmet kalitesinin artmasına katkıda bulunmuşlardır. Şu anda ülkemizde pek çok il ve ilçede zihinsel engellilerle ilgili dernek veya vakıf bulunmaktadır. Bunların sayısı tam olarak bilinmese de yaklaşık 150 civarındadır. Zihinsel Özürlüler Federasyonu ve yeni kurulan Zihinsel Engelliler Federasyonu'na bağlı olan yaklaşık 50 dernek bulunmaktadır.

Otizmle ilgili 20'ye yakın dernek ve vakıf bulunmaktadır. Gelişimsel yetersizlik olarak kabul edilen otizm alanı zihinsel engel alanından farklı görülmektedir, üzerine zihinsel engel alanına göre daha çok bilimsel çalışma yapılan otizm alanında dernekler ve üniversiteler, pek çok bilimsel kongre ve sempozyum düzenlemekte, farklı eğitim programları uygulanmakta ve yeni bir gelişme olarak bağımsız yaşam merkezleri kurma çalışmaları yapılmaktadır.⁴⁵

3.4. Bakım ve Barınma Hizmetleri

Türkiye'de zihinsel engellilerin çoğuna, aileleri tarafından bakılmaktadır. Geleneksel yapıda zihinsel engellilere daha çok sahip çıkılmakta iken şehirleşme ve yoksullaşmanın da etkisiyle ailelerin bakma oranı azalmıştır. SHÇEK'e 2007 yılında 3500 civarında

kurumda bakılması için ağırlıklı zihinsel engelli başvurusu yapılmıştır. Ancak "evde bakım hizmeti" adıyla yapılan maddi yardımlar sonucunda bu oranın 2000'lere düştüğü bildirilmiştir.⁴⁶

ÖZİDA'nın araştırmasında zihinsel engelli kişilerin %33'ünün kendi başına bağımsız yaşayabilecek durumda olduğu, %30'unun yarı bağımlı, %36'sının ise tam bağımlı olduğu belirtilmektedir.⁴⁷ (Bkz. Tablo 7)

Kendi başına bağımsız yaşama durumunun en düşük olduğu engel grubu zihinsel engellilerdir. Bu verilere göre evde bakım ya da gündüzlü/yatılı bakıma ihtiyacı olan yaklaşık 300.000 zihinsel engelli bulunmaktadır.

Ülkemizde bakım hizmetlerinden SHÇEK sorumludur ve bu kuruma bağlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin çoğunda ailelerin yoksulluk nedeniyle sokağa terk ettiği ya da kuruma verdiği engelliler bulunmaktadır. Bu kişilerin çoğu bağımsız olarak yaşamamakta, ömür boyu kurumda kalmaktadır. Yine kuruma yerleştirmeler boş yer durumuna göre yapıldığından, pek çok engelli kişi ailesinden ve yaşadığı yerden uzak kurumlara verilmekte, sosyal izolasyonları daha da artmaktadır.

2007 yılında, SHÇEK çatısı altında 47 adet "Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi"nde 3.458 engelliye yatılı kurum bakımı hizmeti verilmiştir. Yine 2007 yılında 32.874 "bakıma muhtaç özürlü"ye ikametgâhında bakım hizmeti verildiği bildirilmiştir. Kurumun 2007'deki toplam harcamalarının %17'sinin bu hizmete harcadığı belirtilmiştir. Bakıma muhtaç engellilere hizmet veren kuruluşlardaki bakıcı personel sayısının 2007 yılında 3.025 kişi olduğu belirtilmektedir.⁴⁸

SHÇEK bakım kurumları genelde devralınan yapılar olduğu için, mimari olarak zihinsel engellilere uygun olmayan ve 100-800 kişilik büyük kurumlar

çoğunluktadır. Bazı yeni yapılar, daha küçük ölçekte ve uygun fiziksel koşullarla yapılmaya başlanmıştır. SHÇEK “Engelsiz Yaşam Projesi” ile pek çok ilde, büyük kurumlar yerine müstakil evlerde küçük gruplarla bakım işini sürdürmeyi planlamaktadır. Buna göre “Engelli kişilerin üçer kişilik 4 yatak odası, oturma odası, mutfak, yemekhane, banyo, tuvalet ve personel odası bölümlerinden oluşan; toplam 12 kişilik; müstakil, tek katlı ve bahçeli evlerde bakımları sağlanacaktır”. Bu projede engellilerin kendi yaşadıkları illerdeki merkezlere yerleştirilmelerinin esas alınacağı da belirtilmektedir. 2007 raporunda, 2009 yılında bitirilmek üzere, 18 Engelsiz Yaşam Merkezin’de 164 Yaşam Evinin proje ve inşaat çalışmasına başlandığı ve ülke genelinde 1.968 engelliye bakım hizmeti sunulacağı söylenmektedir.⁴⁹

SHÇEK’e bağlı özel bakım merkezleri 2007 yılı içinde açılmaya başlanmıştır. Özel sektörü bakım işine dahil etmek amacıyla engelli kişi başına, kuruma 840 YTL yardım yapılmaktadır. Bu kurumların sayısının şu anda 14 olup bu yıl içinde 20 olacağı belirtilmiştir.⁵⁰

3.5. Mesleki Eğitim ve İstihdam

Üretken bireyler olarak toplumsal hayata katılım her genç ve yetişkinin hedefidir, bu durum zihinsel engelliler için de geçerlidir. Ülkemizde çalışabilecek durumda olan zihinsel engellilerin büyük çoğunluğu istihdamın dışındadır. 2002 Özürlüler Araştırması İkinci Analizi’nde devlet kuruluşlarında çalışan zihinsel engelli sayısı 13.564 olarak belirtilmiştir. Aynı araştırmada iş aramama nedeni başlıklı tabloda zihinsel engellilerin %64’ünün çalışamaz olduğu, %13’ünün ev kadını-kızı olduğu belirtilmiştir.⁵¹ Bu iki madde hem zihinsel engellilere hem de kadınlara yönelik toplumsal önyargıların bir yansımasıymış gibi durmaktadır.

Bu alandaki temel sorunlar, zihinsel engellilerin mesleki eğitiminin yetersizliği, işverenlerin zihinsel engellilerle ilgili bilgi sahibi olmaması, bu konuda bilgi veren çalışmaların olmaması, iş piyasası ve eğitim sektörü arasında bağlantı kuran ve engelli kişinin iş yaşamına adaptasyonunu izleyecek toplum temelli bir sistemin olmayışı olarak listelenebilir.

Zihinsel engellilerin istihdamıyla ilgili ülkemizde spesifik bir düzenleme yoktur. Ülkemizde özürlü istihdamında kota-ceza yöntemi benimsenmiş olup, 50 kişinin üzerinde personeli olan işyerlerinde oranında %4 engelli kişi çalıştırılması zorunluluğu bulunmaktadır. İşgücü piyasasına kazandırılması güç olan engelliler için özel olarak desteklenen ve düzenlenen işyerleri olarak tanımlanabilecek korumalı işyerleri ise ülkemizde yok denecek kadar azdır. ÖZİDA’nın 2004’te yaptığı araştırma kapsamına alınan 14 merkez bulunmaktadır.⁵² Bunlar ağırlıklı olarak demekler ve Halk Eğitim Merkezleri tarafından açılan kurs ya da atölyelerdir.

Korumalı işyerinin nadir belki de tek örneği 2004 yılında hizmet vermeye başlayan Kocaeli’ndeki Dilek Sabancı Gülen Yüzler Mesleki Rehabilitasyon ve İşyeri Merkezi’dir.⁵³ Merkezde 2006 yılı verilerine göre 24 engelli personel atık kağıt toplama, kağıt kesim ve paketlenme, grafik-bilgisayar atölyesi, file üretimi ve serigrafi atölyesinde çalışmaktadır. Sabancı Vakfı tarafından yaptırılan kurumun kullanım hakkı İzmit Büyükşehir Belediye Başkanlığı’na devredilmiştir.

Zihinsel engellilerin iş yaşamına katılımı hakkında yeterli bilgi bulunmamakla birlikte, 2002 ÖZİDA araştırmasında zihinsel engellilere (ve tahminen yakınlarına) sorulan sorularda, meslek sahibi olma oranı %1 olarak belirtilmiştir.⁵⁴ Yine aynı kurumun verilerine göre, 2006 yılı içinde iş arayan engellilerin 1.202’si kamuda, 22.579’u özel sektörde olmak üzere toplam 23.781’i işe yerleştirilmiştir. Oysa toplam 67 bin 643 engelli kişi işe yerleştirilmeyi beklemektedir.⁵⁵

Mesleki Rehabilitasyon

2002 ÖZİDA araştırmasında, çıraklık eğitimi alan zihinsel engelli oranı %0,1, “diğer” kurumların verdiği kurslara katılan oranı da %0,05 olarak verilmiştir. Halk Eğitim, İŞKUR, SHÇEK, Belediye, vakıf ve dernek kurslarına devam eden kişilerle ilgili verinin olmadığı belirtilmiştir.⁵⁶ Oysa İŞKUR’un çeşitli zihinsel engelli dernekleriyle kurslar açtığı, SHÇEK’in mesleki kurslarının olduğu bilinmektedir. Ayrıca son 2-3 yıl

Tablo 7: Günlük aktivitelerini yerine getiriş biçimleri

	Bedensel Engelli	Görme Engelli	İşitme Engelli	Konuşma Engelli	Zihinsel Engelli
Kendi başına	%61,2	%70,3	%75,7	%54,5	%33,1
Yarı bağımlı	%20,5	%18,4	%16,5	%19,5	%30,3
Tam bağımlı	%18,1	%11,2	%7,7	%25,8	%36,2
Henüz uygun yaşta değil	%0,2	%0,1	%0,1	%0,5	%0,4
Toplam	%100	%100	%100	%100	%100

içinde belediyeler de bu yönde projelere imza atmaya başlamıştır.

SHÇEK'in önemli bir uygulaması Ankara Kızılay Merkezi'nde hizmete açılan "Café Down"dur. Burada 13 zihin engelli ve 1 ortopedik engelli bireyin istihdam edildiği, ücret karşılığı ve sosyal güvence ile çalıştıkları bildirilmiştir.⁵⁷

3.6. Ailelere Dönük Destek Hizmetleri

Zihinsel engellilerin aileleri, ömür boyu süren zorlu bir mücadele içinde yaşamaktadır. Zihinsel engelli bir çocuğu olma duygusunu kabul etmenin zorluğunun yanı sıra, toplumdan dışlanma, eğitim, sağlık, bakım sorunlarıyla uğraşma nedeniyle ağır bir yük altındadırlar. Ülkemizde engellilere dönük hizmetlerin azlığı bu yükü daha da artırmaktadır. Yurtdışında ailelere destek amaçlı mola-süreli bakım hizmetleri (respite care) sistematik bir biçimde uygulanırken, ülkemizde yok denecek kadar azdır. Zihinsel engelli kişilerin üçte ikisinin kendi başına bağımsız yaşayabilecek durumda olmadığı hatırlanacak olursa (Bkz. Tablo 7), onbinlerce ailenin mola-süreli bakım desteğine ihtiyacı olduğu ortaya çıkmaktadır. 2007 Özürlüler Şurası'nda bu konunun aciliyeti vurgulanmış ve süreli bakım merkezlerinin açılması ve ailelerin desteklenmesiyle ilgili kararlar alınmıştır.⁵⁸

Son yıllarda aile eğitimleri ve psikolojik destek odaklı hizmetler SHÇEK ve belediyelerin hizmetleri arasında yer almaya başlamıştır. SHÇEK, 41 aile danışma merkezinde, engelli ailelerinin *özürünün özellikleri hakkında bilgi sahibi olabilmeleri, beceri öğretebilmeleri, var olan davranış problemleri ile başa çıkabilmeleri ve ilişkilerini olumlu yönde geliştirmeleri amacıyla çalışmalar yaptığını* belirtmektedir. Ayrıca 74 Toplum Merkezi'nde özürlülük alanında yapılan çalışmalar ve programlara katılan kişilerin sayısı 2007 için 735 olarak bildirilmiştir.⁵⁹

2002 Özürlüler Araştırması'nın ilginç sonuçlarından biri de engellilerin "Engeliyle İlgili Herhangi Bir Kurum/Kuruluşa Ulaşamamasının En Önemli Sebebi"ne verdikleri yanıtlardır. %57'si ekonomik yetersizlik, %69'u yakın çevrede böyle bir kurumun olmaması, %92'si bu kurumların yeterli hizmet vereceğine inanmama, %94'ü başvurusunun kabul edilmemesini en önemli neden olarak belirtmiştir.

3.7. Engelli Bireylerin ve Ailelerinin Savunuculukla İlgili Faaliyetleri

Gerek batı ülkelerinde gerek ülkemizde engelli kişilere dönük hizmetlerin gelişmesinde engelli kişi ve ailelerinin örgütlü çalışmalarının payı büyüktür.

Toplum temelli Rehabilitasyon Hizmetleri, tüm aşamalarda engelli insanların örgütlenip tam katılım ve liderlik için baskıda bulunmaları gerektiğini vurgulamaktadır.⁶⁰ 573 sayılı Özel Eğitim Hakkında Kararname'de de "ailelerin özel eğitim sürecinin her boyutuna aktif katılımlarının sağlanması, özel eğitim politikalarının geliştirilmesinde özel eğitimle ilgili örgütlerin görüşlerine önem verilmesi, hizmetlerin toplumla etkileşim ve uyum sağlama sürecini kapsayacak şekilde planlanması" gibi ilkeler yer almıştır.

Engellilerin ya da ailelerin örgütlenmelerine ilişkin bir veri olarak, ÖZİDA araştırmasındaki gönüllü kuruluşlara üyelik verileri baz alındığında, örgütlenme düzeyi tüm engelli gruplarında çok düşükken, en düşük düzey zihinsel engellilerde görülmektedir. Kendisi veya bir yakını böyle bir kuruluşa üye olma oranı zihinsel engellilerde %2 civarındadır.⁶¹ Zihinsel Özürlüler Federasyonu'na üye 42 dernek bulunmaktadır.⁶²

Engellilerle ilgili çalışmalar yapan Sakatlar Derneği, Türkiye Sakatlar Federasyonu, Zihinsel Engelliler Federasyonu, Özürlüler Eğitim Vakfı gibi kurumların çatısı altında engellilerin haklarıyla ilgili çeşitli çalışmalar yapılsa da, ülkemizde gerçek anlamda savunuculuk faaliyetleri yeni başlamaktadır.

NOTLAR:

1. Türkiye Özürlüler Araştırması Temel Göstergeleri, ÖZİDA, <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/oztemelgosterge.htm> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
2. Tufan, İ. ve Arun, O. (Ocak 2006, Ankara), *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi*, <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/troailerianaliz.htm>, [Erişim tarihi: 11.08.2008].
3. www.sosyalhizmetuzmani.org/zihinselengelliler.htm, [Erişim tarihi: 11.08.2008].
4. <http://www.otizmplatformu.org/>
5. Türkiye Özürlüler Araştırması Temel Göstergeleri, ÖZİDA, <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/oztemelgosterge.htm> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
6. A.g.e.
7. Tufan, İ. ve Arun, O. (Ocak 2006, Ankara), *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi*, <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/troailerianaliz.htm>, [Erişim tarihi: 11.08.2008].
8. *Özürlülüğün Sınıflandırılmasında yeni bir yaklaşım*, ÖZİDA, <http://www.ozida.gov.tr/siniflandirma/icf.htm> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
9. Kargın, T. (2003). *Cumhuriyetin 80. yılında özel eğitim*, Milli Eğitim Dergisi, 160.
10. A.g.e.
11. www.shcek.gov.tr [Erişim tarihi: 11.08.2008].
12. www.ozida.gov.tr [Erişim tarihi: 11.08.2008].
13. Kargın, T. (2003). *Cumhuriyetin 80. yılında özel eğitim*, Milli Eğitim Dergisi, 160.
14. A.g.e.
15. A.g.e.
16. *Şûra Raporu/Özürlüler Şûrası: Çağdaş toplum çağdaş yaşam ve özürlüler (1999)*. Ankara: T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları.
17. Kargın, T. (2003). *Cumhuriyetin 80. yılında özel eğitim*, Milli Eğitim

- Dergisi, 160.
18. A.g.e.
19. www.ozida.gov.tr
20. Kargin, T. (2003). *Cumhuriyetin 80. yılında özel eğitim*, Milli Eğitim Dergisi, 160.
21. Bağatur, İ. (2006). *Özel Eğitim Yönetmeliği Değişikliği Hakkında Avukat İşil Bağatur'un Yazısı*, www.prep.org.tr [Erişim tarihi: 11.08.2008].
22. <http://www.ozida.gov.tr/yenimevzuat/giris.htm> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
23. Tıp personeli sayılarının hepsi
http://www.yok.gov.tr/duyuru/turkiye_saglik_durum_rap.pdf adresinden alınmıştır.
24. <http://blog.milliyet.com.tr/Blog.aspx?BlogNo=62063> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
25. <http://www.tohumotizm.org.tr/Resim/GelismselYetersizlikveOzelEgitimRaporu.pdf>.
26. www.meb.gov.tr/ [Erişim tarihi: 11.08.2008].
27. <http://www.tohumotizm.org.tr/Resim/GelismselYetersizlikveOzelEgitimRaporu.pdf>. [Erişim tarihi: 25.08.2008].
28. <http://www.shcek.gov.tr/Yayinlar/FaaliyetRaporlari/2007.FAALIYET.RAPORU.pdf> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
29. *Türkiye Özürlüler Araştırması Temel Göstergeleri, ÖZİDA*, <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/oztemelgosterge.htm> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
30. <http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/tedavi/hafta.htm> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
31. *Türkiye Özürlüler Araştırması Temel Göstergeleri, ÖZİDA*, <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/oztemelgosterge.htm> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
32. *Özürlü Çocuklara Yönelik Rehabilitasyon ve Özel Eğitim Hizmetleri Çalışması Raporu (2005)*, <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/ozelegitim.htm> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
33. A.g.e.
34. *Dünyada sosyal rehabilitasyon*, <http://www.ozida.gov.tr/egitim/sosyalreh.htm> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
35. A.g.e. ve *Toplum Temelli Rehabilitasyon Projesi*, <http://www.ozida.gov.tr/egitim/ttr.htm> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
36. http://www.shcek.gov.tr/istatistik/2008_Haziran.asp [Erişim tarihi: 11.08.2008].
37. <http://www.shcek.gov.tr/Yayinlar/FaaliyetRaporlari/2007.FAALIYET.RAPORU.pdf> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
38. A.g.e.
39. Tufan, İ. ve Arun, O. (Ocak 2006, Ankara), *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi*, <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/troailerianaliz.htm>, [Erişim tarihi: 11.08.2008].
40. http://orgm.meb.gov.tr/Istatistikler/2007-2008_GENEL_SONUC.pdf [Erişim tarihi: 11.08.2008].
41. <http://www.tohumotizm.org.tr/Resim/GelismselYetersizlikveOzelEgitimRaporu.pdf> [Erişim tarihi: 25.08.2008].
42. http://orgm.meb.gov.tr/Istatistikler/2007-2008_GENEL_SONUC.pdf [Erişim tarihi: 11.08.2008].
43. http://insanca.kadikoy.bel.tr/engelli_merkezi.html [Erişim tarihi: 11.08.2008].
44. <http://application2.ibt.gov.tr/SaglikveSosyalHizmetler/isom/isom.html> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
45. <http://www.otizmplatformu.org/node/28>
46. SHÇEK yetkilisiyle bireysel görüşme
47. Tufan, İ. ve Arun, O. (Ocak 2006, Ankara), *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi*, <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/troailerianaliz.htm>, [Erişim tarihi: 11.08.2008].
48. <http://www.shcek.gov.tr/Yayinlar/FaaliyetRaporlari/2007.FAALIYET.RAPORU.pdf> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
49. A.g.e.
50. http://www.shcek.gov.tr/duyuru/ozurlu/ozel_yatili_merkezler.xls [Erişim tarihi: 11.08.2008].
51. Tufan, İ. ve Arun, O. (Ocak 2006, Ankara), *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi*, <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/troailerianaliz.htm>, [Erişim tarihi: 11.08.2008].
52. *Korumalı İşyerleri Araştırması (2004)*, <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/korumaissyeri.htm> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
53. <http://www.gulenyuzler.net> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
54. A.g.e.
55. <http://www.sp.gov.tr/documents/planlar/OzurlulerIdaresiBaskanligiSP0812.pdf> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
56. Tufan, İ. ve Arun, O. (Ocak 2006, Ankara), *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi*, <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/troailerianaliz.htm>, [Erişim tarihi: 11.08.2008].
57. <http://www.shcek.gov.tr/Yayinlar/FaaliyetRaporlari/2007.FAALIYET.RAPORU.pdf> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
58. *III. Özürlüler Şurası: Bakım Hizmetleri, Komisyon Raporları ve Genel Kurul Görüşmeleri (2007)*, İstanbul: Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı.
59. <http://www.shcek.gov.tr/Yayinlar/FaaliyetRaporlari/2007.FAALIYET.RAPORU.pdf> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
60. *Toplum Temelli Rehabilitasyon Projesi*, <http://www.ozida.gov.tr/egitim/ttr.htm> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
61. Tufan, İ. ve Arun, O. (Ocak 2006, Ankara), *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi*, <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/troailerianaliz.htm>, [Erişim tarihi: 11.08.2008].
62. Zihinsel Özürlüler Federasyonu ile yapılan telefon görüşmesinde öğrenilmiştir.

2. Bölüm

Ulusal ve Uluslararası Mevzuattaki Haklar



ENGELLİ BİREYLERİN HAKLARINA İLİŞKİN TEMEL ULUSAL VE ULUSLARARASI STANDARTLAR

Nalan Erkem

Aile Ortamında Yaşama Hakkı

Özürlüler Yasası'nın 4. maddesi, Birleşmiş Milletler Engelli Kişilerin Haklarına Dair Bildiri 9.madde ve BM Zihinsel Engelli Kişilerin Haklarına Dair Sözleşme 4. maddesine göre engellilere yönelik hizmetlerin sunumunda aile bütünlüğünün korunması esastır.

Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin 19. maddesine göre engelli kişiler, kendi aileleri veya bakıcı aileler ile birlikte yaşamak ve her türlü sosyal,

yaratıcı ya da eğlendirici faaliyetlere katılma hakkına sahiptir.

Birleşmiş Milletler'in Psikiyatrik Rahatsızlığı Olan Kişilerin Korunması ve Ruh Sağlığı Hizmetlerinin İyileştirilmesine İlişkin ilkelerinin 13/2 nolu maddesine göre psikiyatrik teşhis almış kişiler eğlence ve sosyal, kültürel gereksinimlerinin karşılanması hakkına sahiptir.

Kendi Kaderini Belirleme Hakkı

Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin 19. maddesine göre engelli kişiler nerede ve kiminle yaşayacaklarına kendileri karar verme hakkına sahiptir. Belirli bir yerde yaşamaya zorlanamaz. Taraf devletler engelli kişinin toplumsal yaşama tam katılımı için tercih ettikleri yerde yaşayabilmelerini sağlayacak toplum temelli yaygın hizmetleri sunmak ve gereken destekleri sağlamakla yükümlüdür.

Mesleki Rehabilitasyon ve Eğitim Hakkı

Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi 24. maddesi ve Özürlüler Yasası'nın 13. maddesine göre engelli kişilerin mesleki eğitim ve rehabilitasyon hakkı vardır.

24.madde ve BM Engelli Hakları Sözleşmesi Özürlüler Yasası'nın 15. maddesine göre engellilerin eğitim alması hiçbir gerekçeyle engellenemez, özel durumları dikkate alınarak bütünleştirici eğitim hakları vardır. Yani herkes gibi okullara kaydolma ve eğitim alma hakları vardır.

Onur Kırıcı ve Kötü Muameleye Karşı Korunma Hakkı

Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin 12. ve 15. maddelerine göre ve Birleşmiş Milletler Engelli Kişilerin haklarına İlişkin Bildiri'nin 10. maddesine göre engelli kişiler her türlü istismara, ayrımcı, kötüye kullanıcı ve onur kırıcı nitelikteki düzenleme ve muamelelere karşı korunur.

Özgürlük ve Güvenlik Hakkı

Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin 14. maddesine göre engelli kişilerin hem özgürlük hem de güvenlik hakkı vardır.

Birleşmiş Milletler'in Psikiyatrik Rahatsızlığı Olan Kişilerin Korunması ve Ruh Sağlığı Hizmetlerinin İyileştirilmesine İlişkin ilkelerinin 9. maddesine göre psikiyatrik teşhis almış kişilerin tedavisi en az kısıtlayıcı ortamda ve en az kısıtlayıcı yöntemlerle yapılmalıdır.

Birleşmiş Milletler'in Psikiyatrik Rahatsızlığı Olan Kişilerin Korunması ve Ruh Sağlığı Hizmetlerinin İyileştirilmesine İlişkin İlkeleri'nin 13/1 nolu madde-

sine göre psikiyatrik teşhis almış kişilerin iletişim özgürlüğü ve mahremiyet hakkı vardır.

Özürlüler Yasası'nın 6. maddesi ve Birleşmiş Milletler Psikiyatrik Rahatsızlığı Olan Kişilerin Korunması ve Ruh Sağlığı Hizmetlerinin İyileştirilmesine İlişkin İlkelerin 3. maddesine göre engelli kişilerin yaşamlarını öncelikle bulundukları ortamda sağlık, huzur ve güven içinde sürdürme hakları vardır.

Ayrıca, engellilerin hakları yukarıdaki spesifik düzenlemelerin dışında, diğer tüm uluslararası insan hakları sözleşmelerinin koruması altındadır.



PSİKİYATRİK TEŞHİS ALMIŞ BİREYLERİN ULUSAL MEVZUATTAKİ HAKLARI

Özlem Yılmaz

Giriş

Psikiyatrik teşhis almış kişilerle ilgili olarak Türkiye’de yasa anlamında özel bir düzenleme bulunmamaktadır. Psikiyatrik teşhis almış kişilere ilişkin farklı yasa ve yönetmeliklere dağılmış bir mevzuat söz konusudur. Halen ruh sağlığı sorunları yaşayan kişilerin haklarını güvence altına alan ve ruh sağlığı hizmetlerinin standartlarını belirleyen bir ruh sağlığı yasası yürürlüğe girmemiştir.

Psikiyatrik teşhis almış kişiler hastalığın yarattığı engellilik oranına bağlı olarak Özürlüler Kanunu’nda yer alan haklardan da yararlanabilmektedirler. Bu kanunda psikiyatrik rahatsızlıklar süregelen (kronik) hastalıklar grubu içinde ele alınmıştır. Bu kanunla güvence altına alınan haklar Gülçin Aktunç Hasipek’in yazısında zihinsel engellilerin hakları başlığı altında

incelenmiş olduğundan bu bölümde tekrar değinilmemiştir.

Ruh sağlığı alanında hastaların en sık dile getirdiği sorunlar istemsiz yatışlar ve istemsiz tedavidir. Dolayısıyla bu bölümde bu konudaki mevzuatın incelenmesine ağırlık verilmiştir.

İstemsiz yatışlara ilişkin Medeni Kanun'da ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nde hükümler bulunmaktadır. Anayasanın 90. maddesine göre usulüne uygun olarak onanmış insan haklarına ilişkin sözleşmeler iç hukuk hükmündedir. Ve yasalarla çatıştığında sözleşme hükümleri uygulanır. İstemsiz yatışlara ilişkin olarak Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi-AİHS'nin 5. maddesi Kişi Özgürlüğü ve Güvenliğini, 3. maddesi İşkence ve Kötü Muamele Görmeme Hakkını, 8. maddesi ise Özel Yaşamın Gizliliğini düzenlemiştir. Dolayısıyla Türkiye'nin 1954 yılında imzaladığı bu sözleşme bağlayıcı niteliktedir.

İstemsiz tedaviye ilişkin ise Hasta Hakları Yönetmeliği'nde hükümler bulunmaktadır.

1. Ayrımcılık Yasağı

Avrupa İnsan Haklarının ve Temel Özgürlüklerin Korunması Sözleşmesi'ne (Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi) Ek 12 Nolu Protokol'ün 1. maddesi benzer genişlikte bir ayrımcılık tanımı yapar ve ayrımcılığı genel olarak yasaklar. Türkiye bu ek protokolü imzalamış ancak onaylamamıştır:

Madde 1- Genel olarak ayrımcılığın yasaklanması Kanunda öngörülen haklardan yararlanma, cinsiyet, ırk, renk, dil, din, siyasi veya başka görüşler, ulusal ya da sosyal köken, ulusal bir azınlığa mensubiyet, servet, doğum veya başka bir statüden kaynaklanan herhangi bir nedenle ayırım yapılmaksızın sağlanır. Kimse, herhangi bir kamu otoritesi tarafından, 1. fıkrada sayılan gerekçelerle ayrımcılığa tabi tutulamaz.

Birleşmiş Milletler Kişisel ve Siyasal Haklar Sözleşmesi'nin Madde 2 Paragraf 1' bu Sözleşme'ye taraf her Devletin kendi ülkesinde yaşayan ve yetkisi altında bulunan tüm bireylere ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasi ya da başka fikir, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, doğum ya da başka bir statü bakımından hiçbir ayırım gözetmeksizin bu Sözleşme'de tanınan hakları sağlamak ve bu haklara saygı göstermek yükümlülüğünü dile getirir.

Aynı sözleşmenin 26. maddesi ise herkese yasalar önünde eşitlik sağlanması ve herkesin hiçbir ayırım gözetilmeksizin yasalarca eşit derecede korunması

gereğini ve bu bakımdan yasaların her türlü ayrımı yasaklayarak ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasi ya da başka fikir, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, doğum veya diğer statüler gibi her bağlamda ayrımcılığa karşı eşit ve etkili korumayı sağlaması gerektiğini dile getirir.

Ayrımcılık yasağı ulusal mevzuatta Anayasa'nın 10. maddesinde düzenlenmiştir. Anayasanın 10. maddesine göre *"Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir."* Anayasanın 61/2. Maddesi ise pozitif ayrımcılık ilkesi gereğince devlete engellilerin korunması ve hayata uyum sağlamaları için gerekli girişimlerde bulunma yükümünü yükler.

Özürlüler Kanunu'nun 4. maddesi ise devlete engellilerin her tür istismarına karşı sosyal politikalar ve ayrımcılıkla mücadele konusunda engellilere yönelik politikalar geliştirme ödevini yükler.

Türk Ceza Kanunu'nun, 122. maddesi genel anlamda ayrımcılığı ilk kez yasaklamakta ve ayrımcılığa karşı cezai yaptırım öngörmektedir.

4857 Sayılı İş Kanunu'nun 5. maddesi iş ilişkisinde ayrımcılığı yasaklamakta. Ancak işe alım sırasındaki ayrımcılığı kapsamamaktadır.

Ayrımcılık, özellikle damgalama ve olumsuz önyargılar psikiyatrik teşhis almış kişilerin yalıtılmış bir yaşam içinde yaşamasına neden olmaktadır. Bu yalıtılmışlık, hastalığın daha da kökleşmesine yol açmaktadır. Psikiyatrik teşhis almış kişilerin çoğu, aile ortamından başlayarak, tedavi, eğitim, sosyal yaşam, istihdam gibi hemen her konuda ayrımcılığın yarattığı sorunlarla karşı karşıya kaldığı için ayrımcılık yasağı bu kişiler için çok önemli bir yasal düzenlemedir.

2. Kişi Özgürlüğü ve Güvenliği Hakkı

Anayasa'nın 19. maddesine göre herkes kişi hürriyeti ve güvenliğine sahiptir:

Mahkemelerce verilmiş hürriyeti kısıtlayıcı cezaların ve güvenlik tedbirlerinin yerine getirilmesi; bir mahkeme kararının veya kanunda öngörülen bir yükümlülüğün gereği olarak ilgilinin yakalanması veya tutuklanması; bir küçüğün gözetim altında ıslahı veya yetkili merci önüne çıkarılması için verilen bir kararın yerine getirilmesi; toplum için tehlike teşkil eden bir akıl hastası, uyuşturucu madde veya alkol tutkunu, bir serseri veya hastalık yayabilecek bir kişinin bir müessesede tedavi, eğitim veya ıslahı için kanunda belirtilen esaslara uygun olarak alınan ted-

birin yerine getirilmesi; usulüne aykırı şekilde ülkeye girmek isteyen veya giren, ya da hakkında sınır dışı etme yahut geri verme kararı verilen bir kişinin yakalanması veya tutuklanması halleri dışında kimse hürriyetinden yoksun bırakılamaz.

T.C. Anayasası toplum için tehlike oluşturan psikiyatrik teşhis almış kişilerin tedavi, eğitim veya ıslahı için yasada belirtilen tedbirin yerine getirilmesi için özgürlüğünden yoksun bırakılabileceğini belirtmektedir. Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanmasına istemsiz yatış da denmektedir. Bununla ilgili düzenlemeler aşağıda sıralanmıştır:

Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması (İstemsiz Yatış) ve Vasilik

İstemsiz yatışlara ilişkin Medeni Kanun'da ve Hasta Hakları Yönetmeliği'ndeki hükümlere bakmadan önce uluslararası sözleşmelerdeki hükümlere göz atmak faydalı olacaktır:

İstemsiz yatışlara ilişkin olarak Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 5. maddesi Kişi Özgürlüğü ve Güvenliğini, 3. Maddesi İşkence ve Kötü Muamele Görmeme Hakkını, 8. Maddesi ise Özel Yaşamın Gizliliğini düzenlemiştir.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 5. maddesine göre:

"Herkesin kişi özgürlüğüne ve güvenliğine hakkı vardır. Aşağıda belirtilen haller ve yasada belirlenen yollar dışında hiç kimse özgürlüğünden yoksun bırakılamaz. Bulaşıcı hastalık yayabilecek bir kimsenin, bir akıl hastasının, bir alkoliğin, uyuşturucu madde bağımlısı bir kişinin veya bir serserinin usulüne uygun olarak tutulması"

Türk Ceza Kanunu'nun 94. maddesi de işkence suçunu düzenlemiştir:

MADDE 94. - [1] *Bir kişiye karşı insan onuruyla bağdaşmayan ve bedensel veya ruhsal yönden acı çekmesine, algılamaya veya irade yeteneğinin etkilenmesine, aşağılanması yol açacak davranışları gerçekleştiren kamu görevlisi hakkında üç yıldan 12 yıla kadar hapis cezasına hükmolunur.*

Bu konuda önemli belgelerden olan Psikiyatrik Rahatsızlığı Olan Kişilerin Korunması ve Ruh Sağlığı Hizmetlerinin İyileştirilmesine İlişkin İlkeler ve Avrupa Konseyi 10 Nolu Tavsiye Kararı gereğince:

• Her yatırılma vakası bağımsız yargı organları tarafından izlenmelidir.

• İstemsiz yatış ancak tedavi edici bir amaç doğrultusunda ya da Kişinin durumu kendi ya da

başkalarının sağlığına zarar verme konusunda ciddi bir risk taşıdığına söz konusu olabilir.

• Kişinin mahkeme önünde istemsiz yatışa ilişkin olarak kendi ifadeleri ya da savunmacı aracılığıyla dinlenme hakkı vardır.

• Kendisini savunamayacak durumda olanların avukat tutma hakkı vardır.

• Bedelsiz yasal yardıma ulaşma hakkı vardır.

• Karara karşı çıkma ve makul aralıklarla yatırılma süreçlerinin yasal olup olmadığını izletme hakkı vardır.

Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi içtihatlarına göre ise istemsiz yatış için:

• Kişinin akıl sağlığının yerinde olmadığını gösteren tıbbi uzman raporu bulunmalıdır.

• Akıl bozukluğu zorunlu tutulmayı gerektirecek şekilde tutma süresince devam eden bir nitelik veya derecede olmalıdır.

• Alkolikler ve uyuşturucu bağımlıları:

keyfilik/orantılılık denetimi önemlidir. -eğer kendilerine ve topluma yönelik bir tehdit yoksa tutma gerekli ve yasal olmayacaktır.

Medeni Kanun'da birçok madde ile istemsiz yatışlar ele alınmaktadır:

Medeni Kanun'un 432. maddesine göre, *akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması halinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir. Görevlerini yaparlarken bu sebeplerden birinin varlığını öğrenen kamu görevlileri, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar. İlgili kişi durumu elverir elvermez kurumdan çıkarılır.*

Medeni Kanun'un bu maddesi uluslararası standartlara uygun değildir. Genelde tıbbi rapor bulunmadan ve kişi yargıç önünde dinlenmeden hastaneye bir yakını tarafından yatırılmakta ve yıllarca yargısal denetim olmadan hastanede kalmaktadır. Bu sorunu çözmenin yolu hastane personelinin istemsiz yatışları Sulh Ceza Hakimine otomatik olarak bildirmesidir.

Medeni Kanun'un aşağıda yer alan 434. maddesi yetkililere bu durumu vesayet makamına bildirme yükümlülüğünü getirmektedir :

Kısıtlı bir kişi bir kuruma yerleştirildiği veya alıkonulduğu ya da ergin bir kişi hakkında vesayete ilişkin diğer önlemlerin alınmasına gerek görüldüğü takdirde, kişinin bulunduğu yer vesayet makamı veya özel kanunlarda öngörülen ilgililer, durumu yerleşim yeri vesayet makamına bildirmekle yükümlüdürler.

Genel olarak Medeni Kanun'un 436. maddesine göre: *Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması, aşağıdaki kurallar saklı kalmak üzere, Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanununa tabidir:*

1. Karar verilirken ilgilinin bunun sebepleri hakkında bilgilendirilmesi ve karara karşı denetim makamına itiraz edebileceğine yazılı olarak dikkatinin çekilmesi zorunludur.
2. Bir kuruma yerleştirilen kişiye, alıkonulma kararına veya kurumdan çıkarılma isteminin reddine karşı en geç on gün içinde denetim makamına itiraz edebileceği derhal yazılı olarak bildirilir.
3. Mahkeme kararını gerektiren her istem, gecikmesizin yetkili hakime ulaşır.
4. Yerleştirme kararı veren vesayet makamı veya hakim durumun özelliklerine göre bu istemin görüşülmesini erteleyebilir.
5. Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arz eden bulaşıcı hastalığı olanlar hakkında, ancak resmi sağlık kurulu raporu alındıktan sonra karar verilebilir. Vesayet makamının daha önceden bilirkişiye başvurmuş olması halinde denetim makamı bundan vazgeçebilir.

Yargılama usulü açısından ise Madde 437'ye göre: gerektiğinde ilgili kişiye adli yardım sağlanacağı ve Hakim, karar verirken ilgili kişiyi dinleyeceği belirtilmiştir.

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde kurumlara yatırılma süreci ile ilgili genel bir standart bulunmamaktadır. Yönetmelikte avukat tutma, delil gösterme, tanıkları sorgulama, yüksek mahkemeye başvurma hakkı da bulunmamaktadır.

İstemsiz yatışlara ilişkin Medeni Kanun hükümlerinin yetersiz kaldığı durumlarda Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 5/e maddesinin uygulanması istenebilir ve Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi'nin içtihatlarında bu konudaki yerleşmiş kriterlerin uygulanması talep edilebilir.

Vesayet Sistemi ve Vasilik

Medeni Kanun Madde 13: *"Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes, bu Kanuna göre ayırt etme gücüne sahiptir"* der.

Medeni kanun Madde 14'e göre ise ayırt etme gücü bulunmayanların, küçüklerin ve kısıtlıların fiil ehliyeti yoktur. Bu durumdaki kişilerin bazı haklardan yararlanabilmeleri için kendilerine onların şahsi haklarını ve malları korumak amacıyla vasi tayin edilir.

Vasilik Medeni Kanun'un 403 ile 483. maddeleri arasında ayrıntılı olarak düzenlenmiştir.

Medeni Kanun 414. Madde uyarınca vesayet altına alınacak kişinin öncelikle eşi veya yakın hısımlarından biri, vasilik koşullarına sahip olmaları kaydıyla vasi olur.

Medeni Kanun 435. maddesine göre *"Kuruma yerleştirilen kişi veya yakınları, verilen karara karşı kendilerine bildirilmesinden başlayarak on gün içinde denetim makamına itiraz edebilirler."* Bu hak, kurumdan çıkarılma isteminin reddi halinde de kullanılabilir. Ayrıca Madde 461 *"Ayırt etme gücüne sahip olan vesayet altındaki kişi ve her ilgili, vasinin eylem ve işlemlerine karşı vesayet makamına şikayette bulunabilir. Vesayet makamının kararlarına karşı tebliğ gününden başlayarak on gün içinde denetim makamına itiraz edilebilir."* hükmünü getirmiştir.

Çocuk ve gençlerin koruma amacıyla özgürlüğünün kısıtlanması konusunda ise *"Küçüklerin koruma amacıyla bir kuruma yerleştirilmesine vasinin başvurusu üzerine vesayet makamı veya gecikmesinde sakınca bulunan hallerde bizzat vasi karar verir ve durumu derhal vesayet makamına bildirir. Bunun dışında usul ve yetkiyle ilgili konularda kısıtlı olsun veya olmasın erginlerin korunması amacıyla özgürlüklerinin kısıtlanmasına ilişkin hükümler uygulanır. Onaltı yaşını doldurmamış çocuk bu konuda mahkemeye bizzat başvuramaz. Eğer istemsiz yatış vasinin kararıyla gerçekleşmişse ve vasi görevini kötüye kullanıyorsa her ilgili vasinin eylem ve işlemlerine karşı vesayet makamına şikayette bulunabilir."* hükümleri getirilmiştir (Madde 446)

Vesayetın Kaldırılması

Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı yüzünden kısıtlanmış olan kişi üzerindeki vesayetın kaldırılmasına, ancak kısıtlama sebebinin ortadan kalkmış olduğunun resmi sağlık kurulu raporu ile belirlenmesi halinde karar verilebilir. (Medeni kanun Madde 474)

Savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı veya malvarlığını kötü yönetmesi sebebiyle kısıtlanmış olan kişinin vesayetın kaldırılmasını isteyebilmesi, en az bir yıldan beri vesayet altına alınmasını gerektiren sebeple ilgili olarak bir şikayete meydan vermemiş olmasına bağlıdır. (Medeni kanun Madde 475.)

Kendi isteğiyle kısıtlanmış olan kişi üzerindeki vesayetın kaldırılması, kısıtlamayı gerektiren sebebin ortadan kalkmasına bağlıdır. (Medeni Kanun Madde 476) Ayırt etme gücüne sahip olan vesayet altındaki kişi veya her ilgili, vasinin görevden alınmasını

isteyebilir. Görevden alınmayı gerektiren sebebin varlığını başka bir yoldan öğrenen vesayet makamı, vasiyi re'sen görevden almakla yükümlüdür. (Medeni Kanun Madde 484)

Vasinin görevden alınması için ise şu hüküm getirilmiştir: Vasi, görevini ağır surette savsaklar, yetkilerini kötüye kullanır veya güveni sarsıcı davranışlarda bulunur ya da borç ödemede acze düşerse, vesayet makamı tarafından görevden alınır. Vasinin görevini yapmakta yetersizliği sebebiyle vesayet altındaki kişinin menfaatleri tehlikeye düşerse, vesayet makamı kusuru olmasa bile vasiyi görevden alabilir. (Medeni Kanun Madde 483)

3. Aydınlatılmış Onam ve Tedaviyi Reddetme Hakkı

Aydınlatılmış Onam Hakkı “Hastanın anlayabileceği bir dil ve biçimde açık ve doğru bilgiye ulaşma hakkı”dır.

Bu bilgi; teşhis, tedavinin amacı, yöntemi, süresi, beklenen faydayı içermelidir. Bu hak kişinin tedaviyi reddetme hakkını da içerir.

Aydınlatılmış onam hakkının kısıtlanma koşulları: Avrupa Standartları

• Bir bireyi istemediği bir tedaviye maruz bırakma kararını mahkeme ya da yetkili başka bir organ almalıdır.

İstemsiz tedaviyi uygulama koşulları

- Kişinin durumu kendi sağlığına ve başkalarına ciddi zarar verme riskini taşıyorsa;
- Daha az zorlayıcı tedavi yöntemleri bulunmuyorsa
- Ancak bu durumda kişinin düşüncesi dikkate alınmalıdır.
- Kısa süre ve acil durumlarda uygulanmalıdır.
- Devamı için mahkeme kararı gereklidir.

Avrupa Konseyi 10 Nolu Tavsiye Kararı Adli Hastalar ve İstemsiz Tedavi konusunda

- Hastanın avukat tarafından temsil edildiği bir mahkeme sürecinin olması gerektiğini,
- Tedaviye Hekimin karar vermesi gerektiğini. Ancak istemsiz yatışlarda mahkeme kararının gerekli olacağını belirtmektedir.

Hasta Hakları Yönetmeliği ve Aydınlatılmış Onam Sağlık Durumu İle İlgili Bilgi Alma Hakkı

Hasta Hakları Yönetmeliği'nde kişinin sağlık durumu

ile ilgili bilgi alma hakkı ayrıntılı olarak düzenlenmiştir. Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usülleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.

Ancak, hastalar bilgilenebilirliğin ilişkin hakları olduğunun bilincinde değildir. Bu konuda hastaların bilgilendirilmesi yönetmeliğin etkin uygulanmasını sağlayacaktır. Ayrıca bilgi vermenin usulü konusunda da hekimlerin bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Uluslararası standartlara göre istemsiz tedavi, kişinin durumu kendi sağlığına ve başkalarına ciddi zarar verme riskini taşıyorsa; daha az zorlayıcı tedavi yöntemleri bulunmuyorsa uygulanabilir. Ancak bu durumda kişinin düşüncesi dikkate alınmalıdır. Kısa süreliğine ve acil durumlarda uygulanmalıdır. Devamı için mahkeme kararı gereklidir.

Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre ise, tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz.

Yönetmeliğin en önemli eksiklikleri denetim yolunun açık olmaması ve daha az zorlayıcı yöntemlerin bulunması şartını aramamasıdır. Hasta Hakları Yönetmeliği'nde onam hakkı hastanın ailesine aittir. Bireylere sınırlı bir aydınlatılmış onam ve tedaviyi reddetme hakkı tanıyor. Psikiyatrist, hastanın akli dengesinin yerinde olmadığına ve tedavisine ilişkin kararları alabilecek durumda olmadığına karar verirse onam almaz.

Genel Olarak Bilgi İsteme

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 15: Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usülleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir. Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir



başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenilebilir. Hasta, tedavisi ile ilgilenen tabip dışında bir başka tabipten de sağlık durumu hakkında bilgi alabilir.

Bilgi Vermenin Usulü

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 18: Bilgi, gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir.

Bilgi Verilmesi Caiz Olmayan ve Tedbir Alınması Gereken Haller

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 19: Hastanın manevi yapısı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimalinin bulunması ve hastalığın seyrinin ve sonucunun vahim görülmesi hallerinde, teşhisin saklanması caizdir.

Hastaya veya yakınlarına, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi verilip verilmemesi, yukarıdaki fıkrada belirtilen şartlar çerçevesinde tabibinin takdirine bağlıdır.

Tedavisi olmayan bir teşhis, ancak bir tabip tarafından ve tam bir ihtiyat içinde hastaya hissettirilebilir veya bildirilebilir. Hastanın aksi yönde bir talebinin bulunmaması veya açıklanacağı şahsın önceden belirlenmemesi halinde, böyle bir teşhis ailesine bildirilir.

Tıbbi Müdahalede Hastanın Rızası

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 24: Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunmadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz. Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Türk Medeni Kanunu'nun 346'ıncı ve 431'inci maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır.

Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayatı organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz. Üçüncü fıkrada belirtilen ve hayatı veya hayatı organlarından birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür. Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir. Rızanın müdahale başladıktan sonra geri alınması, ancak tıbbi yönden sakınca bulunmaması şartına bağlıdır.

Koruma Önlemleri

Medeni Kanun Madde 346.- Çocuğun menfaati ve gelişmesi tehlikeye düştüğü takdirde, ana ve baba duruma çare bulamaz veya buna güçleri yetmezse hakim, çocuğun korunması için uygun önlemleri alır.

Tedaviyi Reddetme ve Durdurma

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 25: Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu halde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.

Küçüğün veya Mahcurun Tıbbi Müdahaleye İştiraki

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 26: Kanuni temsilcinin muvafakatinin gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğu ölçüde küçük veya mahcur olan hastanın dinlenmesi suretiyle tıbbi müdahaleye iştiraki sağlanır.

Alışılmış Olmayan Tedavi Usullerinin Uygulanması

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 27: Klinik veya laboratuvar muayeneleri sonucunda bilinen klasik tedavi metodlarının hastaya fayda vermeyeceğinin sabit olması ve daha evvel deney hayvanları üzerinde kafi derecede tecrübe edilmek suretiyle faydalı tesirlerinin anlaşılması ve hastanın rızasının bulunması şartları birlikte mevcut olduğunda, bilinen klasik tedavi metodları yerine başka bir tedavi usulü uygulanabilir. Ayrıca, bilinen klasik tedavi metodu dışındaki bir metodun uygulanabilmesi için, hastaya faydalı olacağının ve bu tedavinin bilinen klasik tedavi usullerinden daha elverişsiz sonuç vermeyeceğinin muhtemel olması da şarttır. Evvelce tecrübe edilmemiş bir tıbbi tedavi ve müdahale usulü, ancak zarar vermeyeceğinin ve hastayı kurtaracağının mutlak olarak öngörülmesi halinde yapılabilir.

Hasta Hakları Yönetmeliğinde Yer Alan Sorumluluk ve Hukuki Korunma Yolları

Müracaat, Şikayet ve Dava Hakkı

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 42: Hastanın ve hasta ile ilgili bulunanların, hasta haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakları vardır.

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumluluğu

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 43: Hasta haklarının ihlali halinde, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş aleyhine maddi veya manevi veyahut hem maddi ve hem de manevi tazminat davası açılabilir.

Ancak, aleyhine dava açılacak merciin kamu kurum ve kuruluşu olması halinde;

a) 2577 sayılı İdari Yargılama Usulü Kanunu'nun 12 nci maddesine göre; hakkın bir idari işlem dolayısı ile ihlal edilmesi halinde ilgililer, doğrudan doğruya tam yargı davası veya iptal ve tam yargı davalarını birlikte açabilecekleri gibi ilk önce iptal davası açarak bu davanın karara bağlanması üzerine dava açma süresi içerisinde tam yargı davası açabilirler.

b) Aynı Kanun'un 13 üncü maddesi uyarınca, zarar verici eylemin öğrenildiği tarihten itibaren en geç bir yıl içinde maddi ve manevi tazminat olarak istenilen tazminat miktarı ayrı ayrı gösterilerek idareye müracaat edilmesi ve talebin açıkça veya zımnen reddi halinde kanuni süresi içinde idari yargı mercilerinde dava açılması gerekir.

Devlet Memuru veya Diğer Kamu Görevlisi

Personelin Sorumluluğu

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 44: Bu Yönetmelik'te gösterilmiş olan hasta haklarının fiilen kullanılmasına mani olan veya bu hakları başka şekilde ihlal eden personelin, cezai, mali ve inzibati sorumluluklarının tamamı veya bunlardan bir kısmı doğabilir.

Birinci fıkrada belirtilen sorumluluklar haricinde, ihlalin durumuna göre, personeli istihdam eden kurum ve kuruluş tarafından personel hakkında uygulanacak idari tedbir ve müeyyideler saklıdır.

Kamu Personelinin Sorumluluğunu Tesbit Usulü

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 45: Kamu kurum ve kuruluşlarında görevli personelin, hasta haklarını ihlal eden fiil ve halleri, şikayet halinde veya idarece kendiliğinden tespit edildiğinde, hadisenin takibi, soruşturulması ve gerekir ise müeyyideye bağlanması için doğrudan valiliklerce veyahut Bakanlık veya personelin görevli olduğu kurumlar tarafından müfettiş veya muhakkik görevlendirilir.

Kamu Personeli Hakkındaki Müeyyideler

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 46: Hasta haklarının Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi personel tarafından ve görevleri sırasında herhangi bir şekilde ihlali halinde uygulanacak müeyyideler aşağıda gösterilmiştir:

a) Kamu görevlisi olan personelin fiilinin niteliğine göre, soruşturmacı tarafından hakkında disiplin cezası teklif edilmiş ise, mevzuatın öngördüğü disiplin cezaları yetkili amir veya kurullarca usulüne göre takdir edilir.

b) Hak ihlali aynı zamanda ceza hukukuna göre suç

teşkil ettiği takdirde, memur olan personel hakkında, Memurin Muhakematı Hakkında Kanunu Muvakkat hükümlerine göre yapılan soruşturma sonucunda lüzum-u muhakeme kararı verilir ise, dosya cumhuriyet başsavcılığı'na gönderilerek ceza davası açılması ve böylece personel hakkında fiiline uygun bulunan cezai müeyyidenin tatbiki sağlanır.

c) Anayasa'nın 40 ıncı maddesinin ikinci fıkrası, 129 uncu maddesinin beşinci fıkrası ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 13 üncü maddesi ve ilgili diğer mevzuat uyarınca, memurların ve diğer kamu görevlilerinin hukuki sorumluluğu doğrudan doğruya memur aleyhine açılacak dava yolu ile gerçekleştirilemez. Dava, 43 üncü maddede gösterilen usule göre, ancak idare aleyhine açılabilir. Bu personelin hukuki sorumluluğunun doğması, idare aleyhine açılacak dava neticesinde tazmin kararı verilmesine bağlıdır.

Kamu görevlisi personelin verdiği zarar, mahkeme kararı üzerine idare tarafından tazmin edildikten sonra, müsebbibi olan sorumlu personele rücu edilir.

d) Kamu görevlisi personelin mesleklerini resmi görevleri dışında serbest olarak icra etmekte iken işledikleri fiillerden dolayı haklarında 47 nci maddeye göre işlem yapılır.

Kamu Görevlisi Olmayan Personelin Sorumluluğu

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 47: Hasta haklarının Devlet memuru veya diğer kamu görevlisi olmayan personel tarafından herhangi bir şekilde ihlali halinde uygulanacak müeyyideler aşağıda gösterilmiştir:

a) Kamu görevlisi olmayan personel; hakları ihlal edilen hastanın doğrudan vaki olacak şikayeti üzerine veya bu fiillerin başka şekilde tespiti halinde Bakanlık veya başka kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan bildirim üzerine, bunların özel kanunlara göre kurulmuş olan kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları haysiyet divanlarınca disiplin cezaları ile cezalandırılabilir.

b) Kamu görevlisi olmayan personelin hasta haklarını ihlallerinden doğan hukuki sorumlulukları, genel hükümlere göre doğrudan doğruya kendilerine veya bunları çalıştıran kurum ve kuruluşlara karşı veya hem kendilerine ve hem de çalıştıranlara karşı birlikte dava açılarak ileri sürülebilir.

c) Kamu görevlisi olmayan personel hakkında, ceza

hukukuna göre suç teşkil eden fiilleri sebebiyle cezai müeyyideler tatbik edilmesi, genel hükümlere göre doğrudan doğruya cumhuriyet savcılıklarına yapılacak ihbar veya şikayet yoluyla gerçekleştirilebilir.

Kurum ve Kuruluş Yetkililerinin Görevi

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 48: Sağlık kurum ve kuruluşlarının yetkilileri; bu Yönetmelik'te ve diğer mevzuatta belirtilen hasta haklarının lafzına ve ruhuna uygun olarak kullanılabilmesine yardımcı olmak amacı ile bu Yönetmelik'te gösterilen "hasta hakları"nı bir liste, tabela veya broşür haline getirerek, bunları sağlık kurum ve kuruluşunun, hastalar, personel ve ziyaretçiler tarafından kolayca ulaşıp okunabilecek uygun yerlerinde bulundurmak da dahil olmak üzere, gereken bütün tedbirleri almakla mükellef ve yetkilidir.

4. Sağlık Hakkı

Sağlık hakkı konusunda karşılaşılan en önemli sorunlardan biri psikiyatri hastanelerinde fiziksel rahatsızlıklara ilişkin müdahale olanağının yetersiz olması ve psikiyatri hastalarının diğer hastanelerde tedavisine ilişkin yaşanan zorluktur. Ayrıca psikiyatrik teşhis almış kişilere Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun olarak hangi işlemin nasıl yapılacağı genellikle açıklanmamaktadır. Hasta haklarına ilişkin yeterince bilgilendirme yapılmamaktadır.

Hastaneden çıktıktan sonra tedavi ve rehabilitasyon için gündüz merkezleri bulunmaması da sağlık hakkının ihlaline neden olmaktadır.

Sağlık hakkı Anayasa Madde 56'da da belirtildiği gibi beden ve ruh sağlığını içerir ve herkes için en temel haklardan biridir. Buna göre: "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir."

Anayasa'nın 17. maddesine göre: "Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut bütünlüğüne dokunulmaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi

tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyeti ile bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz.”

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 39. maddesinde İnsani Değerlere Saygı Gösterilmesi ve Ziyaret Başlığı altında, “Hasta, kişilik değerlerine uygun bir şekilde ve ortamda sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir.

Sağlık hizmetlerinde görev alan bütün personel; hastalara, yakınlarına ve ziyaretçilere güler yüzlü, nazik, şefkatli ve sağlık hizmetleri ile ilgili mevzuat ve bu Yönetmelik hükümlerine uygun şekilde davranmak zorundadır.

Sağlık hizmetlerinin her safhasında, hastalara, onların bedeni ve ruhi durumları dikkate alınarak, hangi işlemin neden ve nasıl yapıldığı, yapılacağı ve bekletilmeleri sözkonusu ise, bekletilmenin sebepleri hususunda gerekli ve yeterli bilgi verilir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında, insan haysiyetine yakışır gereken her türlü hijyenik şartların sağlanması, gürültünün ve rahatsız edici diğer bütün etkenlerin bertaraf edilmesi esastır. Gerektiğinde, bu hususlar hasta tarafından talep konusu yapılabilir.

Hasta ziyaretçilerinin kabul edilmesi, kurum veya kuruluşça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak ve hastaların huzur ve sükunlarını bozacak fiil ve tutumlara sebebiyet vermeyecek şekilde gerçekleştirilir ve bu konuda gereken tedbirler alınır” hükmü yer almaktadır.

Ülkemizde yaşanan önemli sorunlardan biri de askere alınmada psikiyatrik teşhis almış kişilerin var olan raporlarının kimi zaman dikkate alınmamasıdır. Hasta ve hasta yakınlarının ifadelerine göre bazı durumlarda askeri hastanelerde alınan raporlar tam bir muayeneye dayanmamakta ve askerlik hizmeti yaptırılmaktadır. Bu durum, ruh sağlığı yerinde olmadığı halde askere alınan kişinin ruh sağlığının daha da bozulmasına yol açmaktadır.

5. Yaşadığı Topluluk İçinde Tedavi Görme ve Bakım Görme Hakkı

Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 41. maddesi Hizmetin Sağlık Kurum ve Kuruluşu Dışında Verilmesini Düzenler: Hastalar, aşağıdaki hallerde sağlık hizmetlerinden bulundukları yerlerde faydalanabilirler:

- a) Koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesinde,
- b) Tıbbi sebeplerden dolayı sağlık kuruluşuna bizzat gidilemeyen veya götürülemeyen hallerde,
- c) Tabii afetler gibi olağanüstü hallerde.

Hizmetin sağlık kuruluşu dışında verilmesi ile ilgili usul ve esaslar, Bakanlık tarafından ayrıca düzenlenir.

Bu konuda yeterli hizmetin verilmesinin önündeki en önemli engel gündüz tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinin bulunmamasıdır. Psikiyatrik teşhis almış kişi hastaneden çıktıktan sonra ilaç tedavisi dışında terapi ve rehabilitasyon hizmetlerinden yoksun kalmaktadır.

6. Eğitim ve Öğretim Hakkı

Anayasanın 42. maddesi eğitim hakkını düzenlemektedir:

Anayasa Madde 42: Kimse, eğitim ve öğrenim hakkından yoksun bırakılamaz.

Öğrenim hakkının kapsamı kanunla tespit edilir ve düzenlenir.

Eğitim ve öğretim, Atatürk ilkeleri ve inkılapları doğrultusunda, çağdaş bilim ve eğitim esaslarına göre, Devletin gözetim ve denetimi altında yapılır. Bu esaslara aykırı eğitim ve öğretim yerleri açılmaz. Eğitim ve öğretim hürriyeti, Anayasaya sadakat borcunu ortadan kaldırmaz.

İlköğretim, kız ve erkek bütün vatandaşlar için zorunludur ve Devlet okullarında parasızdır.

Özel ilk ve orta dereceli okulların bağlı olduğu esaslar, Devlet okulları ile erişilmek istenen seviyeye uygun olarak, kanunla düzenlenir.

(Ek fıkra: 9.2.2008-5735/2 md.) Kanunda açıkça yazılı olmayan herhangi bir sebeple kimse yükseköğrenim hakkını kullanmaktan mahrum edilemez. Bu hakkın kullanımının sınırları kanunla belirlenir.

7. Çalışma Hakkı

Anayasanın 49. maddesinde düzenlenmiştir.

Çalışma hakkı ve ödevi

Anayasa Madde 49: Çalışma, herkesin hakkı ve ödevidir.

(Değişik: 3.10.2001-4709/19 md.) Devlet, çalışanların hayat seviyesini yükseltmek, çalışma hayatını geliştirmek için çalışanları ve işsizleri korumak, çalışmayı desteklemek, işsizliği önlemeye elverişli ekonomik bir ortam yaratmak ve çalışma barışını sağlamak için gerekli tedbirleri alır. (Üçüncü fıkra mülga: 3.10.2001-4709/19 md.)

Çalışma şartları ve dinlenme hakkı

Anayasa Madde 50: Kimse, yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz.

Küçükler ve kadınlar ile bedenî ve ruhî yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunurlar.

Dinlenmek, çalışanların hakkıdır.

Ücretli hafta ve bayram tatili ile ücretli yıllık izin hakları ve şartları kanunla düzenlenir.



Devlet Memurları Kanunu ile yapılan düzenlemeye göre engelliler devlet memuru olabilmektedir ve en önemlisi Devlet Memurları Kanunu'nun 50. maddesine 30.5.1997 yılında eklenen ek madde ile devlet memurluğu sınavı özürllüler için ayrıca açılacak ve sorular uzmanlardan oluşturulacak bir kurul tarafından hazırlanacaktır.

İş Kanunu'nda da engellilerin çalıştırılmasına ilişkin hükümler bulunmaktadır. Gerek Devlet Memurları Kanunu gerekse İş Kanunu'ndaki en önemli sorun işyerinde çalıştırılacak zihinsel engellilerle ilgili bir oran bulunmaması ve toplumdaki önyargılar ve yasalarda bulunmasına rağmen denetleme ve eğitimsizlik nedeniyle engellenemeyen ayrımcılık nedeniyle engellilere tanınan oran içinde çok az psikiyatrik teşhis almış kişinin işe alındığı görülmektedir. İş Kanunu Madde 30: İşverenler elli veya daha fazla işçi çalıştırdıkları işyerlerinde her yılın Ocak ayı başından itibaren yürürlüğe girecek şekilde Bakanlar Kurulunca belirlenecek oranlarda özürllü ve eski hükümlü ile 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunun ek 1 inci maddesinin (B) fıkrası uyarınca istihdamı zorunlu olan terör mağduru işçiyi meslek, beden ve ruhi durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlüdürler. Bu kapsamda çalıştırılacak işçilerin toplam oranı

yüzde altıdır. Ancak özürllüler için belirlenecek oran, toplam oranın yarısından az olamaz. Aynı il sınırları içinde birden fazla işyeri bulunan işverenin bu kapsamda çalıştırmakla yükümlü olduğu işçi sayısı, toplam işçi sayısına göre hesaplanır. Bu konuda ise psikiyatrik teşhis almış kişiler tercih edilmemekte, işverenler tercihlerini bedensel engellilerden yana kullanmaktadır.

8. Özel Yaşamın Gizliliği

Anayasa'nın 20. maddesi ise Özel Yaşamın Gizliliğini düzenlemiştir.

Özel hayatın gizliliği

Anayasa Madde 20: Herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz. (Mülga cümle: 3.10.2001-4709/5 md. (Değişik: 3.10.2001-4709/5 md.) Millî güvenlik, kamu düzeni, suç işlenmesinin önlenmesi, genel sağlık ve genel ahlâkın korunması veya başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması sebeplerinden biri veya birkaçına bağlı olarak, usulüne göre verilmiş hâkim kararı olmadıkça; yine bu sebeplere bağlı olarak gecikmesinde sakınca bulunan hallerde de kanunla yetkili kılınmış merciin yazılı emri bulunmadıkça; kimsenin üstü, özel kâğıtları ve eşyası

aranamaz ve bunlara el konulamaz. Yetkili merciin kararı yirmidört saat içinde görevli hâkimin onayına sunulur. Hâkim, kararını el koymadan itibaren kırksekiz saat içinde açıklar; aksi halde, el koyma kendiliğinden kalkar.)

bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyeti ile bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz.

Özel hayatın ve aile hayatının korunması Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 8. Maddesinde de düzenlenmiştir:

Herkes özel ve aile hayatına, konutuna ve haberleşmesine saygı gösterilmesi hakkına sahiptir. Bu hakkın kullanılmasına bir kamu otoritesinin müdahalesi, ancak ulusal güvenlik, kamu emniyeti, ülkenin ekonomik refahı, dirlik ve düzenin korunması, suç işlenmesinin önlenmesi, sağlığın veya ahlakın veya başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması için, demokratik bir toplumda, zorunlu olan ölçüde ve yasayla öngörülmüş olmak koşuluyla söz konusu olabilir.

Hasta Hakları Yönetmeliği de mahremiyete saygı gösterilmesine ilişkin hükümler içerir:

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 21: Mahremiyete Saygı Gösterilmesi

Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir. Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

- a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,*
 - b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makül bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,*
 - c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,*
 - d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,*
 - e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,*
 - f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını,*
- kapsar.*

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez. Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır.

Sonsöz olarak:

Anayasanın 17. Maddesine göre:

Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında kişinin vücut



ZİHİNSEL ENGELİ BULUNAN BİREYLERİN ULUSAL MEVZUATTAKİ HAKLARI

Gülçin Aktunç Hasipek

Zihinsel engelli kişilerin haklarına ilişkin hükümler pek çok kanuna, yönetmeliğe dağılmış durumdadır. Bu durum zihinsel engelli kişilerin haklarını öğrenmeleri ve bunlardan yararlanmalarının önündeki ciddi engellerden biridir.

Başbakanlık Özürölüler İdaresi tarafından 2006 yılında yayımlanan Özürölüler Kanunu ve İlgili Mevzuat kitabında Anayasa'dan başlamak üzere yaklaşık 50 kanun ile 60 civarında yönetmelikte engelli kişiler ile ilgili hükümler bulunduğu belirtilmiştir .

Anayasa'da temel ilkeleri konulmuş olmakla birlikte zihinsel engelli kişilerin uluslararası hukukta da kabul edilmiş olan haklarının bir kısmı 1.7.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5378 sayılı Özürölüler Kanunu ile düzenlenmiş olup bu kanun, eksikliklerine rağmen temel bir kanun olarak önemlidir.

Bu bölümde, zihinsel engelli kişilerin haklarına ilişkin olarak uluslararası sözleşmelerin yanında, bazıları ulusal mevzuatta da belirtilen, uygulamada da en çok üzerinde durulan ve bu kimselerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri için sağlanması zorunlu olan temel haklar üzerinde durulacaktır. Ancak bunları incelerken uluslararası mevzuat ile de karşılaştırma yaparak ulusal mevzuattaki eksiklikler de ortaya koyulacaktır.

Temel Haklar

- Eşitlik - ayrımcılığa uğramama hakkı
- Eğitim hakkı
- Sağlık hakkı - Bakım hakkı
- Ekonomik güvence ve makul bir yaşam standardı edinme hakkı - Maaş Hakkı
- Çalışma Hakkı
- Şahsiyet ve mallarının korunması için Hukuksal Yardım Hakkı – Vasi Tayini Hakkı
- Yargılandığında Yasal Süreçlere Katılma Hakkı ve Müdafii Hakkı

Zihinsel Engelli Kişilerle İlgili Ulusal Mevzuat

Başlangıçta da belirttiğimiz gibi engelli kişiler konusundaki pek çok yasaya dağılmış olmasına rağmen biz burada özellikle zihinsel engelli kişiler, bu kişilerin aileleri, kurum çalışanları, sosyal hizmet uzmanları, doktorlar ve psikologlarla yaptığımız çalışmalar sonucu en çok üzerinde durulan ihtiyaçlara cevap veren haklardan sözedeceğiz.

Bu nedenlerle ulusal mevzuattaki tüm kanun ve yönetmelikleri incelemeyeceğiz. Özürlüler İdaresi Başkanlığı internet sitesinden engelliler ile ilgili tüm mevzuata ulaşmak mümkün: www.ozida.gov.tr.

Uluslararası insan hakları belgelerinde olduğu gibi bizim Anayasa'mızda ve mevzuatımızda da zihinsel engelli bireyler, "herkes", "her kişi", "tüm kişiler" ya da "hiç kimse" olarak birer özne olarak temel haklara sahiptir.

Bu nedenle, yaşam hakkı, düşünce ve vicdan özgürlüğü, ifade özgürlüğü, ayrımcılığa uğramama, işkence ve kötü muameleye uğramama, kölelik yasağı, örgütlenme özgürlüğü, eğitim hakkı, sosyal güvenlik hakkı, çalışma hakkı, adil yargılanma hakkı, seyahat özgürlüğü, demokratik yaşama katılma hakkı, kanunlar önünde eşitlik, evlenme ve aile kurma hakkı, kişi güvenliği hakkı, mülkiyet hakkı, yeterli yiyecek edinme hakkı, barınma hakkı, vb. haklar zihinsel engelli bireyleri de kapsar.

Biz burada temel yasalardan ve özellikle engelli haklarının gerek idari gerekse adli makamlar karşısındaki taleplerimiz sırasında kullanacağımız kanun ve yönetmelikler ile bunların eksik kaldığı durumlarda uluslararası sözleşmelerden bahsedeceğiz.

1. Ayrımcılık Yasağı

Anayasa'da en temel engelli hakları sıralanmıştır. Anayasa'nın 10. maddesi ile ayrımcılık yasağı açık bir şekilde dile getirilmiştir. Tüm uluslararası belgelerde de öncelikli olarak belirtilen ayrımcılık yasağı tüm engelliler için büyük önem taşır.

Anayasası'nın 10. maddesi'nde "*Herkes, dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir*" denilmektedir.

Anayasa'nın 10. maddesi ile birlikte okunduğunda Anayasanın 61/2. maddesi özellikle önemlidir. Bu madde uyarınca devlet "*engelli olması nedeniyle bir kişinin ayrımcılığa uğramasına engel olacağı*" gibi, pozitif ayrımcılık ilkesi gereğince engellilerin "*korunması ve toplum hayatına intibakları için gerekli girişimlerde bulunacaktır*". Anayasa'nın bu maddesi ile devlete uluslararası sözleşmeler ile taahhüt ettiği şekilde engellilerle ilgili olarak gerekli yasal ve idari önlemleri alması görevi verilmiştir.

Özürlüler Kanunu engellilerin haklarının tanımlanması ve bir çerçeveye oturtulması bakımından eksiklerine rağmen, elimizdeki en önemli kanundur. Özürlüler Kanunu'nun 4. maddesi ayrımcılık yasağı ile başlar.

Özürlüler Kanunu Madde 4/a- Devlet, insan onur ve haysiyetinin dokunulmazlığı temelinde, özürlülerin ve özürüllülüğün her tür istismarına karşı sosyal politikalar geliştirir. Özürlüler aleyhine ayrımcılık yapılamaz; ayrımcılıkla mücadele özürlülere yönelik politikaların temel esasıdır.

Engelli kişilerin eğitim, bakım ve rehabilitasyonunu sağlama görevleri Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu'na verilmiş olup, 1983 tarihli 2828 sayılı SHÇEK Kanunu'nda da hizmet verilirken ayrımcılık yapılamayacağı belirtilmektedir.

SHÇEK Kanunu Madde 4 d) Sosyal hizmetlerin yürütülmesi ve sunulmasında sınıf, ırk, dil, din, mezhep veya bölge farklılığı gözetilemez, hizmet talebinin hizmet arzından fazla olması halinde öncelikler, muhtaç olma derecesi ve başvuru veya tespit sırası esas alınarak belirlenir.

2. Eğitim Hakkı

Her insan gibi engelli bireylerin de en temel haklarından biri eğitim hakkıdır. Engellinin eğitimi; eğitim ve öğretim hakkı ile mesleki eğitim hakkını içerdiği gibi rehabilitasyonu da içermektedir. *Anayasa Madde 42 –Kimse, eğitim ve öğrenim hakkından yoksun bırakılamaz* diyerek temel hükmü koymuştur.

Özürölüler Kanunu 15. madde ise şöyle demektedir: *Hiçbir gerekçeyle özürölülerin eğitim alması engellenemez. Özürölü çocuklara, gençlere ve yetişkinlere, özel durumları ve farklılıkları dikkate alınarak, bütünleştirilmiş ortamlarda ve özürölü olmayanlarla eşit eğitim imkanı sağlanır.*

Burada üzerinde durulması gereken ve uygulamada en çok karşılaşılan sorun yaşı gereği bazı zihinsel engellilerin eğitim hakkının engellenmesidir. Yasa maddesi çok açıktır: “HİÇBİR GEREKÇE İLE”... “ÇOCUKLARA, GENÇLERE, YETİŞKİNLERE”. O halde, engelli kişilerin eğitimi ömür boyudur ve herhangi bir “yaşı geçti” iddiası ile zihinsel engelli bireyin eğitim hakkı engellenemez.

Yine özellikle uluslararası metinlerde üzerinde önemle durulduğu ve çok önemli olduğu için taraf devletlere görev olarak yüklenilen “bütünleştirilmiş ortamlarda ve özürölü olmayanlarla eşit imkanların sağlanması” ne yazık ki ülkemizde en çok ihlal edilen engelli haklarından biridir.

Zihinsel engelli kişilere, engellilik oranına bağlı olarak eğitim ve mesleki eğitim verilmektedir. Milli Eğitim Bakanlığı’nın tanımlarına göre engellilik düzeyi aşağıdaki şekilde değerlendirilmektedir:

- Hafif düzeyde zihinsel gelişme geriliği: IQ düzeyi 50-55 ile 70 arasındaki bireyleri kapsar. Eğitsel sınıflandırmaya göre EĞİTİLEBİLİR düzeydedirler. İlkokul içinde karma eğitim alabilirler. İlkokul sonrası MESLEK EĞİTİM MERKEZLERİNDE mesleki eğitim alabilirler. İyi bir eğitim ile mesleki yeterlilik kazanabilirler.

- Orta düzeyde zihin engeli: IQ 35-40 ile 50-55 arasında olanları kapsar. Eğitsel sınıflandırmaya göre ÖĞRETİLEBİLİR düzeydedirler. Sosyal ve günlük yaşam içindeki özbakım konusunda eğitim alabilirler. EĞİTİM UYGULAMA OKULLARI VE İŞ EĞİTİM MERKEZLERİNE gidebilirler. Öğrenmeleri çok yavaş kapasiteleri sınırlıdır.

- Ağır derecede zihin engelli: IQ 20-40 arasındadır.

Özbakım ve temizlik konusunda ömür boyu başkalarının desteğine ihtiyaç duyarlar.

- İleri derecede ağır zihinsel gelişme geriliği: Yaşamları tamamen birinin desteğine bağlıdır.

Özel eğitime ihtiyaç duyan engelli bireylere ilişkin hizmetler 18 Ocak 2000’de yürürlüğe giren ve yeniden düzenlenen Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliğine göre yürütülmektedir. Bu yönetmelik uyarınca:

Zihinsel engelli bireyin eğitim alabilmesi için RAM’a Rehberlik Araştırma Merkezi Eğitsel değerlendirme ve tanılama amacıyla başvuruda bulunulması gerekmektedir. RAM eğitsel değerlendirmeyi yapıp 60 gün içinde kararını verir. (Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği Madde: 22/e)

Bireyin eğitsel değerlendirme ve tanılaması için Rehberlik ve Araştırma Merkezi’nde oluşturulan Özel Eğitim Değerlendirme Kurulu tarafından verilen rapor uyarınca, Özel Eğitim Hizmetleri Kurulu tarafından zihinsel engelli bireyin yerleştirileceği kuruma karar verilir.

Bu karar verilirken ;

1- Yerleştirme kararında velinin yazılı görüşü dikkate alınmalıdır.

2- Birey, ikamet adresine göre mümkün olan en yakın okul veya kuruma yerleştirilmelidir. Özel Eğitim Hizmetleri Kurulu tarafından verilen bu kararlara karşı itiraz mümkündür.

a) Veli, eğitsel değerlendirme ve tanılama ile yerleştirme kararlarının her birine birer defa olmak üzere, kararın kendisine tebliğ edildiği tarihten itibaren 60 gün içinde itiraz edebilir.

b) Okul ve kurumlardaki rehberlik ve psikolojik danışma hizmetleri yürütme komisyonu, okula/kuruma kayıt tarihinden itibaren en az 70 iş günlük izleme süreci sonucunda öğrenciyle ilgili eğitsel değerlendirme ve tanılama ya da yerleştirme kararının uygun bulunmaması halinde yeniden değerlendirilmesi isteğiyle özel eğitim hizmetleri kuruluna itiraz edebilir.

c) Eğitsel değerlendirme ve tanılama ile yerleştirme kararlarıyla ilgili özel eğitim hizmetleri kuruluna yapılacak itirazlar incelenerek en geç 30 gün içerisinde sonuçlandırılır. Sonuç, veliye, okula/kuruma ve RAM’a yazılı olarak bildirilir.

ç) Özel eğitim hizmetleri kuruluna yapılacak itirazların değerlendirilmesinde, gerektiğinde üniversitelerin ilgili bölümleri ile ilgili meslek elemanlarının görüş ve önerileri dikkate alınır. (Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği 18. Madde)

Ancak uygulamada RAM tarafından verilen raporlara zihinsel engelli aileleri tarafından itiraz edilebileceğinin bilinmediği tespit edilmiştir. Ayrıca kuruma gönderilen zihinsel engellilerin RAM tarafından verilmiş raporları olsa dahi kurum tarafından yeniden değerlendirmeye alındığı ve bu değerlendirmeye göre program saptandığı kurum yetkililerinden öğrenilmiştir. RAM raporları hazırlanırken zihinsel engelli bireyin ailesi ile de görüşülmesi ve zihinsel engelli bireyin eğitimi için en yakın okul ve kurumun seçilmesi çok önemlidir. Ancak yine yaptığımız görüşmelerde birçok özel eğitim kurumlarının çok az olduğunu ve aile zihinsel engelli yakınlarını başka illerdeki kurumlara yatılı olarak bırakmak zorunda kaldıklarını ya da bu nedenle özel eğitim kurumlarına gönderemediklerini belirtmiştir. Bu da zihinsel engelli bireylerin eğitim hakkının önündeki en önemli engellerden biridir.

Mesleki Eğitim Hakkı

Mesleki eğitim özellikle zihinsel engelli bireyler için önemlidir. Zira mesleki eğitim, eğitim sonrası çalışabilmelerine imkân yaratabileceği gibi, zihinsel engelliye üretken bir birey yaparak toplumsal hayata katılımını sağlar.

Özürölüler Kanunu 13. Madde - Özürölülerin yeteneklerine göre mesleğini seçme ve bu alanda eğitim alma hakkı kısıtlanamaz.

Ancak uygulamada engellilerin mesleki eğitimi İş Eğitim Merkezleri'nde verilmekte olup, Türkiye'de çok sınırlı sayıda İş Eğitim Merkezi bulunmaktadır. Mesleki eğitim hizmetleri Belediyelerin Halk Eğitim ve Çıraklık Merkezleri'nde de verilmektedir.

Özürölüler Kanunu 13. Madde/son - Sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri belediyeler tarafından da verilir. Belediyeler bu hizmetlerin sunumu sırasında gerekli gördüğü hallerde, halk eğitim ve çıraklık eğitim merkezleri ile işbirliği yapar. Özürölünün rehabilitasyon talebinin karşılanamaması halinde özürölü, hizmeti en yakın merkezden alır ve ilgili belediye her yıl bütçe talimatında belirlenen miktarı hizmetin satın alındığı merkeze öder.

Çıraklık eğitimi almak isteyen özürölülerin ilgi, istek, yetenek ve becerileri doğrultusunda ve sağlık kurulu raporunu da dikkate almak suretiyle hangi meslek dalında eğitim alacaklarına kurul karar verir.

Rehabilitasyon Hakkı

Rehabilitasyon zihinsel engellinin yetilerini geliştirmeyi hedefleyen mesleki danışmanlık, yeniden eğitim, sosyal etkinlikler gibi her türlü etkinliği içerir. Bu nedenle de rehabilitasyon hizmetleri zihinsel

engellinin durumuna göre ömür boyu sürmelidir.

Özürölüler Kanunu 10. Madde: Rehabilitasyon hizmetleri toplumsal hayata katılım ve eşitlik temelinde özürölülerin bireysel ve toplumsal ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak verilir. Rehabilitasyon kararının alınması, planlanması, yürütülmesi, sonlandırılması dahil her aşamasında özürölü ve ailesinin aktif ve etkili katılımı esastır.

Rehabilitasyon hizmetlerinin nasıl ve hangi şartlarla, hangi kurumlar tarafından verileceği SHÇEK Kanunu ile belirlenmiştir.

SHÇEK Kanunu'na göre açılacak olan bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde zihinsel engellilerin toplum içinde kendilerine yeterli olmalarını sağlayacak becerilerin kazandırılmasının amaçlandığı belirtilmiştir.

SHÇEK Kanunu Madde 3/f-5: "Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri"; bedensel, zihinsel ve ruhsal özürleri nedeniyle normal yaşamın gereklerine uymama durumunda olan kişilerin fonksiyon kayıplarını gidermek ve toplum içinde kendi kendilerine yeterli olmasını sağlayan beceriler kazandırmak veya bu becerileri kazanamayanlara devamlı bakmak üzere kurulan sosyal hizmet kuruluşları olarak tanımlanmaktadır.

Uygulamada zihinsel engellinin gerek temel eğitim, gerek mesleki eğitim gerekse rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanabilmesi için gerekli değerlendirme; İl Millî Eğitim Müdürlükleri'ne bağlı Rehberlik Araştırma Merkezleri'nde uzman kişilerden oluşan Özel Eğitim Değerlendirme Kurulu tarafından yapılır.

Özürölüler Kanunu 16. Madde: Özürölülerin eğitsel değerlendirme ve tanınması il millî eğitim müdürlükleri rehberlik araştırma merkezlerinde uzman kişilerden oluşan ve özürölü ailesinin yer aldığı özel eğitim değerlendirme kurulu tarafından yapılır ve eğitim planlaması doğrultusunda gözden geçirilir.

Zihinsel engellinin özel eğitim kurumuna gidişi sırasında ulaşımın ücretsiz sağlanması için gerekli tedbirlerin alınması gereği Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği Madde 90'da belirtilmiştir. Yine Madde 91'de bu kurumlara gündüz gelen zihinsel engelliler için ücretsiz öğle yemeği verileceği belirtilmiştir.

3. Sağlık ve Bakım Hakkı

Sağlık Hakkı

Sağlık hakkı Anayasa Madde 56'da da belirtildiği gibi beden ve ruh sağlığını içerir ve herkes için en temel haklardan biridir.

Anayasa Madde 56: Herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içerisinde sürdürmesini sağlamak Devletin görevidir.

Sağlık hizmetleri konusunda bir çok yasa olmakla birlikte sağlık hizmetlerinden yararlanan “Hasta” için hasta haklarına yönelik olarak 01.08.1998 tarihinde yürürlüğe giren Hasta Hakları Yönetmeliği uygulama da en çok başvurabileceğimiz temel kaynaklardan biridir.

Engelliler açısından ise hasta haklarının en önemli maddelerinden biri 10. maddedir. Zira bu madde sağlık hizmetlerinden yararlanmada engellilerin öncelik hakkı olduğunu belirtmektedir.

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 10: Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkanlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak istemek hakkı vardır. Acil ve adli vakıalar ile yaşlılar ve özürlüler hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

Hasta hakları açısından zihinsel engellilerin en sık karşılaştığı sorunlardan biri gerek engellilik durumlarına ilişkin olarak gerekse genel sağlık durumlarına ilişkin olarak kendilerine konulan teşhis ve uygulanan / uygulanacak tedavi konusunda bilgilendirilmemeleridir.

Bilgilendirilme Hakkı

Zihinsel engellinin hem engeli hem de genel olarak hastalığı, engelinin/hastalığının seyri tedavi şekli ve tedavinin muhtemel sonuçları hakkında bilgilendirilme hakkı bulunmaktadır.

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 15: Hasta; sağlık durumunu, kendisine uygulanacak tıbbi işlemleri, bunların faydaları ve muhtemel sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale usulleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel sonuçları ve hastalığın seyri ve neticeleri konusunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir.

Sağlık durumu ile ilgili gereken bilgiyi, bizzat hasta veya hastanın küçük, temyiz kudretinden yoksun veya kısıtlı olması halinde velisi veya vasisi isteyebilir. Hasta, sağlık durumu hakkında bilgi almak üzere bir başkasına da yetki verebilir. Gerek görülen hallerde yetkinin belgelendirilmesi istenebilir.

Hasta Hakları Yönetmeliği 15. Madde'nin 2. fıkrasına ilk bakıldığında zihinsel engelli hastanın kendisine

değil sadece velisi ya da vasisine bilgi verileceği iddia edilse bile, gerek Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 18 ve gerekse aynı Yönetmeliğin 26. Maddesi gereğince zihinsel engelli bireye de bilgi verilmesi gerekir.

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 18: Bilgi, gerektiğinde tercüman kullanılarak, hastanın anlayabileceği şekilde, tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden ve hastanın ruhi durumuna uygun ve nazik bir ifade ile verilir.

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 26: Kanuni temsilcinin muvafakatinin gerektiği ve yeterli olduğu hallerde dahi, mümkün olduğu ölçüde küçük veya mahcur olan hastanın dinlenmesi suretiyle tıbbi müdahaleye iştiraki sağlanır.

Zihinsel Engelli Bireylerin Haklarına ilişkin BM Deklarasyonu'nda da belirtildiği üzere, zihinsel engellinin de hastalığı hakkında bilgilendirilmesi ve onamının alınması gerekmektedir.

Tedaviye İzin Verme-Onama ve Red Hakkı

Zihinsel engellinin gerek engellilik durumu gerekse genel sağlık durumu ile ilgili olarak yapılacak tüm tıbbi tedavilerde hastanın onamının/izninin alınması gerekir. Her ne kadar Hasta Hakları Yönetmeliği'nde zihinsel engellinin velisi ya da vasisinin onamının yeterli görüldüğü iddia ediliyorsa da yukarıda hastaya bilgi verilmesi konusunda belirttiğimiz gibi Yönetmeliğin 18. ve 26. maddeleri ile uluslararası standartlar birlikte değerlendirildiğinde zihinsel engelli hastanın anlayabileceği şekilde hastalığı ve durumu anlatılarak onamının alınması sağlanmalıdır.

Zihinsel engelinin ya da onun velisinin / vasisinin izninin olmadığı bazı istisnai durumlarda onam alınmaksızın tıbbi müdahale yapılabilir. Ancak bunların istisna olduğu unutulmamalıdır.

Aslolan zihinsel engellinin de aktif olarak katılacağı bir şekilde yapılacak tedavi hakkında zihinsel engellinin ve zihinsel engellinin veli veya vasisinin onamının alınmasıdır.

Aşağıda açıklanan istisnai durumlarda öncelikle 4721 sayılı Medeni Kanun Madde 346 ve 420 gereğince hakimnin izninin alınması gerekmektedir:

1-Zihinsel engellinin ifade güçlüğü çekmesi ve veli ya da vasisinden tıbbi müdahale için izin alınamaması;



2-Tıbbi müdahalenin tıbben gerekli olması;

3-Derhal müdahalenin şart olması.

Hakimin izninin alınmasının gerekmediği tek durum hastaya derhal müdahale yapılmaması halinde hastanın hayatı veya hayatı organlarından birinin tehlikeye gireceği durumlardır. Bu halde hakim izni aranmaz.

Kuşkusuz hayatı veya hayatı organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür. Rızanın geri alınması, hastanın tedaviyi reddetmesi anlamına gelir.

Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 24: Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası gerekir. Hasta küçük veya mahcur ise velisinden veya vasisinden izin alınır. Hastanın, velisinin veya vasisinin olmadığı veya hazır bulunamadığı veya hastanın ifade gücünün olmadığı hallerde, bu şart aranmaz. Kanuni temsilci tarafından muvafakat verilmeyen hallerde, müdahalede bulunmak tıbben gerekli ise, velayet ve vesayet altındaki hastaya tıbbi müdahalede bulunulabilmesi; Yeni Türk Medeni Kanunu'nun 346. ve 420. maddeleri uyarınca mahkeme kararına bağlıdır. Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı

veya hayatı organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz.

Üçüncü fıkrada belirtilen ve hayatı veya hayatı organlardan birisini tehdit eden acil haller haricinde, rızanın her zaman geri alınması mümkündür.

4721 sayılı Medeni Kanun Madde 346: Çocuğun menfaati ve gelişmesi tehlikeye düştüğü takdirde, ana ve baba duruma çare bulamaz veya buna güçleri yetmezse hakim, çocuğun korunması için uygun önlemleri alır.

Madde 420: Vesayet işleri zorunlu kıldığı takdirde vesayet makamı, vasinin atanmasından önce de re'sen (görevi icabı) gerekli önlemleri alır.

Bakım Hakkı

Zihinsel engelli bireylerin bakım ihtiyacı en önemli sorunlarından biridir. Özellikle ağır derecede zihinsel engelli bireyler ve aileleri bakım konusunda ciddi sıkıntılar çekmektedir. Bakım Hakkı ulusal mevzuatımız ile tanınan haklardan olmasına rağmen, son derece sınırlı olarak uygulanmaktadır. Özürlüler Kanunu'nun 6. ve 9. maddeleri ile zihinsel engellilerin geçici ve sürekli olarak kurumda ve evde bakım hizmetten yararlanacağı hüküm altına almıştır.

Özürlüler Kanunu Madde 6: Özürlü kişilerin

yaşamlarını öncelikle bulundukları ortamda sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmesi, toplum içinde kendi kendilerini idare edebilecek ve üretken hale gelebilecek şekilde bakım ve rehabilitasyonlarının yapılması, bunlardan ihtiyacı olanların geçici veya sürekli bakım altına alınması veya bunlara evde bakım hizmeti sunulması esastır.

Madde 9: Bakım hizmetleri, evde bakım veya kurum bakımı modelleriyle sunulabilir. Öncelikle kişinin sosyal ve fiziksel çevresinden ayrılmaksızın hizmetin sunulması esas alınır.

Kurum temelli bakımdan engellinin bulunduğu ortamda, evde bakıma geçilmesi çok önemlidir. Ancak bunun uygulamada neredeyse hiç uygulanmadığı bakım hizmeti yerine zihinsel engellilerin ailelerine bakım ücreti adı altında bir ücret verilmek dışında bir şey yapılmadığı; yaptığımız toplantılarda bize gelen en önemli sorunlardandır. Özellikle ağır derecede zihinsel engelliler için evde bakımın uzman hemşire ve sağlık görevlisi ile doktorlar tarafından yerine getirilmesi sağlanmalıdır.

Uygulamada zihinsel engellilerin bakım masraflarının bir kısmının karşılanmasıyla yetinilmektedir. Bakım yardımı zihinsel engellinin ya da ona bakmakla yükümlü kişinin durumuna göre değişiklik içermektedir. Şöyle ki;

1- Zihinsel engelli ya da ona bakmakla yükümlü olanlar sosyal güvenlik kurumu hizmetinden (Emekli Sandığı, SSK, Bağkur) yararlanıyor ise, zihinsel engelliler bu kurumların bakım hizmetinden yararlanmaktadır. Bu da daha çok hastanede bakım ya da sürekli bir kuruma yatırılma şeklinde olmaktadır.

2- Zihinsel engellinin herhangi bir geliri olmaması ya da herhangi bir kurumdan aylık almaması veya onlara bakmakla yükümlü olan kişilerinde gelirlerinin yetersiz olması halinde, bunların resmi ya da özel bakım merkezlerinde ya da evlerinde bakım hizmetleri devlet tarafından karşılanmaktadır. (SHÇEK Kanunu Ek Madde 7)

Ancak bakım ücreti son derece sınırlı olup, zihinsel engelli bireylerin durumlarının birbirinden farklı olması hiç dikkate alınmaksızın, bakım hizmeti karşılığı ödemenin kanunla standart bir rakam olarak belirlenmesi zihinsel engellilerin ve ailelerin mağduriyetini daha da arttırmaktadır.

SHÇEK Ek Madde 7 - (Değişik: 5579 - 1.2.2007 / m.2) Her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri

toplamı esas alınmak suretiyle; kendilerine ait veya bakmakla yükümlü olduğu birey sayısına göre kendilerine düşen ortalama aylık gelir tutarı bir aylık net asgari ücret tutarının 2/3'ünden daha az olan bakıma muhtaç özürllülere, resmi veya özel bakım merkezlerinde ya da ikametgahlarında bakım hizmeti verilmesi sağlanır.

Bakıma muhtaç özürllülere sunulacak bakım hizmetinin karşılığı olarak belirlenecek kişi başına aylık bakım ücreti tutarı, iki aylık net asgari ücretten fazla olamaz.

4- Ekonomik Güvence ve Makul Bir Yaşam Standardı - Maaş Hakkı

Zihinsel engelli bireylerin BM Engelli Kişilerin haklarına Dair Sözleşme'de belirtildiği gibi "makul bir hayat standardında" yaşamak için belli bir ekonomik güvenceye sahip olması gerekir.

BM Engelli Kişilerin Haklarına dair Sözleşme Madde 28: Yeterli yaşam standardı ve sosyal koruma
1. Taraf Devletler, engelli kişilerin kendileri ve aileleri için yeterli gıda, giyecek ve konut dahil olmak üzere yeterli bir yaşam standardına sahip olma ve yaşam koşullarının sürekli olarak iyileştirilmesi hakkına sahip olduklarını kabul etmektedirler ve engellilik nedeniyle herhangi bir ayrımcılık uygulanmadan bu hakkın gerçekleştirilmesini teşvik etmek ve korumak için gerekli adımları atacaklardır.

Ulusal mevzuat uyarınca zihinsel engellinin makul bir yaşam standardına ulaşması için kendisine belli şartlarla maaş bağlanmaktadır. Çalışmayan, herhangi bir kurumdan maaş almayan ya da kendisine bakmakla yükümlü kimsesi olmayan ya da kendisine bakmakla yükümlü kimsesi olmasına rağmen bu kişilerin ekonomik gücünün olmaması durumlarında zihinsel engelliye maaş bağlanmaktadır.

Başta 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkındaki Kanun olmak üzere Sosyal Yardımlaşma Kanunu, Vakıflar Kanunu ile de bu durumdaki zihinsel engelli bireyler ve/veya ailelerine maaş bağlanmaktadır.

2022 sayılı yasa Ek.1 maddesinden yararlanarak zihinsel engelli bireyin maaş alabilmesi için aşağıdaki koşullar getirilmiştir:

1-Ağır özürllülerden 18 yaşını dolduran ve kanunen bakmakla mükellef kimsesi bulunmayan özürllüler,

2-Ağır özürllü olmamakla birlikte 18 yaşını dolduran kanunen bakmakla mükellef kimsesi olmayan ve herhangi bir işe yerleştirilememiş olan özürllüler,

3-Kanunen bakmakla yükümlü olduğu 18 yaşını tamamlamamış özürlü yakını bulunanlara, bakım ilişkisi fiilen gerçekleşmek kaydıyla maaş bağlanmaktadır.

Engelli ve engelli yakınlarına maaş yardımı yapılabilmesi, ailedeki kişi başına düşen gelirin kanunda gösterilen orandan az olması şartına bağlıdır.

Ancak illerde yapmış olduğumuz çalışmalarda bu aylıkların çok az olmasıyla birlikte, aylığın bağlanması için gereken prosedürün çok uzun ve zahmetli olduğu, keyfi uygulamaların çok olduğu, kanunda belirtilen koşulları taşımayan çok sayıda kişi bu maaşı alırken gerçekten muhtaç çok fazla kişinin ya hiç alamadığını ya da aylarca bekledikten sonra alabildiği belirtilmektedir.

2022 sayılı yasa Ek. 1

a) Başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek şekilde özürlü olduklarını tam teşekküllü hastanelerden alacakları sağlık kurulu raporu ile kanıtlayan, 18 yaşını dolduran ve kanunen bakmakla mükellef kimsesi bulunmayan özürliülerden; her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamının aylık ortalamasına göre bu Kanunun 1 inci maddesinde belirtilen gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutardan daha az geliri olanlara, bu Kanunun 1 inci maddesine göre belirlenecek aylık tutarının %300'ü tutarında, b) 18 yaşını dolduran, kanunen bakmakla mükellef kimsesi olmayan ve herhangi bir işe yerleştirilememiş olan özürliülerden; her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamının aylık ortalamasına göre bu Kanunun 1 inci maddesinde belirtilen gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutardan daha az geliri olanlara, bu Kanunun 1 inci maddesine göre belirlenecek aylık tutarının %200'ü tutarında, c) Her ne ad altında olursa olsun her türlü gelirleri toplamının aylık ortalamasına göre bu Kanunun 1 inci maddesinde belirtilen gösterge rakamının memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak tutardan daha az geliri olduğu halde, kanunen bakmakla yükümlü olduğu 18 yaşını tamamlamamış özürliü yakını bulunanlara, bakım ilişkisi fiilen gerçekleşmek kaydıyla bu Kanunun 1 inci maddesine göre belirlenecek aylık tutarının %200'ü tutarında, aylık bağlanır.

Bu Kanunun 1. maddesine göre aylık bağlananlardan başkasının yardımı olmaksızın hayatını devam ettiremeyecek kadar özürlü olduklarını tam teşekküllü has-

taneden alacakları sağlık kurulu raporu ile kanıtlayanlara da birinci fıkranın (a) bendine göre aylık bağlanır. Aylık bağlanmasına esas özürliülük oranı değişenlerin aylıkları durumlarına göre yeniden tespit olunur. Özürliülük oranı, bu Kanuna göre aylık bağlanması gereken oranın altına düşenler ile birinci fıkrada belirtilen aylık ortama gelir tutarından fazla gelir elde etmeye başlayanların aylıkları kesilir.

Bu konudaki en önemli sorunlardan biri tam teşekküllü hastanelerden alınan raporlarda bir standardın olmaması ve farklı hastanelerden farklı raporlar alınmasının yanı sıra, bu raporlara yönelik itirazların ancak belirlenen devlet hastaneleri ile üniversite hastanelerine yapılabilmesi, fakat bu hastanelerde de bağımsız bir kurulun olmaması; raporların yargı denetimine tabi olmaması ve alternatif raporların alınamamasıdır. Tüm bunlar ciddi hak ihlallerine neden olmaktadır.

Engelli raporlarına ilişkin standardın düzenlenmesi ve bu raporlara itirazlara karşı yargı yolunun açılması ve raporların uzmanlardan oluşan bağımsız bir kurul tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir.

5- Çalışma Hakkı

Engellilerin çalışma yaşamı önündeki engellerin kaldırılması ve engellilerin çalışma hayatına aktif katılımın sağlanması devletin görevleri arasındadır. Öncelikle çalışma yaşamında engellilere ilişkin ayrımcılığın ortadan kaldırılması ve engelliler için pozitif ayrımcılık ilkesi gereğince engelliler için özel önlemler alınması gerekmektedir.

Bu nedenle özellikle Özürliüler Kanunu, Devlet Memurları Kanunu ve İş Kanunu ile İşyeri Koruma Yönetmeliği ile engellilerin çalışma hakkı düzenlenmiştir.

Özürliüler Kanunu Madde 14: İşe alımda; iş seçimin-den, başvuru formları, seçim süreci, teknik değerlendirme, önerilen çalışma süreleri ve şartlarına kadar olan safhaların hiçbirinde özürliülerin aleyhine ayrımcı uygulamalarda bulunulamaz.

Devlet Memurları Kanunu ile yapılan düzenlemeye göre engelli bireyler devlet memuru olabilmektedir ve en önemlisi Devlet Memurları Kanunu'nun 50. maddesine 30.5.1997 yılında eklenen ek madde ile devlet memurluğu sınavı engelli bireyler için ayrıca açılacak ve sorular uzmanlardan oluşturulacak bir kurul tarafından hazırlanacaktır.

İş Kanunu'nda da engellilerin çalıştırılmasına ilişkin hükümler bulunmaktadır. Gerek Devlet Memurları

Kanunu gerekse İş Kanunu'ndaki en önemli sorun işyerinde çalıştırılacak zihinsel engelli bireylerle ilgili bir oran bulunmamasıdır. Toplumdaki önyargılar, yasalarda bulunmasına rağmen denetleme yapılmayışı ve eğitimsizliğin doğurduğu engellenemeyen ayrımcılık nedeniyle, engellilere tanınan oran içinde çok az zihinsel engellilerin işe alındığı görülmektedir.

İş Kanunu Madde 30: İşverenler elli veya daha fazla işçi çalıştırdıkları işyerlerinde her yılın Ocak ayı başından itibaren yürürlüğe girecek şekilde Bakanlar Kurulunca belirlenecek oranlarda özürlü ve eski hükümlü ile 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunun ek 1 inci maddesinin (B) fıkrası uyarınca istihdamı zorunlu olan terör mağduru işçiyi meslek, beden ve ruhi durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlüdürler. Bu kapsamda çalıştırılacak işçilerin toplam oranı yüzde altıdır. Ancak özürlüler için belirlenecek oran, toplam oranın yarısından az olamaz. Aynı il sınırları içinde birden fazla işyeri bulunan işverenin bu kapsamda çalıştırmakla yükümlü olduğu işçi sayısı, toplam işçi sayısına göre hesaplanır.

İşverenler çalıştırmakla yükümlü oldukları işçileri Türkiye İş Kurumu aracılığı ile sağlarlar. İş Kanunu'na 5763 sayılı yasa ile 15.5.2008 tarihinde eklenen madde ile yasadaki orandan daha fazla engelli çalıştırmaları için işveren sigorta primlerinin % 50'sinin devlet tarafından ödenmesi kararlaştırılmıştır.

İş Kanunu Madde 30/10 - Bakanlar Kurulunca belirlenecek oranların üstünde özürlü ve eski hükümlü ve terör mağduru çalıştıran işverenlerin kontenjan fazlası işçiler için özürlü ve eski hükümlü çalıştırmakla yükümlü olmadıkları halde özürlü çalıştıran veya çalışma gücünü yüzde seksenden fazla kaybetmiş özürlüyü çalıştıran işverenlerin ve bu şekilde çalıştırdıkları her bir özürlü için 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa göre ödemeleri gereken işveren sigorta prim hisselerinin yüzde ellisini kendisi, yüzde ellisini Hazine öder.

Ancak bu değişikliğin zihinsel engellilerin çalışmasına ne kadar katkısı olduğu ,bu konularda herhangi bir istatistik olmadığından bilinmemektedir.

Korumalı İşyerleri

Özürlüler Kanunu ile özürlülerin istihdamı için korumalı işyerleri kurulabileceği hüküm altına alınmıştır.

Özürlüler Kanunu Madde 14/3-son: Özürlülük durumları sebebiyle işgücü piyasasına kazandırılmaları güç olan özürlülerin istihdamı, öncelikle korumalı işyerleri aracılığıyla sağlanır.

Özürlüler Kanunu'na dayanılarak 30/05/2006 tarihinde Korumalı İşyeri Yönetmeliği çıkarılmıştır. Eksikliklerine ve dezavantajlarına rağmen bu önemli bir gelişmedir. Bu yönetmelikle; korumalı işyerleri gerçek ve tüzel kişiler tarafından açılacak ve teknik donanımı devlet tarafından karşılanacak ve buralarda normal iş piyasasına kazandırılması güç olan engellilerin hem çalışması hem de mesleki rehabilitasyonu amaçlanacaktır.

Korumalı İşyeri Yönetmeliği Madde 1: Bu Yönetmeliğin amacı, normal işgücü piyasasına kazandırılmaları güç olan özürlüler için açılacak olan gerekli teknik donanımı devletçe sağlanacak olan işyerlerinin korumalı işyeri statüsü kazanması, işleyişi ve denetlenmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Madde 2: Bu Yönetmelik, normal işgücü piyasasına kazandırılmaları güç olan özürlüler için mesleki rehabilitasyon ve istihdam oluşturmak amacıyla gerçek ve tüzel kişilerce açılan ve açılacak olan işyerlerini kapsar.

Madde 17. Korumalı İşyerlerinde çalışabilecek zihinsel engellilerin en az %40 oranında engelli olması gerekmektedir. (Yönetmelik Madde 17)

Ancak yönetmeliğin özellikle işveren kesimlerince bilinmediği ve bu konuda gerekli eğitim ve bilgi verilmediğinden çok sınırlı olarak uygulandığı bilinmektedir. Yapmış olduğumuz toplantılarda zihinsel engelliler ve ailelerin korumalı işyerlerinin varlığından haberdar olmadığı tespit edilmiştir.

Türkiye'nin imzaladığı ancak henüz meclisin onayına sunulmayan Birleşmiş Milletler Engelli Haklarına Dair Sözleşme gereğince yasalarında yaptığı değişikliklerin fiilen uygulanabilir olması gerekmektedir. Bu nedenle devletin korumalı işyerleri ile ilgili özellikle Sanayi ve Ticaret Odaları ile bağlantılı olarak, engelli dernekleri ve bu konuda çalışan tüm tarafları bir araya getirerek korumalı işyerlerinin yaygınlaşması için gerekli çalışmaları yapması gerekmektedir.

6- Şahsiyet ve Mallarının Korunması İçin Hukuksal Yardım Hakkı

Herkes gibi zihinsel engellinin de şahsiyetinin ve mallarının korunmasını talep hakkı vardır.

Zihinsel engelli kişiler, engellilik durumuna göre ayırt etme gücüne sahip değilse fiili ehliyetleri yoktur. Bu nedenle de bazı haklardan yararlanamazlar ya da bazı haklardan yararlanabilmeleri için kendilerine onların şahsi haklarını ve malları korumak ve hakların kullanımının sağlanması için vasi tayin edilmesi gerekir. *Medeni Kanun Madde 13: Yaşının küçüklüğü yüzün-*

den veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes, bu Kanuna göre ayırt etme gücüne sahiptir.

Madde 14: Ayırt etme gücü bulunmayanların, küçüklerin ve kısıtlıların fiil ehliyeti yoktur.

Vasilik Medeni Kanun'un 403 ile 483. maddeleri arasında ayrıntılı olarak düzenlenmiştir.

Burada özellikle uygulamada en çok ortaya çıkan sorunları dikkate alarak birkaç konu üzerinde duracağız.

Öncelikle şunu belirtmek gerekir ki; proje kapsamında yaptığımız eğitimler sırasında zihinsel engelli ve ailelerinin 18 yaşını doldurmuş olan zihinsel engelliler için vasi tayin edilmesi gerektiğini bilmediği görülmüştür. Ancak sağlık yardımı, bakım yardımı ya da maaş için başvurulduğu zaman vasi kararı gerektiğinin öğrenildiği ve Sulh Hukuk Mahkemesi'ne başvurularak vasi kararı aldıkları tespit edilmiştir.

Medeni Kanun Madde 414 uyarınca vesayet altına alınacak kişinin öncelikle eşi veya yakın hısımlarından biri, vasilik koşullarına sahip olmaları kaydıyla vasi oluyor. İlk bakışta bunun çok doğal olduğu düşünülebilir. Ancak gerek vasinin, zihinsel engelli kişinin istemlerine ve haklarına aykırı davranması, görevini kötüye kullanması ve savsaklaması nedeniyle Medeni Kanun'un 483. Maddesi gereğince vesayet makamı olan Sulh Hukuk hakimisi tarafından vasi görevinden alınabilirse de bunun tespiti çok istisnai durumlarda mümkün olduğundan bazen zihinsel engelliye en yakın olan kişinin vasi olması zihinsel engellinin yararına olmayabilir.

Yine çok sayıda zihinsel engelli ailesi ve kurum çalışanı ile yaptığımız görüşmelerde vasi olarak atanan kişilerin zihinsel engellinin hakları konusunda bilgi sahibi olmadığı, onun haklarını koruyamadığı tespit edilmiştir.

Kurumlarda kalan zihinsel engellilerin aileleri yoksa, zihinsel engelli için bir kurum çalışanı vasi olarak tayin edilmektedir. Söz konusu kurum çalışanının kurum ya da yer değiştirmesi gibi durumlarda bir çok problem yaşandığı bize aktarılmıştır.

Bu olumsuzlukların ortadan kaldırılması için, zihinsel engellilere atanacak olan vasinin engelli hakları konusunda uzman avukat, psikolog ya da sosyal hizmet uzmanı olması gerektiğini düşünüyoruz.

Henüz Türkiye tarafından imzalanmamış olsa da BM Zihinsel Engellilere Dair Deklarasyonu'nda da Uzman Vasi'den söz edilmektedir.

Medeni Kanun'un çeşitli maddeleri bu konuda düzenlemeler getirmektedir:

Madde 403-Vasi, vesayet altındaki küçüğün veya kısıtlının kişiliği ve malvarlığı ile ilgili bütün menfaatlerini korumak ve hukuki işlemlerde onu temsil etmekle yükümlüdür.

Madde 405-Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye her ergin kısıtlanır.

Madde 414- Haklı sebepler engel olmadıkça, vesayet makamı, vesayet altına alınacak kişinin öncelikle eşini veya yakın hısımlarından birini, vasilik koşullarına sahip olmaları kaydıyla bu göreve atar. Bu atamada yerleşim yerlerinin yakınlığı ve kişisel ilişkiler göz önünde tutulur.

Madde 450- Vesayet altındaki kişi görüşlerini oluşturma ve açıklama yeteneğine sahipse, vasi önemli işlerde karar vermeden önce olanak ölçüsünde, onun görüşünü almakla yükümlüdür.

Madde 483-Vasi, görevini ağır surette savsaklar, yetkilerini kötüye kullanır veya güveni sarsıcı davranışlarda bulunur ya da borç ödemede acze düşerse, vesayet makamı tarafından görevden alınır. Vasinin görevini yapmakta yetersizliği sebebiyle vesayet altındaki kişinin menfaatleri tehlikeye düşerse, vesayet makamı kusuru olmasa bile vasiyi görevden alabilir.

Taciz, Şiddet, Kötü Muameleye Karşı Hukuksal Haklarının Korunması - Avukat Tayini

Özellikle zihinsel engellilerin taciz, saldırı ve benzeri durumlar nedeniyle mağdur olmaları halinde mağdur haklarından yararlanmaları gerekmektedir. Bu halde mağdur olan zihinsel engelliye Ceza Muhakemeleri Kanunu'nun 239/ 2. Maddesi gereğince talebi olmaksızın onun haklarını savunması için avukat görevlendirilir.

Ceza Muhakemeleri Kanunu Madde 239: (1) Mağdur veya suçtan zarar gören, davaya katıldığında, mahkemeden istemesi halinde baro tarafından bir avukat görevlendirilir.

(2) Mağdur veya suçtan zarar görenin çocuk, sağır ve

dilsiz veya kendisini savunamayacak derecede akıl hastası olması halinde avukat görevlendirilmesi için istem aranmaz.

Ancak özellikle kurumda kalan engelli kadınların mağdur olduğu taciz ve tecavüz olaylarında şikayetçinin kurum olması nedeniyle davaya sadece kurum avukatlarının katıldığı, mağdurun haklarını savunmak üzere mağdura bir avukat görevlendirildiği ve kurum avukatlarının da mağdurla görüşmediği ve mağdurun haklarının koruma altına alınmadığı, kurum çalışanlarının mağdurun bu haklarının varlığını bilmedikleri yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir.

7. Yargılandığında Yasal Süreçlere Katılma Hakkı

Zihinsel engelli bir bireyin bir suç işlemesi halinde yargılama süreçlerine katılma hakkı vardır. Ancak bu katılma hakkı zihinsel engellinin müdafii (avukat) tayini isteme hakkını içerdiği gibi yasa gereği istemi aranmaksızın da bir müdafii görevlendirilir.

Ceza Muhakemeleri Kanunu Madde 150 (Değişik: 5560 - 6.12.2006/Madde 21: (1) Şüpheli veya sanıktan kendisine bir müdafii seçmesi istenir. Şüpheli veya sanık, müdafii seçebilecek durumda olmadığı beyan ederse, istemi halinde bir müdafii görevlendirilir.

(2) Müdafii bulunmayan şüpheli veya sanık; çocuk, kendisini savunamayacak derecede malul veya sağır ve dilsiz ise, istemi aranmaksızın bir müdafii görevlendirilir.

Zihinsel engelli bireyin işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin derecesine göre ya zihinsel engelliye ceza verilmez, güvenlik tedbiri verilir ya da verilen cezada indirim yapılır.

Türk Ceza Kanunu Madde 32: (1) Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur.

(2) Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmibeş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hallerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak

koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.

8. Diğer Haklar

Zihinsel engelliler, aileleri ve dernekleri zihinsel engellilerle ilgili olarak alınacak kararlara katılmalıdırlar. Bu durum Özürlüler Kanunu'nun 4. Maddesi'nin (b) bendinde düzenlenmiş olmasına rağmen, uygulamada mümkün olmamaktadır.

Özürlüler Kanunu Madde 4/(b): Özürlülere yönelik olarak alınacak kararlarda ve verilecek hizmetlerde özürlülerin, ailelerinin ve gönüllü kuruluşların katılımı sağlanır.

Zihinsel engelli kişilerin bu süreçlere katılabilmeleri için öncelikle haklarını bilmeleri ve dernekler kurarak bu hakları konusunda taleplerde bulunmaları gerekir. Zihinsel engelli kişilerin dernek kurabilmeleri için devlet gerekli kolaylıkları bu derneklere sunmalı, zihinsel engelli derneklerinin yaşayabilmesi için gerek maddi gerekse personel, uzman eleman, destek elemanı gibi konularda yardımcı olmalı, dernekler ve zihinsel engellilik konusunda ve mevzuat konusunda uzman kamu personelinin yararlanmaları sağlanmalıdır.

Zihinsel engelli kişiler ve aileleriyle yaptığımız çalışmalarda zihinsel engelli kişilerin toplum hayatına katılamadıkları, özellikle kendilerine yönelik sosyal ve kültürel etkinlikler bulunmadığı, spor yapamadıkları, özellikle rehabilitasyon merkezlerinde kendilerine hiç spor etkinliğine katılamadıkları belirtilmiştir. Bazı Belediyeler tarafından sağlanan spor ve kültür etkinlikleri olmasına rağmen bunların çok yetersiz olduğu belirtilmiştir.

Sonsöz

Türkiye, AB uyum sürecinde gerek BM gerekse AB mevzuatı ile uyum sağlar bir şekilde mevzuatında gerekli değişiklikleri yapmıştır. Ancak yasalarla kabul edilmiş haklar etkin bir şekilde uygulanmadıkça, uygulanması denetlenmedikçe hayata geçmemektedir. Hakların öğretilmesi ve uygulanmasının teşvik edilmesi de devletin uluslararası sözleşmelerle taahhüt etmiş olduğu bir görevdir. Bunun bir an önce yerine getirilmesi gerekmektedir.

Bununla birlikte, Türkiye'de zihinsel engelli bireylere ilişkin bir yasa çıkarılması çok önemlidir. Zihinsel engelliler, diğer engelli gruplarından farklıdırlar; ihtiyaçları ve sorunları farklılık göstermektedir.

Yasalarla devlete verilmiş yükümlölüklerin yerine getirilmemesi, “bütçe yetersiz” açıklamaları ile bertaraf edilemez. Zihinsel engellilerin başta özel eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma hakkı, bakım ve maaş hakkı olmak üzere toplumsal yaşama katılabilmeleri ve kişiliklerini geliştirmeleri için tüm engellerin ortadan kaldırılması gerekmektedir.

Engellilerin engelleriyle birlikte huzurlu bir ortamda yaşayabilmelerinin önündeki tüm engellerin kaldırılmasına bir katkıyı da bu proje sunmaktadır. Tabii daha yapılacak çok şey var.

NOTLAR:

1.<http://www.ozida.gov.tr/yenimevzuat/giris.htm>.



ULUSLARARASI VE BÖLGESEL İNSAN HAKLARI BELGELERİNDE ZİHİNSEL ENGELİ BULUNAN VE PSİKİYATRİK TEŞHİS ALMIŞ BİREYLERİN İNSAN HAKLARI

Hakan Ataman
Şehnaz Layıkel

Uluslararası ve bölgesel insan hakları belgeleri, kapsamına aldığı hakların öznesini ya da öznelere, niteliklerine ve korumak istedikleri özel kişi kümelerine bağlı olarak değişen bir yaklaşımla belirlemiştir. Uluslararası nitelikli insan hakları belgelerinin, en sık yinelenen, ilk sıradaki öznesi, “herkes”, “her kişi” yahut “tüm kişiler”dir ve genel olarak devletlerin pozitif yükümlülüklerinden yani devletin gerçekleştirmek ve korumakla yükümlü oldukları haklardan bahsederler. Bu yaklaşıma, olumsuz bir anlatımla “herkes” yerine “hiç kimse” diyerek, özellikle “işkence yasağı” ve “ayrımcılık yasağı” ile ilgili sözleşme ve maddelerde yer verilmiştir ve bu durumda da devletlerin negatif

yükümlülükler yani önlemek zorunda olduğu yükümlülükler söz konusudur. Uluslararası insan hakları belgeleri, aynı zamanda belli yaş gruplarına, cinsiyete ve cinsel yönelime ve niteliklerine göre öznesini ifade eder. Bu yüzden çeşitli belgelerde insan haklarının özneleri olarak “çocuklar”, “kız çocukları ve kadınlar”, “öğrenciler”, “gençler”, “yetişkinler”, “engelliler” ve “ulusal azınlık üyeleri” de vardır. Yine, “sığınanlar” ve “uyruksuzlar” da bu kişileri korumaya yönelik ilgili sözleşmelerin maddelerinde belirtilen öznelerdir.¹ Uluslararası insan hakları belgeleri kapsamında zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireyler, “herkes”, “her kişi”, “tüm kişiler” ya da “hiç kimse” olarak temel birer öznedir. Bunlara ilave olarak, gerek Birleşmiş Milletler’in ve uzman kurumlarının gerekse Avrupa Konseyi’nin insan haklarıyla ilgili yürüttüğü bir dizi faaliyetin temel öznesi niteliğindedirler. Bu açıdan bakacak olursak, zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireyler BM İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde ifade edilen temel hak ve özgürlükler başta olmak üzere, yaptırım gücüne sahip uluslararası insan hakları belgelerindeki temel hak ve özgürlüklerin öznesidir. Bu nedenle, yaşam hakkı, düşünce ve vicdan özgürlüğü, ifade özgürlüğü, ayrımcılığa uğramama, işkence ve kötü muameleye uğramama, kölelik yasağı, örgütlenme özgürlüğü, eğitim hakkı, sosyal güvenlik hakkı, çalışma hakkı, adil yargılanma hakkı, seyahat özgürlüğü, demokratik yaşama katılma hakkı, kanunlar önünde eşitlik, evlenme ve aile kurma hakkı, kişi güvenliği hakkı, mülkiyet hakkı, yeterli yiyecek edinme hakkı, barınma hakkı, vb. şeklinde uluslararası insan hakları sözleşmelerinde açık ve net bir dille ifade bulunmuş temel hak ve özgürlükler zihinsel engeli bulunan ve psikiyatrik teşhis almış bireylerin haklarıdır.²

İzleyen sayfalarda söz konusu haklara dair ayrıntılı açıklamalar ile bunların ihlali konusunda uluslararası alanda açılmış ve sonuçlanmış bazı dava örneklerini bulabilirsiniz.

Eşitlik ve Ayrımcılığa Uğramama Hakkı

Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin (1948) Birinci Maddesi “Bütün insanlar özgür, onur ve haklar bakımından eşit doğarlar. Akıl ve vicdana sahiptirler, birbirlerine karşı kardeşlik anlayışıyla davranmalıdırlar” demektedir. Ayrıca Madde İki herkesin, ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal veya başka bir görüş, ulusal veya sosyal köken, mülkiyet, doğuş veya herhangi başka bir ayrım gözetmeksizin BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde ilan edilen bütün haklardan ve bütün özgürlüklerden yararlanabileceğini belirtir.

İkiz Sözleşmeler olarak da bilinen 1966 tarihli BM Kişisel ve Siyasal Haklar Sözleşmesi ve BM Ekonomik,

Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi’nin ortak İkinci Maddesi ayrımcılığı yasaklar ve sözleşmelerin iç hukukta uygulanmasını bir zorunluluk haline getirir:

Madde 2 [Sözleşmenin iç hukuka uygulanması ve ayrımcılık yasağı]

1. Bu Sözleşmeye Taraf her Devlet, bu Sözleşmede tanınan hakları ırk, renk, cinsiyet, dil, din, siyasal, veya diğer bir fikir, ulusal veya sosyal köken, mülkiyet, doğum veya diğer bir statü gibi herhangi bir nedenle ayrımcılık yapılmaksızın, kendi toprakları üzerinde bulunan ve egemenlik yetkisine tabi olan bütün bireyler için güvence altına almayı bu ve haklara saygı göstermeyi taahhüt eder.

2. Sözleşmede tanınan hakları kendi mevzuatında veya uygulamasında henüz tanımamış olup da bu Sözleşmeye Taraf Devletler, kendi anayasal usullerine ve bu Sözleşmenin hükümlerine uygun olarak, Sözleşmede tanınan hakları uygulamaya geçirmek için gerekli olan tedbirleri veya diğer önlemleri almayı taahhüt ederler.

3. Bu Sözleşmeye Taraf her Devlet şu taahhütlerde bulunur:

- a) bu Sözleşmede tanınan hakları ve özgürlükleri ihlal edilenlere, ihlal fiili resmi sıfatlarıyla hareket eden kimseler tarafından işlense dahi, etkili bir hukuki yola başvurma hakkı sağlamak;*
- b) Bu tür bir hukuki yola başvurmak isteyen kişinin hakkının yetkili yargısal, idari ve yasama organları veya Devletin hukuk sisteminin öngördüğü başka bir yetkili makamı tarafından karara bağlanmasını sağlamak imkânını geliştirmek;*
- c) Bu gibi hukuki yolların tanınması halinde, yetkili makamlar tarafından bu hukuki yolların işletilmesini sağlamak.*

BM Engellilerin Haklarına Dair Sözleşme’nin 5. Maddesi engellilere yönelik her türlü ayrımcılığı yasaklamaktadır. Benzer şekilde 1950 tarihli Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin (AİHS) 14. Maddesi ile 2000 tarihli ve Ek 12 sayılı Protokolü her ne şekilde ve kim karşı olursa olsun ayrımcılığı yasaklar. Avrupa Konseyi, Sosyal Haklar Şartı’nın 1996 tarihli gözden geçirilmiş şeklindeki Bölüm V Madde E’de ayrımcılığı yasaklamıştır. Ayrıca AB Temel Haklar Şartı’nın 20. Maddesi yasa önünde eşitlik getirirken 21. Maddesi de ayrımcılığı yasaklar.³

Avrupa Sosyal Haklar Şartı ilgili ek protokolü 1995 yılında kolektif şikâyet sistemini getirmiştir. Şikâyetler, Avrupa Sosyal Haklar Komitesi olarak da bilinen bağımsız uzmanlar komitesi tarafından incelenmektedir.



Avrupa Sosyal Haklar Komitesi, Uluslararası Otizm Derneği – Avrupa (International Association Autism – Europe - IAAE) tarafından 22 Temmuz 2002’de Fransa’ya karşı yapılan bir başvuruyu değerlendirmiştir. Başvuru sahibi Fransa’nın Şart’ın engellilerin haklarıyla ilgili 15. Maddesi’ni, gençlerin çocukların sosyal, yasal ve ekonomik korunmasıyla ilgili 17. Maddesi’ni ve ayrımcılık yasağıyla ilgili Bölüm V Madde E’yi ihlal ettiğini iddia etmiştir. Gerekçe olarak Fransa’daki otistik çocukların eğitimden yararlanamaması gösterilmiştir. Yapılan başvuruyu kabul edilebilir bulan Komite,⁴ Fransa’nın Avrupa Sosyal Şartı’nın 15, 17 ve Bölüm V Madde E’yi ihlal ettiğine karar vermiş⁵ ve 7 Kasım 2003’te bunu taraflara ve Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi’ne bildirmiştir (No. 13/2002). Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi de kararı 10 Mart 2004’te kabul etmiştir.⁷

Komite’ye Avrupa Sosyal Şartı kapsamında, benzer nitelikteki bir diğer başvuru, Zihinsel Engelliler Savunuculuk Merkezi (Mental Disability Advocacy Centre - MDAC) tarafından Bulgaristan’a karşı yapılmıştır. Zihinsel Engelliler Savunuculuk Merkezi Bulgaristan’daki Zihinsel Engelli Çocuklar Evi’ndeki çocukların eğitim alamadığını bu yüzden Bulgaristan’ın Avrupa Sosyal Şartı’nın Madde 17.2 ve Bölüm V Madde E’yi ihlal ettiğini iddia etmiştir. Komite henüz bir karar vermemiş, ancak yapılan başvuruyu 26 Haziran 2007’deki kararıyla kabul edilebilir bulmuştur (No. 41/2007).

Yaşam Hakkı

İnsan haklarıyla ilgili pek çok metinde yaşama hakkının kutsal olduğu ifade edilir. Bu yüzden uluslararası insan hakları belgelerinde yaşam hakkına özel bir önem verilmiş ve oldukça dikkatli yorumlar getirilmiştir. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 3. maddesi, BM Kişisel ve Siyasal Haklar Sözleşmesi’nin 6. maddesi, AİHS 2. maddesi ve AB Temel Haklar Şartı’nın 2. maddesi herkesin yaşam hakkı olduğunu söyleyerek bu hakkı garanti altına almıştır.

İşkence, Kötü Muamele, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele veya Cezalandırma

Yasağı

İşkence, kötü muamele, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele veya cezalandırma yasağı ilgili tüm uluslararası insan hakları belgelerinde kesin bir yasaktır. Hiçbir istisnası yoktur. Doğal afet, savaş, salgın hastalık vb. gibi olağanüstü durumlarda dahi askıya alınmaz. Bu yüzden hiç kimseye, hiçbir koşulda ve hiçbir nedenle işkence, kötü muamele, insanlık dışı veya aşağılayıcı muamele veya cezalandırma uygulanmaz. BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 5. Maddesi, BM Kişisel ve Siyasal Haklar Sözleşmesi’nin 7. Maddesi, AİHS 3. Maddesi ve AB Temel Haklar Şartı’nın 4. Maddesi bunu açık bir şekilde ifade eder. Ayrıca gerek İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Muamele veya Cezalara Karşı Birleş-

miş Milletler Sözleşmesi gerekse İşkencenin ve İnsanlık Dışı veya Aşağılayıcı Ceza veya Muamelenin Önlenmesine Dair Avrupa Sözleşmesi ve ilgili ek protokolleri, belli koruma mekanizmaları gelişmiş ve her türlü gözetim merkezinin bağımsız uzmanlar tarafından haberli ve habersiz denetimini öngörmüştür.

Kişinin Özgürlük ve Güvenlik Hakkı ve Özel Yaşama Saygı Hakkı

Kişinin özgürlük ve kişisel güvenlik hakkı ve özel yaşama saygı hakkı temel haklardandır. BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 3. ve 12. maddeleri bunu açık bir şekilde ifade eder. Ayrıca BM Kişisel ve Siyasal Haklar Sözleşmesi'nin 9. Maddesi herkesin özgürlük ve kişisel güvenlik hakkına sahip olduğunu söylemektedir. BM İnsan Hakları Komitesi, BM Kişisel ve Siyasal Haklar Sözleşmesi'nin 9. Maddesi'yle ilgili 8. Genel Yorumu "*herkes özgürlük ve kişi güvenliği hakkına sahiptir*" şeklinde ifade edilen, "*1. paragrafın tüm özgürlükten yoksun bırakma halleri, cezai haller veya ruhsal hastalık, serserilik, uyuşturucu bağımlılığı, eğitim sebebiyle özgürlükten yoksun kalma halleri, göç kontrolünden kaynaklanan kısıtlamalar ve benzeri haller açısından da uygulanabilir olduğu* söylenebilir."⁸ demektedir. BM Kişisel ve Siyasal Haklar Sözleşmesi'nin 17. maddesi'nin yorumuna göre, "...hiç kimsenin özel hayatına, ailesine, evine ya da haberleşmesine keyfi ya da yasadışı olarak müdahale edilemez; hiç kimsenin şeref ve itibarına yasal olmayan tecavüzlerde bulunulamaz. Komiteye göre, bu hak gerek Devlet otoriteleri, gerekse herhangi bir gerçek veya tüzel kişiden kaynaklanan her tür müdahale ve saldırıya karşı koruma altına alınmalıdır. Maddeye göre, taraf Devlet bu hakka yönelik müdahale ve saldırıları yasaklamayı ve bu hakkı korumayı hedefleyen yasama tedbirlerini ve gerekli diğer tüm tedbirleri alma yükümlülüğü altındadır."⁹

AIHS'nin 5. Maddesi de herkesin özgürlük ve kişisel güvenlik hakkı olduğunu, 8. Maddesi ise özel ve aile yaşamına saygı hakkının olduğunu söylemektedir:

AIHS Madde 5- Özgürlük ve Güvenlik Hakkı

1. Herkesin özgürlük ve kişisel güvenlik hakkı vardır. Aşağıda belirtilen haller ve kanunda belirlenen yollar dışında hiç kimse özgürlüğünden yoksun bırakılmaz.

- a. Kişinin yetkili mahkeme tarafından mahkum edilmesi üzerine usulüne uygun olarak hapsedilmesi;*
- b. Bir mahkeme tarafından kanuna uygun olarak verilen bir karara riayetsizlikten dolayı veya kanunun koyduğu bir yükümlülüğün yerine getirilmesini sağlamak için gözaltına alınması veya tutuklanması;*
- c. Bir suç işlendiği şüphesi altında olan veya suç işlemesine ya*

- da suçu işledikten sonra kaçmasına engel olmak zorunluluğu inancını doğuran makul sebeplerin bulunması dolayısıyla, bir kimsenin yetkili adli merci önüne çıkarılmak üzere gözaltına alınması ve tutuklanması;*
- d. Bir küçüğün gözetim altında eğitilmesi veya gözaltında tutulması konusunda karar verecek olan yetkili merci önüne çıkarılmasını sağlamak üzere, kanuna uygun olarak verilmiş bir karar gereğince alıkonulması;*
- e. Bulaşıcı hastalık yayabilecek bir kimsenin, bir akıl hastasının, bir alkoliğin, uyuşturucu maddelere bağımlı bir kimsenin veya yersiz yurtsuz kişilerin kanuna uygun olarak gözaltına alınması;*
- f. Bir kimsenin ülkeye usulüne uygun olmayarak girmekten alıkonulması veya hakkında sınır dışı etme ya da geri verme işleminin yürütülmekte olması nedeniyle usulüne uygun olarak gözaltına alınması ve tutuklanması.*

2. Tutuklanan her kişiye, tutuklanmasını gerekli kılan sebepler ve kendisine yöneltilen her türlü suçlamalar en kısa zamanda ve anladığı bir dille bildirilir.

3. Bu maddenin 1/c fıkrasında açıklanan şartlara göre tutuklanan veya gözaltına alınan herkes hemen bir yargıç veya kanunla, adli eylemde bulunmaya yetkili kılınmış diğer bir görevli önüne çıkarılır. Kendisinin makul bir süre içinde muhakeme edilme veya adli kovuşturma sırasında serbest bırakılma hakkı vardır. Salıverme, ilgilinin duruşmada hazır bulunmasını sağlayacak bir teminata bağlanabilir.

4. Tutuklanma ve gözaltına alınma nedeniyle özgürlüğünden yoksun kılınan herkes, özgürlük kısıtlamasının kanuna uygunluğu hakkında kısa bir süre içinde karar verilmesini ve kanuna uygun görülmemesi halinde serbest bırakılmasını sağlamak için mahkemeye başvurma hakkına sahiptir.

5. Bu maddenin hükümlerine aykırı olarak bir tutuklanma ve gözaltına alınma işleminin mağduru olan herkesin tazminat istemeye hakkı vardır.

(.....)

AIHS Madde 8- Özel ve Aile Yaşamına Saygı Hakkı
Herkes özel ve aile hayatına, konutuna ve haberleşmesine saygı gösterilmesi hakkına sahiptir.

Bu hakkın kullanılmasına bir kamu otoritesi tarafından müdahale, demokratik bir toplumda ancak ulusal güvenlik, kamu güvenliği, ülkenin ekonomik refahı, dirlik ve düzenin korunması, suç işlenmesinin önlenmesi sağlığın veya ahlakın veya başkalarının hak ve özgürlüklerinin korunması için gerekli olan ölçüde ve kanunla öngörülmüş olmak şartıyla söz konusu olabilir.

Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar

BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, engelli bireylere ilişkin 5. Genel Yorum'da, engellilere dair 1993 tarihli BM Standart Kuralları'na atıfta bulunarak, insanların fiziksel veya entelektüel açıdan ya da tıbbi veya ruhsal anlamda engelli konumunda olabileceğini belirtmektedir. Komite'ye göre, "BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, açıkça engelli bulunan insanlardan bahsetmemektedir. Ancak BM İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi tüm insanların hakları bakımından eşit ve özgür doğduğunu belirtmektedir. Sözleşme hükümleri toplumun tüm kesimlerine uygulandığı için, engelli bulunanlar da BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'ndeki tüm haklardan yararlanmalıdır".¹¹ Buna göre, zihinsel engelli bulunan ve psikiyatrik teşhis almış bireyler BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nde tanımlanan şu haklara sahiptir: Sözleşme'nin iç hukukta uygulanması ve ayrımcılık yasağı; cinsiyet eşitliği; çalışma, adil ve uygun işte çalışma şartları; sendikal haklar; sosyal güvenlik; ailenin, anneliğin, çocukların ve gençlerin korunması; yaşama standardı; sağlık standardı; eğitim; zorunlu ilköğretimi sağlama yükümlülüğünden yararlanma; kültürel yaşama katılma.

BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, Sözleşme'nin 12. Maddesi'nde yer alan sağlık hakkına ilişkin 14. Genel Yorumu'nda¹¹ şunları söylemektedir:

Sağlık hakkı, her türlü biçim ve düzeyde, zaruri ve birbiriyle ilgili aşağıdaki unsurları içermektedir; bu unsurların, tam olarak uygulanması, belirli bir taraf Devletin bünyesi içindeki mevcut koşullara bağlı olacaktır: (a) *Mevcudiyet. Genel sağlık ve sağlık bakım tesislerinin, sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerin ve ayrıca programların işleyişinin, taraf Devletin sınırları içerisinde mevcut olması gerekir. Bu tesis, mal ve hizmetlerin kesin niteliği taraf Devletlerin kalkınma düzeyi de dâhil olmak üzere pek çok etmene bağlı olarak farklılıklar gösterecektir. Yalnız bunlar, güvenli ve içilebilir su kaynaklarına erişimi ve yeterli sağlık koruma koşullarını, hastane, klinikler ve diğer sağlık yapılarını, ülke koşullara göre rekabet edebilir maaş alan uzman sağlık personeli ve diğer profesyonel personelleri ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Temel İlaçlar Eylem Programı'nda¹² tanımlanan temel ilaçları içermektedir;*

(b) *Erişilebilirlik. Sağlık tesisleri, mal ve hizmetlerinin¹³ taraf Devletlerin yargı yetkisi dahilinde, ayrımcılık olmaksızın herkesin erişimine açık olması gerekmektedir. Erişilebilirliğin birbiriyle kesişen dört boyutu bulunmaktadır:*

Ayrımcılık olmaması: Sağlık tesisleri, mal ve hizmetleri yasaklanmış alanların hiçbirine dayalı ayrımcılık olmadan¹⁴ herkesin erişimine ve özellikle de genel

nüfusun en savunmasız veya dışına itilmiş kesimlerine hem hukuken hem fiilen açık olmalıdır;

Fiziksel erişim: Sağlık tesisleri, mal ve hizmetleri toplumun tüm kesimlerinin ve özellikle de etnik azınlıklar ve yerel halklar, kadınlar, çocuklar, ergenler, yaşlılar, engelli kişiler ve HIV/AIDS'li kişiler gibi genel nüfusun en savunmasız veya dışına itilmiş kesimlerinin güvenli fiziksel erişimine açık olmalıdır. Erişilebilirlik, ayrıca, sağlık hizmetlerinin ve güvenli ve içilebilir su kaynakları ve yeterli sağlık koruma koşulları gibi sağlığın belirleyici etmenlerinin kırsal kesimlerde yaşayan kişiler dâhil herkesin erişimine açık olması anlamına gelmektedir.

Ekonomik erişim (karşılabilirlik): Sağlık tesisleri, mal ve hizmetleri herkesin ekonomik olarak karşılayabileceği şekilde olmalıdır. Sağlık bakım hizmetlerinin ve ayrıca sağlığın belirleyici etmenlerinin ücretlendirilmesi denklik ilkesine dayanmalı; ve böylelikle, kamu veya özel olsun bu hizmetlerin, toplumsal olarak dezavantajlı gruplar da dâhil herkes tarafından karşılanabilir olması güvence altına alınmalıdır. Denklik ilkesi ise, daha yoksul hane halklarının, daha zengin hane halklarına kıyasla oransız bir şekilde sağlık harcamalarının yükü altına girmemelerini gerekli kılmaktadır;

Bilgiye erişim: Sağlıkla ilgili konularda, bilgi ve fikir¹⁵ isteme, alma ve verme haklarını içerir. Ancak, bilgiye erişilebilirlik, mahremiyetin söz konusu olduğu kişisel sağlık verilerine sahip olma hakkını ihlal etmemelidir;

(c) *Kabul edilebilirlik. Tüm sağlık tesisleri, mal ve hizmetleri tıp etiğine saygılı ve kültürel açıdan uygun olmalıdır; yani bireylerin, azınlıkların, halk ve toplulukların kültürlerine saygılı, toplumsal cinsiyete ve yaşam döngüsünün gerekliliklerine duyarlı olmalı ve ayrıca mahremiyete saygı duyacak ve ilgili kişilerin sağlık durumunu iyileştirecek biçimde düzenlenmelidir.*

(d) *Kalite. Kültürel olarak kabul edilebilir olan sağlık tesisleri, mal ve hizmetleri aynı zamanda tıbben ve bilimsel olarak da uygun ve iyi kalitede olmalıdır. Bu, diğer şeyler bir yana, nitelikli sağlık personelinin, bilimsel olarak onaylanan ve tarihi geçmemiş ilaç ve hasta ekipmanının, güvenli ve içilebilir içme suyunu ve yeterli sağlık koruma koşullarını gerekli kılmaktadır.*

13. Sözleşmenin 12. maddesinin 2. Paragrafında bahsi geçen ve bütünüyle kapsayıcı olmayan örnekler grubu, Devletlerce alınması gereken eylemlerin tanımlanmasına rehberlik etmektedir. Bu grup, 12. Maddenin 1. Paragrafında geniş bir kapsamda tanımlanan sağlık hakkının gerektirdiği tedbirlere ilişkin genel örnekleri ortaya koymakta; böylelikle, aşağıdaki paragraflarda da örneklendiği üzere bu hakkın içeriğini izah etmektedir.¹⁶

BM Çocuk Hakları Sözleşmesi ise engelli çocukların haklarına ilişkin şöyle demektedir:

MADDE 23. - 1. Taraf devletler, zihinsel ya da bedensel engelli çocukların saygınlıklarını güvence altına alan, özgüvenlerini geliştiren ve toplumsal yaşama etkin biçimde katılmalarını kolaylaştıran şartlar altında eksiksiz bir yaşama sahip olmalarını kabul ederler.

2. Taraf Devletler, engelli çocukların özel bakımdan yararlanma hakkını tanırlar ve eldeki kaynakların yeterliliği ölçüsünde ve yapılan başvuru üzerine, yardımdan yararlanabilecek durumda olan çocuğa ve onun bakımından sorumlu olanlara, çocuğun durumu ve ana-babanın veya çocuğa bakanların içinde bulundukları koşullara uygun düşecek yardımın yapılmasını teşvik ve taahhüt ederler.

3. Engelli çocuğun, özel bakıma gereksinimi olduğu bilincinden hareketle bu maddenin 2. fıkrası uyarınca yapılması öngörülen yardım, çocuğun ana-babasının ya da çocuğa bakanların parasal (mali) durumları göz önüne alınarak olanaklar ölçüsünde ücretsiz sağlanır. Bu yardım; engelli çocuğun eğitimi, meslek eğitimi, tıbbi bakım hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, bir işte çalışabilecek duruma getirme hazırlık programları ve dinlenme/eğlenme olanaklarından etkin olarak yararlanmasını sağlamak üzere düzenlenir ve çocuğun en eksiksiz biçimde toplumla bütünleşmesi yanında, kültürel ve ruhsal yönü dahil bireysel gelişmesini gerçekleştirme amacını güder.

4. Taraf Devletler, uluslararası işbirliği ruhu içinde, engelli çocukların koruyucu sıhhi bakımı, tıbbi, psikolojik ve işlevsel tedavileri alanlarına ilişkin gerekli bilgilerin alışverişi yanında, rehabilitasyon, eğitim ve mesleki eğitim hizmetlerine ilişkin yöntemlerin bilgilerini de içerecek şekilde ve Taraf Devletlerin bu alanlardaki güçlerini, anlayışlarını geliştirmek ve deneyimlerini zenginleştirmek amacıyla bilgi dağıtımını ve bu bilgilerden yararlanmayı teşvik ederler. Bu bakımdan, geliştirmekte olan ülkelerin gereksinimleri, özellikle göz önüne alınır.

Zihinsel engeli bulunan ve psikiyatrik teşhis almış bireylerin insan hakları başka pek çok uluslararası belgede garanti altına alınmıştır. Bunların bir kısmı doğrudan temel hak ve özgürlüklere atıfta bulunurken bir kısmı olması gereken teknik standartları ifade etmiştir. Bu metinlerden ilki Zihinsel Engelli Bireylerin Haklarına İlişkin Deklarasyon'dur. 20 Aralık 1971 tarihli BM Genel Kurul'unun 2856 (XXVI) sayılı kararıyla ilan edilmiştir. Buna göre: *Zihinsel engelli bireyler diğer bireylerle eşit haklara; eğitim, kurs, rehabilitasyon ve rehberlik hizmetlerine ulaşma hakkına; ekonomik güvence ve makul bir yaşam standardına erişme hakkı-*

*na; kendi ailesiyle ya da koruyucu aile ile yaşama ve toplumsal yaşamın farklı biçimlerine katılabilme hakkına; kişisel iyiliği ve çıkarlarının güvence altına alınması gerektiğinde, alanında uzman bir vasi elde etme hakkına; sömürü, istismar ve küçük düşürücü muameleye maruz kalmama hakkına ve herhangi bir suçtan ötürü ceza aldığı anda, akli sorumluluğu ve ehliyeti tümüyle tanınarak yasal süreçlere katılma hakkına; engelliliklerinin ağırlığı sebebiyle, tüm haklarını anlamlı bir şekilde hayata geçirme imkanına sahip olmadığı ya da bazı haklarının ya da tüm haklarının kısıtlanması ya da iptali gereken durumlarda, söz konusu kısıtlama ya da iptal için uygulanacak olan prosedür her türlü istismara karşı gerekli yasal güvencelere sahiptir.*¹⁷

BM Genel Kurul tarafından alınan 46/119 sayılı karar ile 17 Aralık 1991 tarihinde kabul edilen Psikiyatrik Rahatsızlığı Olan Kişilerin Korunması ve Ruh Sağlığı Hizmetlerinin İyileştirilmesine İlişkin İlkeler¹⁸ uluslararası toplumun uyması gereken bir dizi temel hakkı bir araya getirmiştir. 25 ilke altında aşağıdaki konuları kapsar:

- Psikiyatrik rahatsızlıkla ilgili tanımlar;
- Gizliliğin korunması;
- İstem dışı yatmalar ve tedaviye izin vermeyi de içerecek şekilde tedavi ve bakım standartları;
- Ruh sağlığı merkezlerindeki hastalarının hakları;
- Reşit olmayanların korunması;
- Ruh sağlığı merkezleri için kaynakların temin edilmesi;
- Toplum ve kültürün rolü;
- Psikiyatrik rahatsızlığı olan suçlu haklarının korunması için sağlanacak değerlendirme mekanizmaları;
- Psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin haklarını koruma-ya yönelik koruma kararları.

Bu ilkelerle güvence altına alınan bazı genel haklar ise şöyle sıralanabilir:

- Herkes sağlık ve sosyal hizmet sistemi dahilinde mümkün olan en iyi ruh sağlığı hizmetine ulaşma hakkına sahiptir.
- Ruhsal rahatsızlığı olan herkese ya da böyle muamele gören herkese insanca ve insan onuruna yakışır bir şekilde davranılmalıdır.
- Ruhsal rahatsızlığı olan ya da böyle muamele gören herkes, ekonomik, cinsel ya da başka sömürü biçimlerine, fiziksel ve başka istismarlara ve küçük düşürücü muameleye karşı korunma hakkına sahiptir.
- Ruhsal rahatsızlığa dayanan hiçbir ayrımcılık kabul edilemez. "Ayrımcılık" haklardan eşit bir şekilde faydalanılmasını imkansız kılacak ya da sekteye uğratacak herhangi bir farklı muamele, dışarıda bırakma ya da tercih anlamına gelir. Yalnızca ruhsal rahatsızlığı

olan kişilerin haklarını ya da gelişimini güvence altına alma amaçlı özel uygulamalar ayrımcı olarak kabul edilemez. Bu ilkelerin sağlanmasıyla uyumlu ya da ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin ya da başka bireylerin insan haklarını güvence altına almayı amaçlayan herhangi bir farklı muamele, dışarıda bırakma ya da tercih ayrımcılık kapsamına girmez.

Ruhsal rahatsızlığı olan her insan Evrensel İnsan Hakları Sözleşmesi, Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi, Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi, ve Engelli Hakları Sözleşmesi ve Her Türlü Alıkonulma ya da Kapatılma Yaşayan Kişilerin Korunması İlkeleri gibi diğer ilgili araçlar, tüm medeni, siyasi, ekonomik, sosyal ve kültürel haklarından yararlanma hakkına sahiptir.

Kişinin ruhsal rahatsızlığı nedeniyle yasal ehliyetinin yetersiz olduğuna ya da böyle bir yetersizlik sonucu kişisel bir temsilci atanması gerektiğine dair herhangi bir karar, yalnızca ulusal yasalar tarafından belirlenmiş bağımsız ve tarafsız bir mahkeme aracılığıyla gerçekleştirilecek olan adil bir duruşma sonrasında alınabilir. Ehliyeti sorgulanan kişi bir danışman tarafından temsil edilme hakkına sahip olmalıdır. Eğer ehliyeti sorgulanan kişi böyle bir temsil olanağına kendisi ulaşamayacak durumda ise, maddi koşulları göz önünde bulundurularak ödeyemeyecek durumda ise ücretsiz olarak kendisine bir temsilci sağlanmalıdır. Söz konusu danışman bu süreçte bir ruh sağlığı merkezini ya da personelini temsil eder durumda olmamalıdır ya da mahkeme herhangi bir çıkar çatışması olmadığı konusunda ikna olmadığı sürece temsil ettiği kişinin ailesini de temsil ediyor olmamalıdır.

Ehliyete ve kişisel temsilcinin gerekliliğine ilişkin kararlar ulusal yasalarda öngörülen düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir. Ehliyeti sorgulanan kişi, eğer varsa kişisel temsilcisi ya da konuyla ilgilenen herhangi başka biri böyle bir karara karşı daha yüksek mahkemelere başvurma hakkına sahiptir.

Mahkeme ya da başka yetkin bir mahkeme ruhsal rahatsızlığı olan kişinin kendi ilişkilerini yürütme yetisine sahip olmadığına karar verirse, kişinin çıkarlarını gözetmek amacıyla gerektiği ölçüde ve kişinin koşullarına uygun önlemler alınmalıdır.

Öne çıkan ilkeler şu şekilde sıralanabilir:

Topluluk ve kültürün rolü

Her hasta, mümkün olduğu ölçüde içinde yaşadığı topluluk içerisinde tedavi görme ve bakım alma hakkına sahip olmalıdır.

Tedavinin ruh sağlığı merkezlerinde gerçekleştiği durumlarda, hastanın, mümkün olduğu sürece, evine, akrabalarının ya da arkadaşlarının evine yakın bir yerde tedavi görme ve en kısa süre içerisinde topluluğa dönme hakkına sahip olmalıdır.

Her hasta kültürel arka planına uygun bir tedavi görme hakkına sahip olmalıdır.

Bakım standartları

Her hasta sağlık ihtiyaçlarına uygun bir şekilde sağlık hizmeti ve sosyal hizmet alma hakkına sahip olmalıdır; başka hasta kişilerle aynı standartlar altında bakım ve tedavi görme hakkına sahiptir.

Her hasta meşruiyeti kesin olmayan ilaç tedavisi, başka hastalar, personel ya da başkaları tarafından taciz, ya da ruhsal sıkıntı ve fiziksel rahatsızlık yaratan başka eylemler de dahil olmak üzere, her türlü zarardan korunmalıdır.

Tedavi

Her hasta, sağlık ihtiyaçlarıyla ve başkalarının fiziksel güvenliğini koruma ile uyumlu mümkün olan en az kısıtlayıcı ortamda, en düşük düzeyde kısıtlayıcı ya da zorlayıcı yöntemle tedavi görme hakkına sahiptir.

Her hastanın tedavisi ve bakımı bireysel ihtiyaçlara göre belirlenmiş bir tedavi planına dayandırılmalıdır ve bu plan düzenli olarak gözden geçirilmeli, gerektiğinde yenilenmeli ve yetkin personel tarafından hazırlanmalıdır.

Ruh sağlığı hizmetleri her zaman Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun kabul ettiği Tıbbi Etik İlkeleri gibi uluslararası ilkeler de dahil olmak üzere, ruh sağlığı uzmanlarının tabi olduğu uygulanabilir etik standartlar ile uyumlu bir şekilde uygulanmalıdır. Ruh sağlığı bilgisi ve uzmanlığı asla istismar edilmemelidir.

Her hastanın tedavisi kişisel özerkliği temin etmeye ve geliştirmeye yönelik olmalıdır.

İlaç tedavisi

İlaç tedavisi hastanın sağlık ihtiyaçlarını azami bir şekilde gözetmelidir. İlaç hastaya yalnızca tedavi ya da teşhis amacıyla verilmeli, cezalandırma yöntemi olarak kullanılmamalı ya da başkalarının rahatı için verilmemelidir. Ruh sağlığı çalışanları hastalara etkinliği bilinen ya da kanıtlanmış ilaçlar vermelidir.

Tüm ilaçlar yasalar tarafından yetkilendirilmiş ruh sağlığı çalışanları tarafından reçetelendirilebilir ve hastanın kayıtlarına geçirilmelidir.



Hakların Bildirilmesi

Bir ruh sağlığı merkezinde tedavi gören hasta, merkeze kabul edildikten sonra en kısa zamanda bu ilkeler ve ulusal yasalar uyarınca sahip olduğu haklar konusunda anlayabileceği bir biçim ve dil aracılığıyla bilgilendirilmeli, hakları ve bu hakları nasıl hayata geçirebileceği açıklanmalıdır.

Hastanın bu bilgiyi anlayamayacak olduğu durumlarda ve dönemlerde, hastanın hakları varsa ve uygunsa kişisel temsilcisine ve hastanın çıkarlarını en iyi şekilde temsil edebilecek ve bu konuda istekli kişi ya da kişilere iletilmelidir.

Gerekli kapasiteye sahip hasta, kendisi adına bilgilendirilecek olan kişiyi ve ruh sağlığı merkezi yetkililerine kendi çıkarlarını temsil edecek kişiyi aday gösterme hakkına sahiptir.

Kuruma kabul ilkeleri

Hastanın bir ruh sağlığı merkezinde tedavi görmesinin gerekli olduğu durumlarda, istemsiz yatışı önlemek için her türlü çaba sarf edilmelidir.

Bir ruh sağlığı merkezine ulaşabilme, herhangi bir başka sağlık merkezi ile aynı şekilde mümkün olmalıdır.

İstemsiz alıkonulmayan her hasta, ruh sağlığı merkezinden istediği zaman ayrılma hakkına sahiptir ve bu hak konusunda bilgilendirilmelidir.

İzleme ve kanuni işlemler

Devletler ruh sağlığı merkezlerinin denetimi, şikayetlerin sunulması, araştırılması ve çözülmesi, mesleki kötü muamele ya da hastanın haklarının ihlaliinde uygun disiplin ve adli işlemlerin hayata geçirilmesi konularında bu ilkelerle uyumu sağlayacak mekanizmaların mevcut ve işler olduğunu sağlamakla yükümlüdür.

BM Engellilerin On Yılı (1982-1993) sonunda, BM Genel Kurulu'nun 48/96 sayılı kararıyla kabul edilen "BM Engelliler için Fırsat Eşitliği Konusunda Standart Kurallar" ulusal eylem için üç ana alanda 22 kural getirmektedir: eşit katılım için ön koşullar; eşit katılım için hedefler; uygulama tedbirleri.¹⁹ Bu konudaki son gelişmelerden biri de, 31 Aralık 2007'de 120 ülkenin imzasıyla BM Engelli Hakları Sözleşmesi ve 67 ülkenin imzasıyla Ek Protokol'ün BM Genel Kurulu'nda kabul edilmesi olmuştur.²⁰

Zihinsel engeli bulunan veya psikiyatrik teşhis almış bireylerin haklarına ilişkin Avrupa Konseyi'nin de bir dizi kararı ve Sözleşmesi mevcuttur. Avrupa Temel Haklar ve Özgürlükler Sözleşmesi'nin (AİHS) ve ek protokollerinin haricinde 1996 tarihli "Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması için Avrupa Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi" kendi alanında bir ilk teşkil eder. Sözleşme insanın önceliği, sağlık hizmetlerinden adil şekilde yararlanma, araştırma dahil sağlık alanında herhangi bir müdahalenin ilgili mesle-

ki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak yapılması gerekliliği; bu tür bir müdahalenin, ilgili kişinin bu müdahaleye özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde muvafakat etmesinden sonra yapılabilirliği; bu kişiye, önceden, müdahalenin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilmesi zorunluluğu ve ilgili kişinin, muvafakatını her zaman, serbestçe geri alabilirliği hakkını bir araya getiren bağlayıcı nitelikteki ilk uluslararası hukuki metin olması bakımından ayrı bir önem taşır.²¹

Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi'nin 1994 tarihli Psikiyatri ve İnsan Hakları hakkında 1235 sayılı Tavsiyesi istemli ve istemsiz yatışlar için bir dizi kriter, psikiyatri hastalarının tedavisi ve bakımı için standartlar ve psikiyatrik hizmetlerde ve faaliyetlerde kötü muamelenin önlenmesi için yasaklar temin etmiştir. Benzer şekilde, Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi Ruhsal Rahatsızlığı Bulunan Kişilerin İnsan Haklarının ve Onurunun Korunmasıyla ilgili Tavsiyesi'nde [Rec(2004)10] üye devletleri psikiyatri hastalarının insan haklarını ve onurunu korumaya çağırmış ve bu konuda bir kılavuz kabul etmiştir.²² Kılavuz²³ şu hakları kapsamaktadır:

- Ayrımcılık yasağı
- Kişisel ve siyasal haklar
- Ruh sağlığı politikalarının yaygınlaştırılması
- Hastaların hakları konusunda bilgilendirilmesi ve yardımcı olunması
- Saldırıya açık konumdaki psikiyatri hastalarının korunması
- Sınırlamanın en alt düzeyde olması ilkesi
- Yaşama ve çevre koşulları
- Sağlık hizmetinin temin edilmesi
- Profesyonel standartlar
- Psikiyatri hastalarına uygulanacak tedavinin genel standartları
- Gizlilik ve kayıtların saklanması
- Biyotıp araştırmaları
- Bağımlı durumdaki ruhsal bozukluğu bulunan kişilerin ihtiyaçları
- İstemli ve istemsiz yatışlar ve buna ilişkin ilkeler ve kurallar, itiraz hakkı
- İletişim ve ziyaret hakkı
- İzolasyon ve tecrit uygulamaları
- Reşit olmayanların durumu
- Üreme sağlığı ve gebelik
- Ceza Hukukuna ilişkin usuller
- İzleme standartları
- İstatistikler, tavsiyeler ve raporlar

Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve

Ruh Sağlığı

Toplumsal cinsiyet eşitliğiyle bağlantılı olarak, kadınların ruh sağlığına dair bir dizi uluslararası standart

benimsenmiştir. BM Beşinci Kadın Konferansı'nda kabul edilen Pekin Kuralları'nın sağlıkla ilgili bölümü "*Kadınların ulaşılabilir en yüksek standartta fiziksel ve zihinsel sağlığa sahip olma hakkı vardır. Bu hakkın kullanılması, hayatları, iyi durumda olmaları, toplumsal ve özel yaşamın bütün alanlarına katılma yetenekleri açısından büyük önem taşır. Sağlık, sadece herhangi bir hastalık veya zayıflığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal açıdan bütünüyle iyi olma durumudur*"²⁴ demektedir.

BM Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesine dair Komite, 24. Tavsiye kararında "*göçmen kadınlar, mülteciler, ülke içinde yerinden edilmiş kadınlar, kız çocukları ve yaşlı kadınlar, fuhuş sektörü içinde yer alan kadınlar ve fiziksel veya zihinsel engelli kadınlar gibi dezavantajlı ve savunmasız gruplarda bulunan kadınların sağlık ihtiyaç ve haklarıyla özel olarak ilgilenilmesi gerekmektedir*"²⁵ demiştir.

Teknik Standartlar

Söz konusu uluslararası belgelerin bir kısmı da uluslararası konferanslarda kabul edilen teknik standartlara ilişkin metinlerdir. Bu konuda en iyi bilinen metinler bir tanesi Alma Ata Bildirgesidir. 12 Eylül 1978 yılında Kazakistan'ın Başkenti Alma Ata'da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konulu uluslararası konferansta kabul edilen bildirgenin birinci maddesinde "*Konferans yalnızca hastalığın ve sakatlığın olmasından daha çok tüm bir bedensel, ruhsal ve sosyal dirliğin topluca oluşturdukları SAĞLIĞIN temel insan haklarından biri olduğunu ve bunu da mümkün olan en iyi bir seviyede tutulmasının dünya çapında en önemli sosyal bir amaç olduğu ve bu amacın gerçekleştirilebilmesi için de, sağlık sektörüne ek olarak diğer birçok sosyal ve ekonomik sektörlerin çabalarını gerektirdiği gerçeği bir defa daha vurgulanmıştır.*" denmektedir.²⁶

Pan-Amerikan Sağlık Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü'nün işbirliğiyle kabul edilen 1990 tarihli Caracas Bildirgesi (Venezuela) ruh sağlığı hizmetlerinin yapılandırılması için uygulamalar hakkındadır. Pan-Amerikan Sağlık Örgütü'nün bir araya getirdiği yasa koyucular, ruh sağlığı profesyonelleri, insan hakları savunucuları ve engelli hakları savunucularının kabul ettiği metin, ruh sağlığı hizmetleriyle insan hakları arasında bir bağlantı kurar. Bildirge psikiyatrik hizmetlerin yeniden yapılandırılması yoluyla toplum temelli ve bütüncül ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını amaçlar ve buna ilişkin standartlara dair açıklamalarda bulunur.²⁷

Uluslararası ruh sağlığı profesyonellerini bir araya getiren Dünya Psikiyatri Derneği'nin 1996'daki Genel

Kurulu'nda kabul edilen Madrid Deklarasyonu (İspanya), psikiyatri hastalarının haklarının korunması amacıyla profesyonellerin davranışları ve uygulama standartları hakkında bir kılavuz niteliğindedir.²⁸

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1996 yılında Ruh Sağlığı Hizmetleri Hukuku: On Temel İlke'yi geliştirmiştir. Ülkelerin ulusal ruh sağlığı yasalarını geliştirmelerine yardımcı olmayı amaçlayan bu ilkeler şunlardır:²⁹

- Ruh sağlığının desteklenmesi ve ruhsal rahatsızlıkların önlenmesi,
- Temel ruh sağlığı hizmetlerine erişim,
- Ruh sağlığında teşhis ve tedavinin uluslararası düzeyde kabul edilmiş ilkelere uygun bir biçimde gerçekleştirilmesi,
- Ruh sağlığı hizmetlerinin en az kısıtlayıcı düzeyde sağlanması,
- Kişinin kendi kaderini tayin hakkı,
- Kişinin kendi kaderini tayin etmesi pratiğinde yardım alma hakkı,
- İzleme usullerinin mevcudiyeti,
- İzleme usullerinin belli sürelerle otomatik olarak yapılması,
- Karar verme mekanizmalarının iyileştirilmesi,
- Hukukun üstünlüğüne saygı.

Benzer nitelikli bir diğer çalışma da Montreal Bildirgesi'dir. Kanada'nın Montreal kentinde 6 Ekim 2004 tarihinde kabul edilen Zihinsel Engelliler Hakkında Montreal Bildirgesi'ne göre *"Zihinsel engeli bulunan kişiler, diğer tüm insan varlığı gibi onur ve haklar bakımından eşit ve özgür doğarlar; diğer tüm insani özellikler gibi, zihinsel engel de insan yaşamının ve çeşitliliğinin ayrılmaz bir parçasıdır; Devletler zihinsel engeli bulunanların kişisel, siyasal, ekonomik sosyal ve kültürel haklardan ve temel özgürlüklerden ulusal yasalara, uluslararası insan hakları sözleşmeleri, bildirgeleri ve standartlarına uygun olarak yararlanmasını sağlamakla yükümlüdür; İlgili tüm kesimler karar verme süreçlerine ortaklaşa katılmalıdır."*³⁰

Dünyanın çeşitli ülkelerinden sorunları yaşamlarında birebir deneyimleyen engelli gruplarından temsilciler tarafından hazırlanan ve 2007'de ülkelerin imzasına sunulan ve bu alandaki en ilerici metin olarak kabul edilen BM Engelli Hakları Sözleşmesi ise aşağıdaki ilkeler üzerine kuruludur:

- *İnsani onur, kendi tercihlerini yapma özgürlüğü dahil olmak üzere bireysel özerklik ve bağımsızlığa saygı*
- *Ayrımcılık yapmama*
- *Toplumsal yaşama tam ve etkin katılım ve içerilme*
- *Farklılığa saygı ve engelli bireylerin insanlığın ve insan çeşitliliğinin bir parçası olarak kabul edilmesi*
- *Fırsat eşitliği*

• *Erişilebilirlik*

• *Erkek ve kadınlar arasında eşitlik*

• *Engelli çocukların gelişen yetilerine saygı ve kimliklerini koruma haklarına saygı*

Bu sözleşmenin 19. maddesi, engellilerin toplumsal yaşama eşit katılım hakkına erişebilmesi ve eşit vatandaşlar olarak topluma dahil olabilmesi açısından son derece önemlidir:

Madde 19: Bağımsız Yaşam ve Toplumda İçerilme Hakkı:

Bu sözleşmeyi imzalayan devletler engelli bireylerin toplum içerisinde, diğerleriyle eşit olanaklara sahip olarak, toplumsal yaşama tam katılım içerisinde yaşama haklarını tanımaktadır. Buna göre engelli bireyler, nerede ve kiminle yaşayacaklarını seçme hakkına sahiptir ve belirli bir yaşam alanında yaşamaya zorunlu tutulmamalıdır. Toplumsal yaşama tam katılım için tercih ettikleri yerde yaşayabilmelerini sağlayacak toplum-temelli, yaygın hizmetler ve gereken destekler sağlanmalıdır. Engelli bireyler toplumdan yalıtılmadan yaşayabilmelidir.

Türkiye'nin büyükelçilik düzeyinde iyi niyet imzası attığı, ancak henüz TBMM'de onaylanmayan bu sözleşmenin bir an önce meclisin onayından geçmesi, Türkiye'de yaşayan engellilere gösterilen saygı açısından oldukça belirleyici bir gösterge olacaktır.

NOTLAR:

1. Sözleşmelerin öznesi ve özellikle Eğitim Hakkı ve İnsan Hakları Eğitimi Hakkı ile ilgili olarak bkz. Mesut Gülmez; 'Eğitim ve "İnsan Hakları Eğitimi" Hakları', *Cogito İnsan Hakları* içinde, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, 2000, s. 311. (Vurgular sonradan yapılmıştır, yazara ait değildir.)
2. Bu konuda derlenmiş çalışmalar için bkz. *Mental Health Legislation and Human Rights*, Bu yayımla ilgili teknik bilgiye şuradan ulaşılabilir: Dr Michelle Funk, Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, Cenevre, İsviçre: WHO, 2003, s. 13-19; *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization*, Department of Mental Health and Substance Abuse; Victorian Health Promotion Foundation ve University of Melbourne işbirliğiyle/ [der.: Helen Herrman, Shekhar Saxena, Rob Moodie] WHO, Cenevre, İsviçre: 2005, s. 81-88; *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*, Bu yayımla ilgili teknik bilgiye şuradan ulaşılabilir: Dr Michelle Funk, Natalie Drew, Mental Health Policy and Service Development Team Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster, Cenevre, İsviçre: WHO, 2005, s. 3-16; *The European Convention on Human Rights and the rights of people with mental health problems and/or intellectual disabilities*, the Mental Disability Advocacy Center (MDAC), Bu materyaller Oliver Lewis (Hukuk Direktörü, MDAC), Oliver Thorold (Doughty Street Barosu Avukatı, Londra) ve Peter Bartlett (University of Nottingham, BK) tarafından yazılmıştır. İlk baskı Mayıs 2002, ikinci baskı Şubat 2003, www.mdac.info web sitesinde mevcuttur; *Uluslararası Mevzuat*, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, <http://www.ozida.gov.tr/mevzuat/uluslararası.htm> web sitesinde mevcuttur.
3. Bu konuyla ilgili olarak daha kapsamlı bilgi için bkz. *Ayrımcılığa Karşı Uluslararası İnsan Hakları Mevzuatı*, haz. Hakan Ataman, ed. Hasan Saim Vural, Ankara: İnsan Hakları Gündemi Yayınları, 2007,

<http://www.rightsagenda.org/main.php?id=266> web sitesinde mevcuttur.

10. *Birleşmiş Milletler'de İnsan Hakları Yorumları*, Der. Lema Uyar, BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, 11. Oturum/Genel Yorum No:5, Engelliler, İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yay., Eylül 2006, s. 152-153, para.3-5; Ayrıca Bkz. Office of The United Nations High Commissioner For Human Rights, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 5, <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm> web sitesinde mevcuttur.
11. *BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi 14 No'lu Genel Yorum: Mümkün Olan En Yüksek Seviyede Sağlık Standartlarına Sahip Olma Hakkı (12. Madde)*, Yirmi ikinci oturum (2000), para.12, Çev. İnsan Hakları Ortak Platformu, <http://ihop.org.tr/dosya/ESKHK/ESKHKG14.doc> web sitesinde mevcuttur; Ayrıca bkz. Birleşmiş Milletler'de İnsan Hakları Yorumları, Der. Lema Uyar, BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi, 22. Oturum/Genel Yorum No:14, Madde 12: Ulaşılabilecek En Yüksek Sağlık Standartlarına Sahip Olma Hakkı, İstanbul: Bilgi Üniversitesi Yay., Eylül 2006, s. 240-242, para.12; Office of The United Nations High Commissioner For Human Rights, Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm> web sitesinde mevcuttur.
12. Bkz. Dünya Sağlık Örgütü, Temel İlaçlar Model Listesi, 1999 yılında gözden geçirilmiş hali, *WHO İlaç Bilgileri (Drug Information)*, 13. Cilt, No. 4, 1999.
13. Bu genel yorumda sağlık tesisleri, mal ve hizmetlerine yapılan tüm referanslar, başka türlü öngörülmediği müddetçe bu genel yorumun 11 ve 12 (a) paragraflarında belirtilen sağlığın belirleyici etmenlerini içermektedir.
14. Bu genel yorumun 18 ve 19. paragraflarına bakınız.
15. Bkz. Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi, 19 (2). Bu genel yorum, bilgiye erişim konusunun sağlık hakkı için özel önemi olması sebebiyle bu konuya özel bir yer vermektedir.
16. Sağlık hakkıyla ilgili literatür ve uygulamalarda çoğunlukla üç düzey sağlık bakımına atıfta bulunulmaktadır: birincil sağlık hizmetleri sıklıkla görülen ve nispeten daha az ciddi olan hastalıklarla ilgilidir ve sağlık personeli ve/veya topluluk düzeyinde çalışan pratisyen hekimlerce nispeten düşük bir ücrete sağlanır; ikincil sağlık hizmetleri başta hastaneler olmak üzere merkezlerde verilir ve topluluk düzeyinde ilgilenilemeyecek olan ve oldukça sık görülen hafif veya ciddi hastalıklarla ilgilidir; üçüncül sağlık hizmetleri, nispeten daha az merkezde verilir ve özel olarak eğitilmiş sağlık personeli, doktor ve özel ekipmanı gerekli kılan sınırlı sayıda ciddi veya hafif sağlık sorunlarıyla ilgilidir, ve nispeten daha pahalıdır. Birincil, ikincil ve üçüncül sağlık hizmetlerinin sıklıkla örtüşmesi ve karşılıklı etkileşim halinde olması sebebiyle, bu türden bir tipolojinin kullanılması, taraf Devletlerin hangi düzeyde sağlık hizmetlerini sağlamasını değerlendirebilmesi için farkların belirlenmesinde her zaman için yeterli bir ölçüt olmayabilir. Bu nedenle, bu ayırım 12. Maddenin normatif anlamı bağlamında sınırlı bir yardım sağlamaktadır.
17. *Ayrımcılığa Karşı Uluslararası İnsan Hakları Mevzuatı*, Haz. Hakan Ataman, Ed. Hasan Saim Vural, Ankara: İnsan Hakları Gündemi Yayınları, 2007, s. 259, <http://www.rightsagenda.org/main.php?id=266> web sitesinde mevcuttur.
18. A.g.e., s. 263; Ayrıca bkz. *Mental health legislation and human rights*, Bu yayımla ilgili teknik bilgiye şuradan ulaşılabilir: Dr Michelle Funk, Department of Mental Health and Substance Abuse World Health Organization, Cenevre, İsviçre: WHO, 2003, Geneva, Switzerland, s. 17.
19. A.g.e., s. 272, 14.
20. Bkz. Ek:1.
21. *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*, Bu yayımla ilgili teknik bilgiye şuradan ulaşılabilir: Dr Michelle Funk, Natalie Drew, Mental Health Policy and Service Development Team Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster World Health Organization, Cenevre, İsviçre: WHO, 2005, s.12.
22. A.g.e., s. 12.
23. *Recommendation Rec (2004)10 Concerning the Protection of*

the Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder, Eylül 2004, Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi.

24. Pekin Bildirgesi'nde Kadın ve Sağlık, Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi, 19.09.2006, para. 89, <http://www.toplumsagligi.com/ShowPage.aspx?id=haklarimiz> web sitesinde mevcuttur. Ayrıca bkz. The United Nations Fourth World Conference on Women, Beijing, Çin-Eylül 1995, Action for Equality, Development and Peace, Health, para.89, <http://www.un.org/women-watch/daw/beijing/platform/health.htm> web sitesinde mevcuttur.
25. *Ayrımcılığa Karşı Uluslararası İnsan Hakları Mevzuatı*, Haz. Hakan Ataman, Ed. Hasan Saim Vural, Ankara: İnsan Hakları Gündemi Yayınları, 2007, s. 238, <http://www.rightsagenda.org/main.php?id=266> web sitesinde mevcuttur.
26. *Alma Ata Bildirgesi*, Temel Sağlık Hizmetleri Uluslararası Konferansı, 12.10.1978, Toplum Sağlığı Araştırma ve Geliştirme Merkezi, <http://www.toplumsagligi.com/ShowPage.aspx?id=haklarimiz> web sitesinde mevcuttur, 12.05.2007.
27. *WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation*, Bu yayımla ilgili teknik bilgi şuradan ulaşılabilir: Dr Michelle Funk, Ms Natalie Drew, Mental Health Policy and Service Development Team Department of Mental Health and Substance Dependence Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster World Health Organization, Cenevre, İsviçre: WHO 2005, s. 15.
28. A.g.e., s. 15.
29. A.g.e., s.15
30. *The Montreal Declaration on Intellectual Disabilities*, Montreal, Kanada'da 6 Ekim 2004 tarihinde kabul edilmiştir, <http://www.mdri.org/pdf/montrealdeclaration.pdf> web sitesinde mevcuttur.



RİSK ALTINDAKİ HAKLAR

Hakan Ataman

Zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireyler toplumsal önyargılara ve bilgisizliğe dayalı ayrımcılık nedeniyle oldukça ciddi sıkıntılar çekmektedir. Ayrıca, bu bireyler, bazı temel hizmetlerin eksikliğinden dolayı, diğer insanların yararlandığı benzer olanakları da kullanamamaktadır. Bu nedenle kanun önünde eşitlik, ayrımcılığa uğramama hakkı, eşit olanak hakkı, eğitim hakkı, bağımsız yaşam hakkı, tam bütünleşme hakkı, güvenlik hakkı, sağlık hakkı, özel hayatın dokunulmazlığı hakkı ve işkence ve kötü muameleye uğramama hakkı gibi temel haklar risk altındadır.¹

Psikiyatri kliniklerinde veya bakım merkezlerinde yaşayan insanlar sıklıkla insanlık dışı ve aşağılayıcı muameleye, bazen de uzun süren tecrit ve alıkonmalara maruz kalır. Pek çoğu aşırı dozda ilaçla sakinleştirilir ya da “kolay idare edilir” hale getirilir. Zihinsel engelli pek çok birey kendisine uygulanacak bakım konusunda karar verme yetisinden yoksun sayıldığı için, genellikle kendileriyle ilgili olmayan

sağlık merkezlerine yatırılır ya da kendilerinin rızası alınmaksızın tedaviye tabi tutulur. Zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireyler bazı merkezlerde elbise, temiz su, yiyecek, ısınma, uygun yatak takımı ve hijyenik araç gereçlerin olmadığı kirlili koşullarda yaşar.²

Ruh sağlığıyla ilgili konular, ruh sağlığı hizmeti alan bireyler kadar ailelerini de doğrudan doğruya etkilemektedir. Bu yüzden onların gerekli konularda bulunmaları, ihtiyaçların belirlenmesi ve ülkelerdeki ruh sağlığı politikalarının iyileştirilmesine yönelik çözümlerin bulunmasına yardımcı olmaları bakımından büyük bir önem taşımaktadır. Pek çok ülkede ruh sağlığı hizmetinden yararlananlar kadar, aileler de ruh sağlığıyla ilgili tüm konularda oldukça önemli ve fevkalade aktif bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte yine pek çok ülkede, ruh sağlığı hizmeti alanlar gibi, aileleri de ruh sağlığıyla ilgili tüm önemli konuların dışında tutulmaktadır.³

Dünya Sağlık Örgütü'nün saptamalarına göre, bu bireylerin etrafını kuşatan mitler ve yanlış inançlar tedavi konusunda önemli bir engel oluşturmaktadır. Zihinsel engelli bulunanlar ve aileleri damgalanma korkusuyla gerekli olan bakım ve desteği arayıp bulmak konusunda başarısız olmaktadır. Zihinsel engellilikle bütünleşen damgalama, ayrımcılık ve insan hakları ihlalleriyle sonuçlanmaktadır.⁴

Zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireyler yaşadıkları sorunlar karşısında çaresiz değildir. Ülkeler zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireylerin haklarını yaygınlaştıracak uygun ruh sağlığı politikalarını, yasaları ve hizmetleri kabul etmek zorundadır. Bu düzenlemeler zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireylerin kendi yaşamlarıyla ilgili seçme hakkını tanımalı, onlara yasal koruma sağlamalı ve topluma tam katılımı ve bütünleşmeyi temin etmelidir.⁵

Hükümetler ruh sağlığı konusundaki yatırımlarını ve sağlık ve ruh sağlığı çalışanlarına bakım hizmetlerinin her aşaması hakkında yeterli eğitim sağlayarak bu kişilerin sayısını artırmalıdır. Toplum temelli sağlık hizmetleri, sık sık insan hakları ihlalleriyle birlikte anılan kurumların yerini almalı, genel hastanelerdeki psikiyatri servisleriyle ve evde bakım olanaklarıyla desteklenmelidir.⁶

İnsan hakları merkezli politikalar ve kanunlar, ihlallerin ve ayrımcılığın önlenmesi ve zihinsel engelli ve

psikiyatrik teşhis almış bireylerin özerkliği ve özgürlüğü için en etkin yollardan biridir ve hayata geçirilmelidir. Zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireyler kendilerine uygulanacak tıbbi tedavi ve rehabilitasyon hakkında açık ve yeterli şekilde bilgilendirilmelidir. Uygun olmayan tecrit ve istem dışı alıkonma uygulamaları yasadışı ilan edilmelidir. İnsanların, onurlarına saygılı ve gelişmelerine müsait yaşam koşulları hakkı vardır. İnsanların yeterli yiyecek elde etmeye, giyinmeye, basit hijyen standartlarına, güvenliğe, dinlenmeye, eğitim ve mesleki faaliyetler dahil teşvik edilmeye, özel yaşamın gizliliği, bilgi ve iletişim özgürlüğü hakları vardır. Bireyler ruh sağlığı merkezleriyle ilişkiye girdiklerinde kendi hakları konusunda bilgilendirilmeli ve bu bilgi onlara anlayabilecekleri bir biçimde verilmelidir. Yasal mekanizmalar ve izleme grupları uygun olmayan ve istemsiz alıkonmaları ve tedavileri de içeren insanlık dışı ve aşağılayıcı muameleye karşı korumayı sağlayacak biçimde düzenlenmelidir.⁷

Hükümetler ruh sağlığı hizmeti alanların ve ailelerinin haklarını koruyan grupları güçlendirerek ve/veya örgütlenmesini desteleyerek bunların yetkin hale gelmelerini teşvik etmelidir. Ruh sağlığı hizmetinden yararlananların ve ailelerinin haklarını savunan gruplar, bireyler veya temsilcilerin insan haklarının korunmasının sağlanması son derece önemlidir. Bu yüzden söz konusu kesimlerin kendileriyle ilgili karar verme süreçleri ve faaliyetler ile ruh sağlığı politikalarının, planların, yasaların ve hizmetlerin uygulanmasına ve yaratılmasına doğrudan dahil edilmeleri bir zorunluluktur.⁸

Ruh sağlığıyla ilgili mevcut damgalamaların çoğu, tutumların değişmesi ve zihinsel hastalıkların iyileştirilebileceğine dair kamusal bilincin geliştirilmesiyle önlenabilir. Damgalama ve ayrımcılıkla mücadele salt Sağlık Bakanlıkları'nın sorumluluğu altında değildir ve diğer pek çok alanın yanında eğitim, iş, sosyal yardım ve adaletle ilgili kurumların da dahil olduğu çok taraflı bir yaklaşım gerekmektedir. Sağlık Bakanlıkları'nın yanında sağlık hizmetinden yararlananların temsilcileri ya da örgütleri, aile grupları, sağlık profesyonelleri, sivil toplum örgütleri, akademik kurumlar, profesyonel örgütler ve diğer paydaşlar zihinsel hastalıklara yönelik kamusal tutumların değişmesi; zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireylerin eğitim hakkı ve insan hakları için çabalarını birleştirmelidir.⁹

Zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireylerin yukarıda sıraladığımız tüm hakları ve bu bireyler için

oluşturulması gereken politikalar bir dizi ulusal ve uluslararası belgeyle garanti altına alınmış ve hükümetlerin uymak ve uygulamakla yükümlü olduğu kurallar olarak belirlenmiştir.

NOTLAR:

1. *Human rights of persons with disabilities, Study Guide*, Kılavuz Anna Langenbach tarafından hazırlanmıştır, Human Rights Education Associates (HREA), 2003. Her hakkı saklıdır; <http://www.hrea.org/learn/guides/disabilities.html> web sitesinde mevcuttur.
2. *Mental Health Legislation & Human Rights*, WHO, s.3 http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/1_Promoting-HRoPWMD_Infosheet.pdf web sitesinde mevcuttur, 19.12.2007.
3. A.g.e., s. 4.
4. A.g.e., s. 4.
5. A.g.e., s. 1.
6. A.g.e., s. 2.
7. A.g.e., s. 3.
8. A.g.e., s. 4.
9. A.g.e., s. 4.

3. Bölüm

RUSİHAK İzleme Çalışması Bulgularına Göre Kurumlardaki ve Toplumsal Yaşamdaki Koşullar

* Bu bölümde yer alan kurumlarla ilgili tüm bilgiler RUSİHAK'ın Haziran 2007 ve Ekim 2008 tarihleri arasında yaptığı incelemeler ve görüşmelerden derlenmiştir.



PROJENİN İÇERİĞİ VE YAPILAN ETKİNLİKLER

RUSİHAK

Haziran 2007’de başlayan projede temel amaç, psikiyatrik teşhis almış ve zihinsel engelli bireylerin görünürlük ve savunuculuk kapasitesini artırmak, gereksinim ve problemlerinin insan hakları perspektifinden tartışılabildiği ve toplumsal yaşama tam katılımlarını sağlamak için nelerin yapılabilecekleri taşıyabileceği bir ortam yaratmaktır. Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) Genel Müdürlüğü’nden Ağustos 2007’de izinler alındı ve Eylül 2007 - Haziran 2008 tarihleri arasında sırasıyla Manisa, Elazığ-Adıyaman, Adana, Samsun, Ankara ve İstanbul’da Sağlık Bakanlığı’na bağlı büyük ruh sağlığı hastaneleri ve zihinsel engellilerin kaldığı ya da hizmet aldığı SHÇEK’e bağlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri ziyaret edildi.

Projede, aşağıda alt başlıklar halinde özetlenen şekilde beş temel çalışma alanı vardı. Tüm illerde aynı uygulamalar yapıldı. Uygulamalardan önce illere iki günlük ön ziyaretler gerçekleştirildi. Etkinliklerin organizasyonu konusunda kurum yöneticileri ve resmi yetkililerle görüşmeler yapıldı.

1. Kurumsal Bilgi Derleme ve İnsan Hakları Standartları Açısından Koşulları Değerlendirme:

İnsan hakları konusunda, özellikle de tutulma koşulları konusunda tecrübeli bir avukat ve dernek yönetim kurulu üyelerinin katılımıyla 2-4 kişilik ekiplerle yürütülmüştür. Çalışmada uluslararası sözleşme ve insan hakları izleme kriterlerine göre geliştirilen ana başlıklara göre kurumlardaki koşullar ve verilen hizmetler hakkında bilgi toplanmıştır. İdari kadro ile görüşüldükten sonra tüm servisler ziyaret edilmiş, çalışanların birebir görüşme, yazılı kayıtların incelenmesi, fotoğraf çekimi ile genel olarak ve her servis için raporlama yapılmıştır.

Çalışmada temel alınan kriterler şunlardır:

Kurumla İlgili Genel Bilgiler

- Kapasite, hizmet verdiği bölge ve nüfus, kalan insan profili
- Kadrolu ve sözleşmeli çalışan sayıları
- Sözleşmeli çalışanlar için aranan kriterler
- Engellilerin ortalama kalış süresi
- Uzman ve uzman olmayan personele yönelik eğitimler ve süpervizyon
- Uygulanan tedavi yöntemleri ve programlar
- Genel tıbbi bakım ve tedavi
- En sık rastlanan genel tıbbi problemler
- Tecrit ve tespit
- Kurumda tutulan kayıtlar

Kurumda Sunulan Bakım ve Tedavi Hizmetleri

- Yatış
- Bilgilendirilme
- Hareket serbestliği
- Mahremiyet
- Temel ihtiyaçlar (gıda, temizlik, vb.)
- Genel tıbbi bakım ve tedavi
- Taburculuk
- Sosyal hizmet ve rehabilitasyona erişim
- Hasta hakları uygulamaları

Tutulma Mekanlarının Koşulları

- Odaların ve ortak alanların yapısı, kullanım koşulları
- Hijyen
- Mahremiyet ve özel alan
- Hareket özgürlüğü (ortak alan ve bahçe kullanımı)
- Ziyaret ve iletişim olanakları

2. Kurum-İçi Küçük Grup Çalışması:

Bu grup çalışmaları, kurumlarda tedavi gören ya da kalan psikiyatrik teşhis almış ve zihinsel engelli kişilerin ve onlara hizmet veren her kademeden çalışan temsilcisinin önerilerini alma amacıyla yapıldı. Bunun için, öncelikle tanışıp kaynaşmalarını, kendi-

lerini ifade etme yönünde güçlendirilmelerini, konuyla ilgili bilgilendirilmelerini sağlayacak etkinlikler planlandı.

Tüm çalışma boyunca katılımcıların aynı olacağı kapalı bir grupta, hastanelerde 2 gün, zihinsel engelli merkezlerinde 1 gün uygulandı. 20-25 kişi olması hedeflenen grup için, kurumdaki tüm sakin gruplarını temsil edecek, kadın-erkek sayısı eşit olacak şekilde 16-18 kişinin seçilmesi idareden talep edildi. Ayrıca kurumda çalışan her kesimden (doktor, hemşire, psikolog-çocuk gelişimci, sosyal hizmet uzmanı, bakım elemanı-hastabakıcı, temizlik görevlisi, aşçı) birer temsilcinin olacağı 6-8 kişilik bir çalışan grubunun katılımı istendi.

Oluşan grupla tanışma etkinlikleri, sanat çalışmaları, belgesel gösterimleri, “Dünyadan ve Türkiye’den İyi Örnekler” sunumu ve “Sorunlar ve Çözüm Önerileri” çalışması yapıldı.

Küçük gruplarla yapılan etkinliklerin kısa tanıtımı:

1. Tanışma: Dernek ve proje kısaca anlatılmış, isim oyunu oynanarak grup tanışmış, ardından iki gün boyunca çalışmanın verimli geçmesi ve katılımcıların ihtiyaçlarının karşılanması açısından neler yapılabileceği konuşulmuştur.

2. Motivasyon Çalışması- benzerlikler: Bu çalışmada, grubun aralarındaki benzer yönleri keşfederek daha iyi kaynaşması hedeflenmiştir. Sigara içen-içmeyen; şiir - resim seven-sevmeyen, evli olan-olmayan vb. konulara göre gruplara ayrılıp kısa sohbetler edilmiştir.

3. Motivasyon Çalışması-Altı Parçalı Hikâye: Moli Lahad’ın altı parçalı hikâye tekniği ile katılımcılara, hayali bir kahraman üzerinden sorunlarla baş etme becerileri üzerine bir hikâye yazdırılmış, ardından hikayedeki baskın baş etme becerileri üzerine konuşularak kendi içlerindeki baş etme kaynaklarını fark etmeleri hedeflenmiştir.

4. Sanat Etkinlikleri: Sanat etkinlikleri, çizim, boya, hareket aracılığıyla grubun rahatlamasını, kaynaşmasını, ayrımcılık yaratan statülerin-stigmaların ötesinde insan insana eşit bir ilişki kurulmasını, aidiyet duygusunun sağlanmasını amaçlamıştır. Duyguları çizgiyle ifade etme, kağıt katlama, mumla portre çalışması, hareketli grup resmi çalışmaları yapılmıştır.

5. Belgesel Film Gösterimi: “Kaçak Oyunlar” adlı, Ceyhan Canıklıgil ve Özgür Özduval’ın yönettiği 2004 yapımı 40 dakikalık belgeselde, Şizofreni Dostları Derneği üyelerinin Hollanda’da halk oyunları festivaline gidiş gelişleri sırasında yaşadıkları anlatılmaktadır.



(sadece hastanelerde gösterilmiştir.)

Living Proof (Canlı Kanıt) adlı 20 dakikalık belgeselde ise, Hırvatistan'da uzun yıllar kurumlarda kaldıktan sonra, API- İçermeyi Teşvik Etme Derneği- adlı kuruluşun desteğiyle topluma dahil etme programı ile bağımsız yaşamaya başlamış, kendi evlerini ve ailelerini kuran zihinsel engelli kişilerin yeni yaşamlarından kesitler sunulmaktadır.

Gülen Yüzler adlı 14 dakikalık belgeselde (yönetmenler: Ender Yeşildağ, Mehmet Özgür Candan, 2007) ise İzmit'te deprem sonrası engelliler için kurulan mesleki rehabilitasyon merkezinin kağıt atık toplama atölyesinde çalışan engelliler konu edilmektedir.

"Onlar Hep Çocuk" adlı TRT2'den alınan Filiz Ozankaya'nın yönettiği, ağır düzeyde zihinsel engelli iki çocuğu olan öğretmen çiftin günlük yaşamını anlatan 30 dakikalık belgesel sadece zihinsel engelli merkezlerinde gösterilmiştir.

Ayrıca bir kurumda çocukların katıldığı çalışmada, İstanbul Çocuk Filmleri Festivali'ne katılan ve yarışmada dereceye giren 6-16 yaş arası çocukların çektiği kısa filmlerden "Mevsimler" gösterilmiştir. Çizgi filmde, Işık Lisesi Anaokulu öğrencilerinin yaptığı mevsimlerle ilgili resimler ve her mevsimde neler yaptıklarıyla ilgili konuşmaları yer almaktadır.

6. Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İyi Örnekler Sunumu: "Dünyadan ve Türkiye'den İyi Örnekler" başlıklı sunumda, psikiyatri / zihinsel engellilik alanında Batı ülkelerinde son 40 yıldaki toplum temelli hizmetlere geçişle ilgili süreçler ve kendi haklarının savunucusu olma, kişi merkezli planlama, toplum-temelli hizmet gibi kavramlar kısaca anlatılıp, bazı ülkelerdeki kamu hizmet sistemleri ve ülkemizde devlet kurumlarının ya da özel derneklerin yaptığı çalışmalardan söz edilmiştir.

7. Sorunlar ve Çözüm Önerileri Çalışması: Grup etkinliklerinde katıldıkları tüm etkinlikleri dikkate alarak, sadece var olan koşullarla ilgili değil, olmasını istedikleri şartları da düşünüp sorunlarına çözüm önerileri getirmeleri istenmiştir.

3. Yerel Sivil Toplum Örgütlerinin Kapasitelerinin Artırılmasına Yönelik İnsan Hakları ve Yasal Haklar Eğitimi:

Gidilen ildeki şizofreni ve zihinsel engelli dernekleri aracılığıyla ulaşılan ailelere, teşhis almış kişilere ve ilgili uzmanlara (avukat, psikolog, doktor, sosyal hizmet uzmanı) İnsan Hakları Gündemi Derneği üyesi avukatlar uluslararası ve ulusal standartları ve yasal hakları anlatmıştır.

Eğitimlerde şu başlıklarla ilgili genel bilgiler verilmiştir:

Psikiyatrik Rahatsızlığı ve Zihinsel Engeli Olan
Kişilerin Haklarına İlişkin Uluslararası ve Ulusal
Sözleşme ve Belgeler
İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel
Haklar Sözleşmesi
Birleşmiş Milletler Medeni ve Siyasi Haklar
Sözleşmesi
Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi
Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi 3.,5, 8. Maddeleri
Avrupa Konseyi 10 nolu tavsiye kararı (Avrupa stan-
dartları)
Çocuk Hakları Sözleşmesi
Zihinsel Geriliği Bulunan Kişilerin Haklarına Dair Bildiri
ILO Sözleşmesi
BM Ekonomik ve Sosyal Konseyin 1975 tarihli 21
sayılı kararı
Sosyal Gelişme ve Kalkınmaya İlişkin Bildiri
BM Özürlü Haklarına İlişkin Bildiri

Hasta Hakları Yönetmeliği
Medeni Kanun, ilgili maddeler
Özürlüler Yasası

Bu Sözleşmelerde Düzenlenmiş Haklar

Medeni, siyasi, ekonomik, sosyal, kültürel haklardan
yararlanma;
Yasal ehliyet yetersizse adil bir yargılanma ile yasal
temsilcinin belirlenmesi;
Danışmanla temsil;
Toplum içinde yaşama ve çalışma;
Geçmiş tedavi ya da hastaneye yatırılma deneyiminin
tek başına mevcut ya da geleceğe ilişkin ruhsal
rahatsızlık tespiti yapılmasında meşru zemin oluşturma-
maması;
Gizlilik, mahremiyet;
Yaşadığı topluluk içinde eğitim, tedavi görme ve
bakım;
Meşruiyeti kesin olmayan ilaç tedavisinin yapılama-
ması;

Etkinlik katılımcı sayıları

	Uygulama tarihi	Hastane uygulaması	SHÇEK merkezi uygulaması	İnsan hakları eğitimi*	Yuvarlak Masa toplantısı*
Manisa Soma	10-14 Eylül 2007	15 Kurum sakini 4 çalışan	16 Kurum sakini 11 Çalışan	12 dernek üyesi 2 uzman	11 (Zihinsel engellilik grubu 13 (Psikiyatri grubu)
Elazığ	22-26 Ekim 2008	10 çalışan	Ziyaret edilen	8 dernek üyesi 10 uzman	12 (Psikiyatri grubu)
Adıyaman	24-25 Ekim 2008	Adıyaman'da ruh sağlığı hastanesi bulunmamaktadır.	8 çocuk 14 çalışan	17 dernek üyesi 3 uzman	11 (Psikiyatri grubu)
Adana	7-10 Ocak 2008	21 Kurum sakini 8 çalışan	15 çocuk 11 anne 8 personel	5 dernek üyesi 7 uzman	26 (İki grup birlikte)
Samsun Havza	3-6 Mart 2008	12 Kurum sakini 8 çalışan	16 Kurum sakini 1 çalışan	19 dernek üyesi 3 uzman	24 (İki grup birlikte)
Ankara	28-30 Nisan 2008	Ankara'da ruh sağlığı hastanesi bulunmamaktadır.	3 çalışan (Yetişkin grup) 3 çalışan (çocuk, ergen grup)	0 dernek üyesi 4 uzman	21 (Zihinsel engellilik grubu)
İstanbul	28 Mayıs 17 Haziran 2008	25 Kurum sakini 5 çalışan (Bakırköy) 25 Kurum sakini 5 çalışan (Erenköy)	15 Kurum sakini 8 çalışan	3 dernek üyesi 1 uzman 15 dernek üyesi 0 uzman	22 (Zihinsel engellilik grubu) 23 (Psikiyatri grubu)

*RUSİHAK katılımcıları hariç.

Tedavi ortamının en az kısıtlayıcı, en düşük düzeyde kısıtlayıcı zorlayıcı yöntem kullanılması;
Kurumlara keyfi yerleştirilme ve istemsiz yatış;
İstemsiz tedaviyi uygulama koşulları;
Avrupa Konseyi 10 nolu tavsiye kararı;
Aydınlatılmış onam ve tedaviyi reddetme hakkı;
Aydınlatılmış onam hakkının kısıtlanma koşulları;
Hasta hakları yönetmeliği ve aydınlatılmış onam;
Adli hastalar ve istemsiz tedavi;
İzleme mekanizması ve şeffaflık, kurumların denetimi.

Psikiyatrik Teşhis Almış Kişiler ve Zihinsel Engellilerin Haklarına İlişkin Sorunların Tespiti bölümünde ise daha önceden hasta ve hasta yakınlarından derlenen vaka öyküleri üzerinden günlük yaşamda karşılaşılan sorunların Türkiye'deki özürli mevzuatına göre hukuki yoldan çözüm yolları tartışılmış, katılımcıların soruları cevaplanmıştır.

4. Yerel Temsilcilerle Yuvarlak Masa Toplantısı

Ziyaret edilen her ilde, o ildeki resmi (Valilik, Milli Eğitim, İl Sağlık, İl Sosyal Hizmetler Müdürlükleri, belediyeler, İş-kur, vb.) kurum temsilcileri, ildeki ilgili STK temsilcileri ve etkinliklere katılan kurum çalışanları, teşhis almış kişiler ve ailelerin temsilcilerinin katıldığı bir yuvarlak masa toplantısı yapılmıştır. Toplantılara kurumlarda tedavi ve bakım gören kişiler arasından seçilen temsilciler de katılmıştır. Hizmet alan ve hizmet veren kesimlerin ilk kez eşit bir platformda bir araya geliyor oluşunun belirgin bir yaklaşım değişikliğine yol açtığı gözlemlenmiştir.

3 saat süren toplantılarda, RUSİHAK ve proje kısaca tanıtıldıktan sonra, "Ruh Sağlığı Alanında Dünyadan ve Türkiye'den İyi Örnekler" başlıklı bir sunum yapılmıştır. Bu sunumda, batı ülkelerinde son 40 yıldaki toplum temelli hizmetlere geçişle ilgili süreçler ve kendi haklarının savunucusu olma, kişi merkezli planlama, toplum-temelli hizmet gibi kavramlar kısaca anlatılıp, bazı ülkelerdeki kamu hizmet sistemleri aktarılmıştır. Ayrıca, Türkiye'deki özürlilik istatistikleri özetlenmiş ve ülkemizde bazı dernek ve hastanelerin yaptığı örnek teşkil edecek çalışmalar anlatılmıştır. Ardından, RUSİHAK'ın o ilde kurumlarda yaptığı çalışmalarda, çalışanların ve kurumda kalan ya da tedavi gören psikiyatrik teşhis almış ya da zihinsel engelli kişilerin dile getirdiği sorunlar ve çözüm önerileri aktarılmıştır.

İki tur halinde, tüm katılımcıların konuyla ilgili görüşleri ve elbirliğiyle sorunların çözümü için kurumu ya da kendi adına yapabilecekleri tartışılmıştır.

5. Kurumlara Mesleki Eğitim Katkısı

Ayrıca her kuruma, hizmet alanların mesleki becerilerini artıracak mesleki kurslar için eğitmen ücreti ya da malzeme alımı için 480 YTL tutarında bir bağış yapılmıştır. Genelde kurumlar el sanatları atölyeleri için malzeme alımını ya da dikiş makinesi ve galoş makinesi gibi alet alımlarını tercih etmiştir.

Her il uygulamasından sonra ile ve kuruma ilişkin tüm uygulama ve incelemelere ilişkin detaylı bilgiler içeren raporlar hazırlanmış, kurum yöneticileri, Sağlık Bakanlığı ve SHÇEK yetkililerine sunulmuştur. Raporlar SHÇEK ve Sağlık Bakanlığı yetkilileri tarafından okunmuş ve kimi raporlardan sonra geri bildirimler alınmıştır. Türkiye'de akıl ve ruh sağlığı alanında ilk defa gerçekleştirilen böyle bir yerel sivil izleme çalışmasında devlet kurumlarının raporları dikkate alması ve geri bildirim vermeleri devlet-sivil toplum işbirliğine örnek teşkil edecek nitelikte olmuştur.

Uygulamalarda Dikkat Çeken Konular ve Karşılaşılan Sorunlar

Kurumların çoğunluğunda gerek ön ziyaretlerde gerekse uygulama ziyaretlerinde çoğu kurum yöneticisi işbirliğine açık ve çalışmayı destekleyici bir tavır sergilemiştir. Az sayıda kurumda yetkili kişilere ulaşmakta ve bilgi almakta zorluk yaşanmıştır.

Kurumla ilgili bilgilerin derlenmesi çalışmasında kayıtların incelenmesi ve fotoğraf çekimi, kimi kurumlarda tedirginlik yaratmıştır. Servislerde çalışanlarla yapılan görüşmelerde birçok çalışan açık yüreklilikle sorunlarını ve önerilerini paylaşmış, özellikle hiyerarşik yapının yol açtığı tedirginlikten dolayı bazı çalışanlar fikirlerini ifade etmekte güçlük çekmiştir. Özellikle ruh sağlığı hastanelerinde servislerde hastalarla konuşulması zaman zaman engellenmeye çalışılmıştır.

Kurum-İç grup çalışmalarında, hasta ve engellilerle birlikte grubun eşit bir elemanı olarak çalışmaya katılmak, pek çok çalışan için büyük olasılıkla çok yeni bir deneyimdi. Neredeyse tüm kurumlarda özellikle hastanelerde, bakım elemanı, hemşire, aşçı gibi çalışanların dışındaki uzmanlar çalışmanın tanışma aşamasında grubu terk ettiler. Bazıları çalışmaya ara ara gelip gitti. Sanat çalışmalarında, genellikle etkinliklere katılmayıp sadece yardımcı oldular. Böyle bir çalışma bizim için de ilk olduğu için, gruba hakimiyet ve yönlendirmede eksikliklerimiz de bunda rol oynamış olabilir. Ancak, çoğunluğu psikotik denen gruptan olan hastaların ve ara elemanların gruba devamının ve etkinliklere katılımının çok iyi olması dikkat çekiciydi.

Zihinsel engellilerle yapılan çalışmalarda da benzer bir durum yaşandı. Bu grupta çalışmalara sadece bakım elemanları tam olarak katıldı. Onların da görüşlerini açıkça dile getirmekten çekindikleri dikkat çekti. Bir iki kurumda “zihinsel engelliler anlayamaz, kendini ifade edemez” diye sorunlar ve çözüm önerilerine katılımlarının istenmediği durumlar oldu. Konuşamasa da tepkilerinden söylenenleri anladığını hissettiğimiz bazı engelliler gruptan çıkarılmaya çalışınca saldırganlaştı, bizim isteğimizle geri alınınca sevinçle ellerini çırpıp yerlerinde oturdular ve hemen her grupta yeterli sabır ve anlayış gösterildiğinde kendilerini her zaman sözel olarak olmasa da farklı şekillerde ifade ettikleri görüldü.

Dikkat çeken bir diğer nokta da özellikle hastanelerde, yuvarlak masaya katılması için seçtiğimiz hasta temsilcilerinin yerine başkalarının toplantılara getirilmesi idi. Sadece iki hastanede çalışanlarla birlikte seçtiğimiz tedavi gören kişiler toplantıya getirildi.

Pek çok kurumda çalışanlar kendileriyle ayrı bir toplantı daha yapılmasını talep etti. Programımızı buna göre yapmadığımız için bunu çok az kurumda gerçekleştirebildik. Çalışanların özellikle de hasta ya da engellilerle bir arada çok vakit geçiren hemşire, hasta bakıcı, bakım elemanı gibi çalışanların kendi sorunlarını anlatmaya büyük ihtiyaç duydukları gözlemlendi. Bu grubun hizmet içi eğitim, süpervizyon, sosyal etkinliklerle ilgili pek çok önerisi oldu. Ayrıca yine bu çalışanlar, toplum-temelli hizmetlerle ilgili pek çok öneride bulundu. Bu çalışanların hizmet verdikleri grupla ilgili sistemdeki sorunlardan fazlasıyla etkilendikleri, psikolojik olarak yıprandıkları gözlemlendi.

İnsan hakları eğitimlerinde Anadolu'daki şehirlerde katılımın oldukça yüksek olması, Ankara ve İstanbul'da ise katılımın düşük olması da dikkat çekiciydi. Bizim organizasyonla ilgili eksikliklerimizin de etkisini göz ardı etmemekle birlikte, büyük şehirlerde bu tür etkinliklere doymuş olmanın ya da kurumların programlarındaki yoğunluğun etkili olduğu izlenimine kapıldık.

Yuvarlak masa toplantılarında pek çok resmi kurumun devamını sağlarken üniversitelere ulaşmada eksik kaldık. Yuvarlak masa toplantılarında en çok dikkati çeken durum, farklı alanlarda hizmet veren resmi kurumların ve hizmet alan-hizmet veren kesimlerin konuyla ilgili ilk defa bir araya geliyor oluşuydu. Toplantıların çoğunda katılımcılar konuyla ilgili aydınlandıklarını, özellikle sorunu birebir yaşayan kişileri yakından dinlemenin konuya ilişkin yaklaşımlarını değiştirdiğini ifade ettiler. Hemen hemen her toplantıda so-

runların çok boyutluluğu öne çıkarken, sürdürülebilir çözümler için kurumlararası işbirliğinin önemi vurgulandı.



TÜRKİYE’NİN RUH SAĞLIĞI HASTANELERİNİN KOŞULLARI

RUSİHAK

Türkiye’de 6 büyük bölgesel ruh sağlığı hastanesi bulunmaktadır. Proje kapsamında bu hastanelerin tümü ziyaret edilmiştir:

- Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (Ziyaret tarihi: 10-11 Eylül 2007)
- Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (Ziyaret tarihi: 22-23 Ekim 2007)
- Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (Ziyaret tarihi: 7-8 Ocak 2008)
- Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (Ziyaret tarihi: 3-4 Mart 2008)
- Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ziyaret tarihi: 26-27-28 Mayıs 2008)
- Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ziyaret tarihi: 9-10 Haziran 2008)

Ruh sağığı hastanelerindeki başlıca çalışan profili ve sayıları

Hastane	Psikiyatri uzmanı ve asistanı	Hemşire ve sağıık memuru	Hasta bakımı temizlik ve güvenlik	Nöroloji uzmanı	Çocuk psikiyatristi	Pratisyen hekim	Psikolog	Sosyal hizmet uzmanı	Anestezi uzmanı	Anestezi teknisyeni	Hasta hakları birimi çalışanları
Manisa	16	140	150	2	2	10	14	5	1	2	1
Elazığ	14	128	49			1	7	1	1		2
Adana	16	88	49	1	1	13	9	1	1		
Samsun	18	110	115			5	7	2		2	1
Bakırköy	261	423	543	22	5	13	26	7		14	2
Erenköy	38	72	117	5	1	3	17	2	1	1	2

A. Ruh Sağığı Hastanelerine İlişkin Genel Bilgiler

Bu bölümde proje kapsamında ziyaret edilen ruh sağığı hastanelerine ilişkin genel bilgiler özetlenecektir.

Ruh sağığı hastanelerinin yatak kapasiteleri ve ziyaret edildiğı tarihte kalan kişı sayısı

Hastane sayısı	Psikiyatri yatağı sayısı	Kalan hasta sayısı
Manisa	600	673
Elazığ	528	401
Adana	644	583
Samsun	220	220
Bakırköy	1510	1510
Erenköy	305	275

Hastaların bakımından sorumlu personel seçiminde sağıık meslek lisesi mezunları tercih edildiğı halde, çoğı zaman ortaokul ya da lise mezunu kişiler de işe alınmaktadır. Bu durumun gerekçesi olarak sağıık meslek lisesi mezun sayısının ihtiyacı karşılamada yetersizliğı ve genelde ruh sağığı hastanelerinin iş alanı olarak pek tercih edilmediğı belirtilmiştir.

Hastane Çalışanlarına Yönelik Eğitim ve Süpervizyon Faaliyetleri

Hekimlere Yönelik Eğitim ve Süpervizyon

Eğitim ve araştırma hastaneleri dışında ziyaret edilen hastanelerin hemen hiçbirinde hekimlere yönelik düzenli bir eğitim ve süpervizyon çalışmasına rastlanmamıştır. Genellikle kendi istekleriyle katıldıkları kongreler dışında, yaygın bir politika kapsamında ya da hastaneler içerisinde hekimleri mesleki olarak geliştirecek ve bir tartışma ortamı yaratacak düzenli bir faaliyet yürütülmemektedir.

Hemşire ve Sağıık Memurlarına Yönelik Eğitim ve Süpervizyon

Ruh sağığı hastanelerinde çalışan hemşireler, genel tıp konusunda eğitim almış hemşirelerdir. Psikiyatri hemşireliğı Türkiye’de henüz yeni kabul edilen ve eğitim süreçleri yeni organize edilen bir unvan olduğı için çoğı hemşire ruh sağığı hastanesinde

çalışmayı el yordamıyla öğrendiklerini ifade etmiştir. Ziyaret edilen hastanelerin hemen hepsinde çalışan hemşireler ve sağıık memurları eğitim ve süpervizyon konusunda çok kısıtlı olanaklara sahip olmaktan yakınmıştır. Eğitim ve araştırma hastaneleri dışında, hemşire ve sağıık memurlarına yönelik oryantasyon eğitimleri ve ayda birkaç seminer dışında kapsamlı bir eğitim faaliyetine rastlanmamıştır. Hastalarla en çok vakit geçiren uzman personel oldukları düşünüldüğünde, hemşire ve sağıık memurlarının eğitim ve süpervizyon alabilmesinin önemi göz ardı edilemez. Hemşire ve sağıık memurlarının sıkıntı çektikleri bir diğerkonu da kendilerine yönelik sosyal etkinlik, paylaşım grupları, vb. motivasyonu arttırıcı faaliyetlerin olmayışdır. Hemşire ve hastabakıcıların motivasyonu, hastalara ulaştırılan hizmetin kalitesini arttırmak açısından son derece önemlidir. Hemşire ve sağıık memurlarına yönelik örnek bir eğitim uygulaması olarak, Manisa’da Ege Üniversitesi ile işbirliğı içerisinde 70 hemşireye 4 ay süren 158 saatlik psikiyatri hemşireliğı üzerine teorik bir eğitim verilmiş, ancak, Sağıık Bakanlığı henüz bu eğitime ilişkin bir sertifikasyon sağlamamıştır. Hastaların kimliklerini öne çıkaran, hastaya nasıl yaklaşılacağını bilen hemşireler yetiştirmeyi amaçlayan bu eğitimden olumlu sonuçlar alındığı belirtilmiştir. Ancak hem hemşireler hem de doktorlar verilen eğitimin yeterli olmadığı ve sürdürülmesi gerektiğini dile getirmiştir.

Bakım, Temizlik ve Güvenlik Personeline Yönelik Eğitim ve Süpervizyon

Bu grupta yer alan çalışanlar genelde işe başladıklarında bir oryantasyon eğitime tabi tutulmakta; bunun dışında düzenli bir eğitim ve süpervizyon faaliyeti ya da motivasyonu arttırıcı sistematik bir program uygulanmamaktadır. Çoğı zaman hastalarla birbir ilgilenen bu çalışan grubunun eğitim, süpervizyon ve destek alabilmesinin önemi göz ardı edilemez.

Tüm hastanelerde hasta hakları birimleri, Sağıık Bakanlığı tarafından belirlenen görev tanımları kapsamında tüm hastane çalışanlarına yönelik hasta

hakları eğitimleri organize etmektedir. Ancak, genel izlenim çalışanların hasta-temelli bir yaklaşımdan çok çalışanların haklarına odaklanan bir yaklaşım içerisinde olduğu yönünde olmuştur.

İstemsiz Yatış Oranı ve Kriteri

Ruh sağlığı hastanelerinde tedavi gören kişilerin büyük bir kısmı hastaneye kendi isteklerinin dışında yakınları tarafından, kimi durumlarda ise polis tarafından getirilerek yatırılmaktadır. Hastanın kendi isteği dışındaki bu tür yatışlar “istemsiz yatış” olarak adlandırılmaktadır. Proje kapsamında ziyaret edilen ruh sağlığı hastanelerinin akut servislerinde istemsiz yatışların tüm yatışlara oranının ortalama %70-80 civarında olduğu tespit edilmiştir. Kronik servislerde bu oran daha düşüktür. Ziyaret edilen tüm hastanelerde istemsiz yatış kriterinin kendisine ve/veya başkasına zarar verme ihtimali olduğu belirtilmiştir. Ancak bazı durumlarda hastaların, böyle bir risk olmadığı halde çaresizlikten hastaneye kabul edildiği, hatta bazen ailelerin başka olanak olmadığından hastalarını yatırma konusunda fazla ısrarcı olduğu öğrenilmiştir.

İstemsiz yatış konusunda Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi’nde başlatılan uygulama diğer hastaneler tarafından da örnek alınmıştır. Bu uygulamada, hastanın vasisi varsa, yatış vasisinin onayı ile gerçekleşmekte; vasisi olabilecek bir yakını bulunmuyorsa, bazı durumlarda deneyimli personelden gönüllü biri hastanın vesayetini üstlenmektedir. Bu durumda, sorumlu hekim tarafından düzenlenen tutanağı 2 uzman hekim ve 1 hasta hakları birimi sorumlusu imzalamaktadır. Tutanak Sulh Hukuk Mahkemesine gönderilmekte ve hakim 24-48 saat içerisinde, kendisine iletilen evraklar üzerinden (hastayı bizzat görmeden) durumu karara bağlamaktadır. Bugüne kadar, ziyaret edilen hastanelerin hiçbirinde tutanağı imzalayan kişiler arasında fikir ayrılığı yaşandığı ya da mahkemeye gönderilen istemsiz yatış başvurularının herhangi birinin hakim tarafından reddedildiği görülmemiştir. Dolayısıyla, şu anda uygulanan sürecin hastanenin kararını yasal bir zemine dayandırmak şeklinde olduğu söylenebilir.

Hastaneye Geri Dönüş Oranları

Proje kapsamında ziyaret edilen tüm ruh sağlığı hastanelerinde ifade edilen sorunlardan biri de “döner kapı sendromu” olarak adlandırılan, aynı kişinin yaşamı boyunca tekrar tekrar hastaneye dönmesidir. Bu durum, başhekimler, hastane çalışanları, hasta ve hasta yakınları tarafından toplum içerisinde psikososyal destek ve rehabilitasyon olanaklarının olmayışı ile ilişkilendirilmektedir. Ziyaret edilen hastanelerde tedavi gören hastaların tekrar tekrar hastaneye geri dönüş oranlarının ortalama %70 civarında olduğu tespit edilmiştir.

B. Ruh Sağlığı Hastanelerinde Yaşam Koşulları

Bu bölümde Türkiye’nin 6 bölgesel ruh sağlığı hastanesinde Haziran 2007-Haziran 2008 tarihleri arasında yapılan koşullara ilişkin incelemeler sonucunda elde edilen veriler paylaşılacaktır. Uluslararası insan hakları kriterleri temel alınarak ruh sağlığı hastanelerindeki çeşitli koşullar incelenmiş, bu incelemeler belirli başlıklar altında değerlendirilmiştir. Ruh sağlığı hastanelerinde farklı üniteler bulunmaktadır:

- Ruh sağlığı sorunları yaşayan kişilerin kriz dönemlerinde ya da hastalıklarının şiddetlendiği dönemlerde kabul edildikleri akut servisler;
- Genellikle yoksulluk ve sosyal dışlanma sebebiyle uzun süreliğine hastanede yaşamak zorunda kalan hastaların kaldığı kronik servisler;
- Bir suç işlemiş ya da bir suç iddiasıyla yargılanmakta olan hastaların kaldığı adli servisler;

Bu servisler arasında önemli farklılıklar tespit edildiğinden her bir ruh sağlığı hastanesindeki koşullar detaylı olarak ele alınmadan önce akut, kronik ve adli servislerdeki koşullar özetlenecektir.

Hastaneye ve servise bağlı olarak, odalarda kalan kişi sayısı 1 ila 25 arasında değişmektedir:

Bölgesel ruh sağlığı hastanesi	Bir odada kalan kişi sayıları
Bakırköy	1-5
Erenköy	4-5
Manisa	3-6
Samsun	2-4
Adana	6-8
Elazığ	10-25

Akut Servisler

Genelde akut servisler kapalı ve açık bölümlerden oluşmakta, hastalar hastaneye ilk kabul edildiklerinde önce kapalı bölüme, 1-2 hafta sonra da açık bölüme alınmaktadır. Ancak akut servislerde genel olarak güvenlik gerekçesiyle hastaların oldukça katı koşullar altında tutulduğu yerlerdir. Genellikle akut servislerdeki tüm kapıların kontrolü servis çalışanlarına aittir; Bakırköy, Erenköy, Manisa gibi bazı hastanelerde hasta odalarının kapıları gündüzleri kilitlenmekte, hastalar odalarına ancak akşamları girebilmektedir.

Bazı hastanelerde akut servislerin odalarındaki pencereler demir parmaklıklıdır. Tüm hastanelerde akut servis odalarının gün ışığı aldığı; çoğu hastanenin akut servislerindeki odalarda yatak dışında hiçbir mobilya ve perde, tül bulunmadığı tespit edilmiştir.

Hastaneden hastaneye farklılık gösterse de, akut

Hastaların servislerde ortalama kalış süreleri

Hastane	Akut servisler	Kronik servisler	Adli servisler
Manisa	1 ay ila 3 ay	Sürekli	
Elazığ	1 ay ila 3 yıl	Sürekli	
Adana	3 hafta ila 2 ay	Sürekli	20 gün ila 2 ay
Samsun	1 ay ila 2 yıl	Sürekli	Hastanede adli servis bulunmamaktadır.
Erenköy	15 gün ila 2 yıl	Hastanede kronik servis bulunmamaktadır.	Hastanede adli servis bulunmamaktadır.
Bakırköy	2 hafta ila 1 yıl	Sürekli	

servislerin genel olarak kronik servislere göre fiziki koşullar açısından daha bakımlı ve temiz olduğu gözlemlenmiştir. Bazı hastanelerde akut servislerde hijyen açısından ciddi aksaklıklar görülmüştür.

Kronik Servisler

Hastaların uzun süreler kaldığı bu servisler genelde açık servisler şeklinde düzenlenmiştir ve bahçeye çıkış, telefonla ya da ziyaret yoluyla ulaşılabilirlik koşulları akut servislere göre daha esnektir. Odalarda genellikle yatak ve bazen yatağa ek olarak bir dolap ya da komodinin dışında hiçbir mobilya ya da aksesuar bulunmamaktadır. Hasta dolaplarında genelde bir çift terlik ya da bir diş fırçası dışında hiçbir özel eşya görülmemiştir. Hastaların bu servislerde yıllarca kaldıkları göz önünde bulundurulduğunda, dolapların kapaklarını açınca karşılaşılan görüntü bu servislerdeki yaşam koşullarını özetler niteliktedir. Kronik servislerde gözlemlenen en önemli sorunlardan biri hastaların çay, sigara, ek gıda, giysi gibi ihtiyaçlarının karşılanmasında yaşanan sıkıntılardır. Buna ek olarak hastaların genel sağlık durumlarının akut servislerdeki hastalara göre daha kötü olduğu gözlemlenmiştir.

Adli Servisler

Proje kapsamında diğer servislere göre adli servislerin detaylı olarak incelenmesi bazı hastanelerde mümkün olamamıştır. Adli servislerin sorumluluğu ve yetkileri hastane, savcılık ve askeriye arasında bölüştürüldüğünden, izin almada sıkıntılar yaşanabilmektedir. Bu servisler hastane içerisinde bir cezaevi görüntüsü sergilemektedir. Hemen hepsinin pencerelerinde kafes teller, binanın çevresinde yüksek duvarlar ve tel örgüler bulunmaktadır. Bazı hastanelerde adli servislerin gün ışığı almadığı, kalan hastaların açık havadan yararlandırılmadığı tespit edilmiştir.

Hareket serbestliği ve ulaşılabilirlik açısından diğer servislere göre daha sıkı önlemler alınmaktadır. Adli servislerde tespit edilen en önemli sıkıntılardan biri sağlık çalışanlarının adli kısıtlamalar nedeniyle tedavi programlarını yeterince uygulayamadıkları olmuştur.

Bakanlığın ruh sağlığı hastanelerinde kalış sürelerini 3 hafta ile sınırlandırmaya gitmesine rağmen, yok-

sulluk, kimsesizlik, sosyal dışlanma ve toplum içerisinde rehabilitasyon ve bakım olanaklarının olmaması gibi sebeplerden ötürü kimi hastalar yıllarca hastanede yaşamak zorunda kalmaktadır. Kronik servislerde 1960'lı yıllardan bu yana kalan hastalara rastlamak mümkündür.

Servis Tipine Göre En Acil İnsan Hakları Sorunları

Tüm servislerde, incelenen insan hakları alanlarının çeşitli biçim ve derecelerde ihlal edildiği, hemen her konuda acilen iyileştirmeler yapılması gerektiği tespit edilmiştir. Servis tipine göre en acil olarak nitelendirilebilecek insan hakları ihlalleri ise şu şekilde özetlenebilir:

Akut servisler	Hareket serbestliği, yatış esnasında ve tedavi sırasında detaylı bilgilendirme eksikliği
Kronik servisler	Toplum içerisinde barınma; genel tıbbi bakım ve tedavi; psikososyal rehabilitasyon
Adli servisler	Açık havadan yararlanamama, gün ışığı görmeme; yatış sürelerinin adli sürece bağlı olarak uzaması; ulaşılabilirlikte kısıtlamalar

1. Fiziki Koşullar

Ruh sağlığı hastanelerinin fiziki koşulları hastaneden hastaneye, hatta aynı hastane içerisinde servisten servise büyük farklılıklar gösterebilmektedir. Genel olarak Türkiye'deki ruh sağlığı hastaneleri, uzun yıllardır yatırım yapılmamış, fiziki açıdan yıpranmış binalardan oluşmakta, ancak son yıllarda birtakım iyileştirme çabaları hayata geçirilmektedir.

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde kadın servislerinde hastalar 6-8 kişilik odalarda kalmaktadır. Yataklar iki sıra halinde yan yana dizilmiştir. Odalarda yatak dışında hiçbir mobilya ya da aksesuar bulunmamaktadır. Akut erkek servisinde ise odalar 3-4 kişiliktir. Çocuk ve AMATEM servislerinde odalar ikişer kişiliktir. Hükümlülerin kaldığı bölüm ise 28 kişinin bir arada kaldığı tek bir



koğuştan; tutukluların tutulduğu bölüm 3-5 yataklı odalardan oluşmaktadır. Bu bölümde de çocuk ve AMATEM bölümlerinde olduğu gibi odalarda tuvalet bulunmaktadır.

Adli servis dışındaki tüm servislerde, odalarda ve koridorlarda 24 saat kamerayla izleme sistemi uygulanmakta, kamera görüntüleri aynı binada yer alan servis sorumlusu hemşirelerin odasından izlenmektedir. Kamera görüntülerine ilişkin herhangi bir kayıt sistemi mevcut değildir.

Hiçbir serviste hastaların yalnız kalabilecekleri bir mekân bulunmamaktadır.

Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Açık servislerdeki 5-6 yataklı odalar dışında diğer servislerde en az 10 yatağın bulunduğu yarı-açık odalarda kalınmaktadır. Odaların tümü temiz, aydınlık olmakla birlikte kalabalık odalarda kalmaktan kaynaklanan, kavgalar, cinsel tacizler, enfeksiyon hastalıkları gibi sorunların yaşandığı belirtilmiştir.



Tüm ortak alanlar kamera ile gözlenmekte, hiçbir serviste hastaların yalnız kalabilecekleri bir mekân bulunmamaktadır. Açık servislerde bulunan özel odalar dışında genel olarak hastaların mahremiyetinin ve yalnız kalma özgürlüklerinin bulunmadığı söylenebilir.

Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Hastanede servisler aynı katta yer alan açık ve kapalı servisler şeklinde düzenlenmiş; açık ve kapalı servisler birbirinden demir parmaklıklı kapılarla ayrılmıştır. Servislerin köşesinde geniş bir camın gerisinden servis koridorlarına bakan bir hemşire odası yer almakta, her servisin kendine ait bir iç bahçesi bulunmaktadır. Servislerde, mekân düzenlemesi açısından belirli bir standardizasyon dikkati çekmektedir. Örneğin her servise acil müdahale odası ve engelli odası eklenmiştir. Ancak servisler arasında hijyen, hareket özgürlüğü, tedavi ve rehabilitasyon olanakları açısından oldukça büyük farklılıklar olduğu gözlemlenmiştir.

Farklı bir uygulama olarak bir haftadır hastanenin tamamında tüm gün 4 kanallı bir müzik yayını yapılmaktadır. Kanal seçimi servislerde çalışanların inisiyatifindedir. Çalınan müzikler enstrümantal müziklerden oluşmaktadır. Ziyaret sırasında en çok ney duyulmuş; hastane yönetimi tarafından bunun hastalara ölümü hatırlattığı, hastaların sık sık bundan şikâyet ettikleri belirtilmiştir. Ziyaretin ardından hazırlanan il raporunun ardından hastane yönetiminin bu uygulamaya son verdiği öğrenilmiştir.

Odalar ortalama 8 yataklıdır ve hemen hemen tüm odalar gün ışığı almaktadır. Odalarda kapalı servislerde yatak dışında hiçbir mobilya veya aksesuar bulunmamakta; açık servislerde ise hastaların özel eşyalarını koyabileceği dolaplar bulunmaktadır.



Tüm ortak alanlar kamera ile gözlenmekte; hasta odalarında ve banyolarda kamera bulunmamaktadır. Banyo ve tuvaletler duvar ve banyo perdesiyle birbirinden ayrılmaktadır.

Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Odalar iki, üç ve dörder kişilik odalar şeklinde düzenlenmiştir. Hastanede çıkan yangından sonra koğuş sisteminin terkedildiği, yerine bu sisteme geçildiği bildirilmiş; bu geçişin hastalar üzerinde son derece olumlu etkisi olduğu, hastaların ajitasyon ve saldırganlıklarının büyük ölçüde azaldığı ifade edilmiştir. Yeni oda sisteminin çalışanlar açısından da çok rahatlatıcı olduğu dile getirilmiştir. Bazı odalarda banyo ve tuvalet bulunduğu görülmüştür. Tecrit odaları dışında odalar bol ışıklı ve aydınlık olup merkezi kalorifer sistemi ile ısıtılmaktadır. Bazı odalardaki kalorifer petekleri oldukça küçüktür. Bazı servislerin bakımlı bazılarının da bakımsız olduğu gözlemlenmiştir. Servisler arasında hijyen ve hareket serbestliği açısından büyük farklılıklar gözlemlenmiştir. Hastaların 1-2 kişilik odalarda kaldığı ve bahçeye istediklerinde çıkabildikleri A1-Açık Servisi diğer servislerle ve başka hastanelere örnek teşkil edecek niteliktedir. Ancak özellikle hastanenin dışında yer alan kapalı kadın servisi oldukça olumsuz tutulma koşullarına sahiptir.



Hastanede poliklinik dışında kamera sistemi bulunmamaktadır. Yangından önce kapalı servislerde kamera sistemi olduğu, ancak yangından sonra servislerde kamera sisteminin kurulmadığı belirtilmiştir. Özellikle hasta odalarında kameraların olmayışı mahremiyet hakkı açısından olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir.

Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Hastane genelinde fiziki koşulların servisten servise büyük farklılıklar sergilediği gözlemlenmiştir. Genel izlenim ve servis çalışanlarının ifadeleri, son birkaç yıl içerisinde yeni yönetimle birlikte servislerdeki fiziki koşulları iyileştirme çalışmalarının arttığı yönünde olmuştur. Ancak yine de bazı kronik ve adli servislerin fiziki koşullarının oldukça bakımsız ve hijyen açısından oldukça yetersiz olduğu gözlemlenmiştir.



Odalar, 2, 3, 4 ve 5 kişilik odalar şeklinde düzenlenmiştir ve çoğunda yatak ve komodinin dışında hiçbir şey bulunmamaktadır. Özellikle kronik ve adli servislerdeki fiziki koşulların hijyen ve konfor açısından daha elverişsiz olduğu gözlemlenmiştir. Odaların 4-5 kişilik oluşu ve banyo ve tuvaletlerin ortak kullanılıyor oluşu mahremiyet açısından olumsuz uygulamalar olarak değerlendirilmiştir.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Odalar 3, 4 ve 5'er kişilik odalar şeklinde düzenlenmiştir. Açık servisteki odalarda odaya özel banyo ve tuvalet bulunduğu görülmüştür. Diğer servislerde banyo ve tuvaletler ortak kullanılmaktadır. Açık servis dışındaki servislerde odaların kapısı tüm gün kilitli tutulmaktadır. Açık servis dışındaki servislerin odalarının, hijyen ve konfor açısından oldukça yetersiz olduğu gözlemlenmiştir. Odaların çoğunda yatak dışında hiçbir şey bulunmamaktadır.



Odaların 4-5 kişilik oluşu ve açık servis dışında banyo ve tuvaletlerin ortak kullanılıyor oluşu ile odalarda tül ya da perde olmayışı mahremiyet açısından olumsuz uygulamalar olarak değerlendirilmiştir.

2. Bakım

Tüm hastanelerde hastalara günde 3 öğün yemek verilmektedir. Bakırköy, Erenköy ve Adana hastanelerinin bazı servislerinde hastalara süt, kek, bisküvi gibi besinlerden oluşan ara öğünler verildiği tespit edilmiştir. Bazı akut servislerde kalan hastaların servis hemşireleri aracılığıyla kantinden alışveriş yapma imkanına sahip olduğu, kronik servislerde kalan hastaların ise hemen hemen tüm hastanelerde kantine kendilerinin ulaşabildikleri görülmüştür. Ancak hastaların çoğunun ekonomik yoksulluk içerisinde olduğu düşünülürse, hastanenin verdiği öğünler dışında bir besine ulaşamadığı söylenebilir. Maddi imkanı olan bazı hastaların hastanede verilen yemekler dışında kantinden alışveriş yapabilmesi aynı serviste kalan hastalar arasında eşitsizliğe sebep olabilmektedir.

Beslenme ile ilgili bir diğer önemli konu, bazı hastaların genel sağlık durumlarından kaynaklanan özel beslenme ihtiyaçlarıdır. Örneğin, diyabet hastaları özel bir diyetle ya da oldukça sık rastlanan epilepsi hastaları özel tedbirlere ihtiyaç duymaktadır.

Hasta hakları birimlerine zaman zaman servislerde verilen yemeklere ilişkin memnuniyetsizlikle ilgili başvuruların geldiği tespit edilmiştir.

Genel Tıbbi Bakım ve Tedavi

Ruh sağlığı hastanelerinde kalan hastaların ciddi genel sağlık sorunları yaşadıkları tespit edilmiştir. Özellikle kronik servislerde kalan hastaların yıllar boyu genel tıbbi bakım ve tedaviden yoksun kalmaları ciddi sorunlara yol açmaktadır.

Hastalarda en sık görülen genel sağlık sorunları arasında aşağıdaki sorunlar belirtilmiştir:

- Kalp hastalıkları,
- Akciğer hastalıkları,
- Ağız ve diş sağlığı problemleri,
- Düşmelerden ve kavgalardan kaynaklanan yaralanma ve sakatlanmalar,
- Ürolojik problemler.

Ziyaret edilen tüm ruh sağlığı hastanelerinde hastaların genel tıbbi bakım ve tedavisinde ciddi sorunlar tespit edilmiştir. Ruh sağlığı hastanelerinin genel tıbbi bakım ve tedavi konusunda gerekli donanımının olmaması, hastaların genel sağlık sorunları yaşadıklarında başka hastanelere gitmek zorunda olmaları ve ruh sağlığı hastaneleri ile genel

hastaneler arasında koordinasyon eksikliği ciddi sorunlara yol açmaktadır. Hastane çalışanları ile yapılan görüşmelerde hastaların genel sağlık tedavisi için gittikleri hastanelerde damgalama ve ayrımcılığa maruz kaldıkları, çoğu zaman tedavilerinin yeterince hızlı gerçekleştirilemediği, yetersiz kaldığı, hatta yarım bırakılabildiği belirtilmiştir. Refakatçi olmadan çoğu hastanenin ve 112 ambulanslarının hastaları kabul etmediği, yakınlarının ilgisizliğinden ya da uzak şehirlerde olmalarından dolayı refakatçi bulmakta zorluk çekildiği, çoğu zaman hastanın kaldığı servisten bir bakım elemanı ya da personelin refakatçi olarak hastaya eşlik ettiği belirtilmiştir.

Elazığ ve Bakırköy gibi bazı hastanelerde ruh sağlığı hastanesinin çok yakınında devlet hastaneleri bulunduğu genel sağlık sorunlarına nispeten hızlı bir biçimde müdahale edilebildiği görülmüştür.

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Genel Tıbbi Bakım ve Tedavi

Hastanede genel tıbbi bakım ve tedaviden sorumlu bir aile hekimi çalışmaktadır. Hastalar, tedavi gerektiren durumlarda başka hastanelere götürülmektedir. Hastanede gerek hastalarla gerekse çalışanlarla yapılan görüşmelerde genel tıbbi bakım ve tedavi alanında ciddi sorunlar yaşandığı belirtilmiştir. En çok sıkıntı yaşanan alanlardan birinin bu olduğu belirtilmiş, hastalara yönelik damgalama eğilimi nedeniyle hastaların genel tıbbi tedavi için götürüldükleri hastanelerde ayrımcı muameleye maruz kaldıkları belirtilmiştir. Bunun sonucunda hastaların ihtiyaç duydukları tıbbi tedavilere zamanında ulaşmakta sıkıntı yaşadıkları belirtilmiştir. Bunun yanı sıra, hastanenin kendi bünyesinde genel tıbbi bakım ve tedavi olanaklarının yetersiz olduğu belirtilmiştir.

Özbakım: Banyo, Diş bakımı, Saç Bakımı

Çocuk ve AMATEM servisi dışında kalan yetişkin akut ve kronik servislerinde kalan hastalar haftada iki kez servis personeli tarafından belirlenen gün ve saatlerde banyo yapabilmektedir. Hastalar, aynı gün ve saatte sıraya girerek banyo yapmaktadır. Hastalar, personelin nezaretinde dişlerini fırçalayabilmektedir. Kronik kadın servisinde kalan hastaların saçları bitlenme tehdidine karşı 3 numara tıraş edilmektedir.

Çocuk ve AMATEM servislerinde odalarda banyo bulunmaktadır. Hastalar istedikleri zaman banyo yapabilmektedir.

Beslenme

Hastalara günde 3 öğün yemek verilmektedir. Gece

yatış ve sabah kalkış saatleri arasında servislerde yemek yeme olanakları bulunmamaktadır.

Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Genel Tıbbi Bakım ve Tedavi

Hastanede genel tıbbi bakım ve tedaviden sorumlu bir hekim çalışmamaktadır. Hastalar, müdahale ve tedavi gerektiren durumlarda bitişikteki Devlet Hastanesi'ne götürülmektedir.

Özbakım: Banyo, Diş Bakımı, Saç Bakımı

Hastalara özbakım eğitimi verildiği, ancak özbakımlarını yapamayan hastalara hemşire ve hastabakıcıların yardımcı olduğu; banyo, kişisel temizlik, tırnak kesme işlemlerinin bizzat çalışanların yardımıyla yapıldığı, haftanın bir günü de berberin geldiği belirtilmiştir. Hastaların bitlenmesinin önlenmesi amacıyla haftada bir kez özel şampuan kullanıldığı söylenmiştir.



Beslenme

Hastalara günde 3 öğün yemek verilmektedir. Öğün aralarında servislerde yemek yeme olanakları bulunmamaktadır, ancak acıkan hastalara ekme verildiği belirtilmiştir.

Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Genel Tıbbi Bakım ve Tedavi

Hastalar, müdahale ve tedavi gerektiren durumlarda Devlet Hastanesi'ne götürülmektedir. Başka hastanelere sevk edilen ve yatılı tedavi gerektiren hastaların hastanelerden refakatçi istenmesi ve ailelerin uzakta olması, ilgilenmemesi sonucu refakatçi bulunamadığından genelde ayaktan tedavi ile yetinildiği ifade edilmiştir. Hastanede görevli dahiliye uzmanı daha çok EKT'ye ilişkin tetkikleri yürütmektedir. Po-

liklinikte görev yapan diş hekimliği birimi ise dışarıya da hizmet verdiğinden hastanede kalan hastalara yetişemediği ifade edilmiştir.

Özbakım: Banyo, Diş Bakımı, Saç Bakımı

Hastaların özbakımı sözleşmeli personel tarafından gerçekleştirilmektedir. Hastanenin genelinde özbakımın gereğince yapılmadığı, özellikle, ağız, diş ve ayak sağlıklarının önemli ölçüde zarar gördüğü gözlemlenmiştir.



Beslenme

Hastalara günde 3 öğün yemek verilmektedir. Öğün aralarında servislerde yemek yeme olanakları bulunmamaktadır, ancak acıkan hastalara bazı servislerde ekme arası bir şeyler verildiği belirtilmiştir.



Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Genel Tıbbi Bakım ve Tedavi

Hastalar, hastaneye kabulde ve daha sonra da 15 günde bir genel tıbbi tetkike tabi tutulmaktadır. Genel tıbbi tedavi gerektiren durumlarda başka hastanelere götürülmektedirler. Ancak başka hastanelerde psikiyatri hastalarının refakatçisiz kabulünde

sıkıntı yaşandığı, hastaların ailelerine ulaşamaması gibi durumlarda yatılı tıbbi tedavilerin yarım bırakılmak zorunda kaldığı, bu durumlarda hastane başhekiminin devreye girdiği, ancak bu koşullarda hastanın yatılı tedavisinin sağlanabildiği, bazı durumlarda tedaviye erişemeyen hastaların kısa sürede öldüğünden söz edilmiştir.

Özbakım

Hastanede akut ve kronik servislerinde kalan hastalar yazın haftada iki kez, kışın bir kez servis personeli tarafından belirlenen gün ve saatlerde banyo yapabilmektedir. Hastalar, aynı gün ve saatte sıraya girerek ve personel eşliğinde banyo yapmaktadır. Hastaların tırnak kesimi, tıraşları ve diğer vücut temizliklerini personel yapmaktadır. Hastaların dişlerini fırçalamadıkları belirtilmiştir.



Beslenme

Hastalara günde 3 öğün yemek verilmektedir. Gece yatış ve sabah kalkış saatleri arasında servislerde yemek yeme olanakları bulunmamaktadır. Parası olan hastaların kantinden yiyecek alarak yeme olanakları bulunması olumlu bir faktör olmakla birlikte, yoksul hastaların yiyeceğe ulaşma şanslarının bulunmaması, olumsuz ve eşitsiz bir durum olarak değerlendirilmiştir.

Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Genel Tıbbi Bakım ve Tedavi

Hastalar genel tıbbi tedavileri için hastanenin bitişiğinde yer alan devlet hastanesine götürülmektedir. Özellikle kronik servislerde kalan hastaların genel sağlık durumlarında ciddi sorunlar olduğu belirtilmiştir.

Özbakım

Hastanede hastaların özbakımı genellikle sağlık ve bakım personeli eşliğinde yaptırılmaktadır. Ortalama haftada 2 kez banyo yapan hastalardan kendi özbakımlarını gerçekleştirebilen bir kısmı dişlerini

fırçalamaktadır. Ancak özellikle kronik servislerde kalan hastaların büyük bir kısmında ağız ve diş sağlığı sorunları olduğu, buna ek olarak genel olarak bakımsız oldukları, özellikle ayaklarında ciddi deformasyon olduğu gözlemlenmiştir.



Beslenme

Hastalara günde 3 öğün yemek verilmektedir. Bunun dışında yakın zamanda süt, bisküvi, kek gibi ara öğün uygulaması başlatılmıştır. Bazı kronik servislerde hemşirelerin hastalar için kek, börek gibi yiyecekler hazırladıkları gözlemlenmiştir.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Genel Tıbbi Bakım ve Tedavi

Hastalar genel tıbbi tedavi için genel sağlık hastanelerine sevk edilmektedir. Bu hasta grubuna yönelik ayrımcılıktan kaynaklanan çekincelerden dolayı sağlık hizmetlerine erişimde ciddi engellerle karşılaşıldığı ifade edilmiştir. Hastaların kalp ve akciğer hastalıkları gibi genel sağlık sorunlarının yaygın olduğu belirtilmiştir.

Çözüm önerisi olarak özel dal hastanelerinde dahiliye, kadın doğum ve cerrahi branşlarının da kurulması yönünde çalışma yapılması getirilmiştir. Hastanede sabit dahiliye kadrosu 2 senedir olduğu halde Bakanlık tarafından uzman gönderilmediği belirtilmiş,

anestezi uzmanı için geçmişte 1 yıl beklemek zorunda kaldıkları ifade edilmiştir. İkinci bir öneri olarak 112 koordinatörlüklerinin psikiyatrik hastalıklar konusunda hizmet-içi eğitime tabi tutulması getirilmiştir.

Özbakım

Hastaların özbakımlarında servislerin kapalı ve açık kısımları arasında ciddi farklılıklar gözlemlenmiştir. Hastaların hastaneye yatışın hemen ardından kabul edildiği kapalı kısımların banyolarında diş macunu, sabun, tuvalet kâğıdı gibi özbakım malzemelerine rastlanmamıştır. Açık kısım olarak adlandırılan üst katlarda ise özbakım için gerekli koşulların daha iyi sağlandığı gözlemlenmiştir. Hastalara personel eşliğinde ortalama haftada 2-3 kez banyo yaptırılmaktadır. Özellikle kapalı servislerde hastalarının özbakımının yetersiz olduğu dikkat çekmiştir.

Beslenme

Hastalara günde 3 öğün yemek verilmektedir. Bunun dışında çay, bisküvi gibi gıdalarla ara öğün uygulaması başlatılmıştır. Bazı hastaların kantine erişimi vardır. Diğerlerinin servis çalışanları aracılığıyla kantinden istediklerini ısmarlayabildikleri belirtilmiştir.



3. Can ve Mal Güvenliği

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Can ve Mal Güvenliği

Hastaların can güvenliklerinin merkezi kamera kontrolüyle sağlandığı belirtilmiştir. Bunun yanı sıra

hemşire ve özellikle de hastabakıcılara periyodik eğitim verilmesinin hastalar açısından önemi vurgulanmıştır. Hastaların giyim ve diğer eşyalarının da hemşirelerin denetiminde tutulduğu bildirilmiş, ancak buna ilişkin bir kayıt gösterilmemiştir.

Gece Nöbetleri

Geceleri servislerde bir hemşire ve iki hastabakıcı bulunmakta, hemşireler, gece nöbetleri sırasında yeterince güvende hissetmediklerini belirtmektedir. Önerileri şu yönde olmuştur: hemşire sayısının artması, servislerde çağrı zilleri bulunması.

Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Can ve Mal Güvenliği

Hastaların can güvenliklerinin merkezi kamera kontrolüyle ve personelin gözlemiyle sağlandığı belirtilmiştir.

Hastaların giyim ve diğer kişisel eşyalarının eşya defterine kaydedilerek hemşirelerin denetimindeki özel depolarda tutulduğu belirtilmiştir. Buna ilişkin kayıtlar ile eşyaların düzenli bir şekilde saklandığı dolap ve odalar gösterilmiştir.

Bazı servislerdeki personel, hastalar tarafından saldırıya uğradıklarını belirtmiştir. Hasta saldırılarının kapalı kadın servislerinde daha yoğun olduğu bildirilmiştir.

Gece Nöbetleri

Geceleri servislerde bir hemşire ve iki hastabakıcı bulunmaktadır. Hemşireler, gece nöbetleri sırasında yeterince güvende hissetmediklerini belirtmektedir. Hemşire sayısının artması, servislerde özel güvenlik görevlilerinin bulunması şeklinde önerileri olmuştur.

Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Can ve Mal Güvenliği

Hastaların can güvenliklerinin ortak alanlarda kamera kontrolüyle ve personelin gözlemiyle sağlandığı belirtilmiştir. Kapalı servislerde kalan hastaların giyim ve diğer kişisel eşyalarının eşya defterine kaydedilerek hemşirelerin denetimindeki özel depolarda tutulduğu belirtilmiştir. Açık servislerde hastaların kişisel eşyalarını kendilerine ait dolaplarda tutabilmektedir.

Hastanede yaşanan intihar olayının ardından hastaların can güvenliğinin hastaları dış bahçeye çıkarmayarak çözüldüğü ifade edilmiştir.

Bazı servislerdeki personel, hastalar tarafından saldırıya uğradıklarını belirtmiştir.



Görüşülen bazı hastalar da kendilerinin hastabakıcılar tarafından dövüldüklerini söylemişlerdir. Bazı hastalar ise kendilerine kötü davranıldığını, şiddet uygulandığını belirterek, kendi deyimleriyle “insan haklarına” haber vermemizi istemişlerdir.

4. Erkek Servisi’nde bir hastanın yüzünde ciddi bir yaralanma gözlemlenmiştir. Sebebi sorulduğunda hastanın epilepsi hastası olduğu, sık sık düştüğü, serviste yere düştüğü sırada yüzünün parçalandığı ifade edilmiştir. Ertesi gün başhekimle birlikte aynı servis ziyaret edildiğinde bu kez hastanın servise geldiğinde o halde olduğu ifade edilmiştir. Hastanın epilepsi hastası olduğu göz önünde bulundurulduğunda, can güvenliği için özel bir uygulama gerektiği, ancak bunun sağlanmadığı söylenebilir.

Gece Nöbetleri

Geceleri servislere bir hemşire ve bir sözleşmeli personel bulunmaktadır. Hemşireler, gece nöbetleri sırasında yeterince güvende hissetmediklerini belirtmiştir. Hemşire sayısının artması, servislere özel güvenlik görevlilerinin bulunması ya da personel sayısının artırılması şeklinde önerileri olmuştur.

Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Can ve Mal Güvenliği

Hastaların can güvenliklerinin büyük ölçüde hemşirelerce sağlandığı, olağanüstü durumlarda güvenlik görevlilerinin çağrıldığı belirtilmiştir. Bunun yanı sıra hemşire ve özellikle de hastabakıcılara periyodik eğitim verilmesinin hastalar açısından önemi vurgulanmıştır. Hastaların giyim ve diğer eşyalarının da hemşirelerin denetiminde tutulduğu belirtilmiş, ancak buna ilişkin bir kayıt gösterilmemiştir.

Gece Nöbetleri

Geceleri servislere bir hemşire ve iki hastabakıcı bulunduğu belirtilmiştir. Hemşireler, gece nöbetleri sırasında yeterince güvende hissetmediklerini belirtmiştir. Önerileri şu yönde olmuştur: hemşire

sayısının artması, servislere çağrı zilleri bulunması.

Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Can ve Mal Güvenliği

Hastanede hastaların can ve mal güvenliğinin tehdit edecek genel bir uygulamaya rastlanmamıştır. Ancak bir serviste odalara fazla yatak konması sebebiyle odaların kapılarının kapanmaması ile oluşan



cereyan sonucu hasta ölümlerinin gerçekleştiği belirtilmiştir. Zaman zaman hastaların özel eşyalarının çalındığından da söz edilmiştir.

Gece Nöbetleri

Gece nöbetleri sırasında her serviste yeterli sayıda çalışan kalıyor gibi görünmektedir. Ancak, gece nöbetlerinde hastaların yeterince takip edilip edilmediğinden emin olunamamıştır.

Ruh sağlığı hastanelerinde gerçekleşen ölümler

Bölgesel ruh sağlığı hastanesi	Son 3 yılda gerçekleşen ölümlerin sayısı (hastane yönetimlerinin bildirimlerine göre)		
	2005	2006	2007
Bakırköy	Bilgisayar kaydı olmadığı için bilgi alınamamıştır.	21	31
Erenköy	5	5	3
Manisa	Bilgisayar kaydı olmadığı için bilgi alınamamıştır.	32	27
Samsun	Bilgisayar kaydı olmadığı için bilgi alınamamıştır.	5	5
Adana	8	11	18
Elazığ	4	4	1

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Can ve Mal Güvenliği

Hastaların can güvenliklerinin büyük ölçüde hemşire ve sağlık memurlarınca sağlandığı, olağanüstü durumlarda güvenlik görevlilerinin çağrıldığı belirtilmiştir. Bunun yanı sıra hemşire ve özellikle de hastabakıcılara periyodik eğitim verilmesinin hastalar açısından önemi vurgulanmıştır.

Hastaların giyim ve diğer eşyalarının da hemşirelerin denetiminde tutulduğu belirtilmiş, ancak buna ilişkin bir kayıt gösterilmemiştir.

Can güvenliği açısından endişe verici bir durum, hastaların genel tıbbi tedaviye zamanında ulaşamamaları sonucu gerçekleşen ölümlerdir. Hastanedeki ölümlerin çoğunun gece gerçekleştiği tespit edilmiş, genel hastanelere kabulde yaşanan sıkıntılardan ve zamanında müdahale edilememesinden ya da hastaneden bir an önce taburcu etme eğilimi nedeniyle tedavilerin yarım kalması sonucu ve istenmeyen ölümlerin gerçekleştiği görülmüştür.

Gece Nöbetleri

Geceleri servislerde bir hemşire ve iki hastabakıcı bulunduğu belirtilmiştir. Hemşireler, gece nöbetleri sırasında yeterince güvende hissetmediklerini ifade etmiştir. Hemşire sayısının artması, servislerde çağrı zilleri bulunması gibi önerileri olmuştur.

4. Hareket Serbestliği

Ziyaret edilen tüm hastanelerde, hastalarla uzun süreler birlikte olan servis çalışanları (hemşireler ve hastabakıcılar), hastanın tüm zamanını kapatıldığı bir ortamda ve bomboş geçirmek zorunda kalmasının onları asabileştirdiğini belirtmiştir.

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Kronik servislerde kalan hastalar, servislerine ait bahçeyi ve bahçe dışını günün büyük çoğunluğunda kullanabilirken, akut servislerde kalan hastalar günde birkaç saat bina dışına çıkabilmektedir.



Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Tüm hastanede, hasta odaları açıktır ve kapıları kilitlenmemektedir. Açık servislerin servis kapıları da açıkken, kapalı servislerinse yalnızca servis kapıları kilitlidir. Özel bahçesi olan birkaç servis ile açık kadın ve açık erkek servislerindeki hastaların bahçeden tüm gün yararlandığını, diğer servislerdeki hastaların ise günde bir iki saat süreyle bahçeye çıkabildikleri belirtilmiştir.



Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Tüm hastanede, hasta odaları açıktır ve kapıları kilitlenmemektedir. Servis kapılarının tümü demir parmaklıklı ve kilitlidir. Servislerde kalan hastalar dış bahçeyi kullanamamakta, servislere ait iç bahçeleri kullanabilmektedir; günde ortalama 1-2 saat süreyle iç bahçeye çıkabildikleri belirtilmiştir.

Dış bahçenin kullanımı ziyaret tarihinden 3 ay önce hastane yönetimi tarafından yasaklanmıştır. Bu yasağın gerekçesi sorulduğunda hastanenin dış bahçesinde 3 ay önce yaşanan ve ölümle sonuçlanan bir intihar olayı ve hastaların ziyaretçilerden sigara isteme gibi dilenciliği andıran davranışlarından ve kadın hastalara yönelik taciz olasılığından bahsedilmiştir.

Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Açık servislerde kalan hastalar istediklerinde bahçeye çıkabilmektedirler. Bu servisin kapıları hastanenin genel bahçesine açılmaktadır. Kapalı servislerde kalan hastalar ise ancak doktor ya da sorumlu hemşirenin izniyle kısıtlı saatlerde bahçeye çıkabilmektedir.



Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Hastanenin servislerinin büyük bölümünde hasta odaları sabahdan akşama kadar kilitli tutulmaktadır. Gündüzleri hastalar servislerdeki ortak alanlarda topluca vakit geçirmek zorundadır. Hastalar, uzman personelin kontrolünde servis dışına ve bahçeye çıkabilmektedir. Hemen tüm servislerde servise ait iç bahçeler hastaların kullanımına açıktır. Özellikle akut servislerde iç bahçeyi kullanma saatleri sınırlandırılmaktadır.



Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Açık servis dışındaki servislerin odaları gündüzleri kilitlenmekte, hastalar odalarında zaman geçirememekte, zamanlarını iç bahçe ve ortak alanlarda geçirmektedir. Hastalar belirli saatlerde servislerin tel örgüyle çevrili iç bahçelerini kullanabilmektedir. Onun dışında hastaların dış bahçeye çıkışları uzman personelin kontrolü altındadır.



İç bahçe uygulaması çoğu hastanede vardır. Bu uygulamaya gerekçe olarak sıkça belirtilen unsurlardan biri servislerde yatılı tedavi gören hastaların ayakta tedavi için polikliniğe gelen hastalarla ve hastaneye gelen ziyaretçilerle karşılaşmasının önlenmesi biçiminde ifade edilmektedir. Bu görüşe göre hastalar adeta hastanenin genel görüntüsünü bozmaktadır. Bunun ayrımcılık içeren bir yaklaşım

olduğu, dünyada giderek yaygınlaşan sosyal içermeci yaklaşımların tersine, hastaları yalıtıcı bir etkisi olduğu düşünülmektedir.

Hemen hemen tüm hastanelerin akut servislerinde açık havadan yararlanma süreleri günde 1-2 saat arasında değişmektedir.

5. İletişim Koşulları

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Hastanede yetişkin servislerinde kalan hastalar, her gün saat 09:00-16:00 arası yakınları tarafından ziyaret edilebilmektedir. Hasta ve hasta yakınları hastanenin girişinde düzenlenmiş iç bahçede görüşmektedir.



Çocuk servisinde kalan hastalar haftanın iki günü 9:00-16:00 saatleri arası ziyaret edilebilmekte, her gün 16:00-20:00 arası dışarıdan telefonla aranabilmektedir.

Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Hastanede kalan hastalar, her gün iki saat süreyle hasta yakınları tarafından ziyaret edilebilmektedir. Hasta ve hasta yakınları kapalı servislerde servis içindeki görüşe bölümünde, açık servislerde ise hastanenin içinde düzenlenmiş iç bahçede görüşmektedir.

Tüm hastalar, gün boyunca saat 21.00'a kadar dışarıdan telefonla aranabilmektedir.

Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Hastanede kalan hastalar, her gün iki saat süreyle hasta yakınları tarafından ziyaret edilebilmektedir. Hasta ve hasta yakınları servislerde servis içindeki görüş bölümünde görüşmektedir. Görüşme saatleri her gün 13:00-15:00 arasındadır. Başka illerden gelen hasta yakınlarının, bazen bir geceyi Adana'da geçirmek zorunda kaldıkları ve kalacak yer sorunu yaşadıkları, bunun için bir misafirhaneye ihtiyaç

duyulduğu belirtilmiştir. Açık servislerde kalan hastalar telefonla aranabilmekte, kapalı servistekiler aranamamaktadır.

Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Açık servislerde kalan hastalar dışarıdan telefonla aranabilmekteler. Hastane bahçesinde bulunan ankesörlü telefona istediklerinde ulaşabilmektedir. Ayrıca, hastalar cep telefonlarını yanlarında bulundurabilmektedir. Kapalı servislerde kalan hastaların dışarıyı arayamadıkları, ancak aranabildikleri belirtilmiştir. Hem açık hem kapalı servislerde kalan hastalar yakınları tarafından ziyaret edilebilmektedir.

Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Hastalar, her gün belirli saatler arasında ziyaret edilebilmekte; servislerin çoğunda 17:00'ye kadar hemşirelerin yardımıyla servis telefonlarından ya da ankesörlü telefonlardan yakınlarını arayabilmekte ve yakınları tarafından aranabilmektedir. Hastaların cep telefonları yatışta ellerinden alınmaktadır. Uzak illerden gelen ziyaretçiler için ziyaret saatleri esnetilebilmektedir.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Hastalar, 14:30-16:00 saatleri arasında ziyaret edilebilmekte; akşam 20:00'ye kadar dışarıdan telefonla aranabilmekte; ihtiyaç duyduklarında servis hemşirelerinin yardımıyla yakınlarını arayabilmektedir. Ancak, hastaların cep telefonları yatışta ellerinden alınmaktadır. Bazı servislerde hastayı olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülen kişilerin ziyaretine izin verilmediği ifade edilmiştir.

6. Tedavi ve Rehabilitasyon

Ziyaret edilen tüm hastanelerde ağırlıklı olarak ilaç tedavisi uygulandığı, gereken durumlarda elektroşok (EKT) tedavisine başvurulduğu tespit edilmiş; aynı hastane içerisinde elektroşok uygulama oranlarının servisten servise değişebildiği gözlemlenmiştir. İlaç tedavisi psikiyatristler tarafından düzenlenmekte, hemşireler tarafından uygulanmaktadır. Psikiyatristler genellikle hastalarla topluca görüşmekte, serviste az zaman geçirmektedir. Bazı hastanelerin özellikle kronik servislerine psikiyatristlerin çok seyrek uğradığı tespit edilmiştir. İlaç ve elektroşok tedavisi dışında psikologlar ve hemşireler tarafından günaydın toplantıları ve grup terapileri adı altında birtakım eğitim ve destek çalışmaları yürütülmektedir. Ancak hiçbir hastanede düzenli bir psikoterapi etkinliğine rastlanamamıştır. Psikologlar genellikle teşhise yönelik testler uygulamaktadır. Gündüz hastanesi hariç Hastanelerin hiçbirinde hastaların düzenli ve kişisel psikolojik destek aldığı görülmemiştir. Hastanelerin

hepsinde elişi, resim, müzik gibi uğraş etkinlikleri başlatılmıştır. Ancak bu hizmetlerden yararlanan hasta oranı %10-20 civarındadır.

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

İlaç Tedavisi

Hastalara kaldıkları servislerdeki sorumlu uzman doktorların belirlediği ilaç tedavisi uygulanmaktadır.

EKT

Ocak 2007 tarihinden itibaren EKT, anestezi ve kas gevşeticileri ile uygulanmaya başlanmıştır. EKT servisinde 3 hemşire, 2 anestezi teknisyeni ve 1 anestezi uzmanı çalışmaktadır. EKT uygulanmasına 3-4 psikiyatri uzmanı ve 1 anestezi uzmanından oluşan EKT komisyonunda karar verilmektedir. EKT kayıtları incelendiğinde, bazı hekimlerin EKT uygulamasına daha sık başvurduğu görülmüştür. Bu konuda hekimlerle yapılan görüşmelerde, bazı hekimler EKT uygulamasını tercih etmediklerini belirtirken, bazı hekimlerin de EKT uygulamasında daha sık başvurmaktan yana fikir belirttikleri gözlenmiştir.

Özellikle EKT uygulamasında bilgilendirilmiş onayın önemi anımsatılarak hastalardan nasıl EKT onayı alındığı yetkilerle sorulduğunda, başvuruların yoğunluğundan dolayı gerçek anlamda bir bilgilendirilmiş onay alma olanağının bulunmadığını, hastanın yatış işlemleri sırasında matbu EKT onay formunun hastaya ya da yakınına imzalatıldığı belirtildi.

“Yakın” diye anılan kişinin de bazen gerçek anlamda “hasta yakını” olmadığı, yalnızca hastayı getiren kişi de olabildiği belirtilmiştir. Çoğu kez hastayı getirenin kamu görevlisi olduğu gerçeği de göz önüne alındığında, EKT gibi hastanın yaşamıyla ilgili önemli bir kararın gerçek anlamda aydınlatılmış onam olmadan alındığı dolayısıyla hastanın haklarının ihlal edildiğini söylemek mümkündür.

Rehabilitasyon

Hastaya hiçbir beceri kazandırılmadan evine geri gönderildiğinde 10 gün içinde geri döndükleri gözlemlenirken hareketle, 1-1,5 yıldır spor, resim ve el sanatları çalışmaları yürütüldüğü belirtilmiştir. Başhekim tarafından, rehabilitasyonun oyalanmadan ibaret olmaması gerektiği belirtilmiştir. Yalnızca Amatem bölümünde ilaç tedavisinin yanı sıra terapi de uygulandığı ifade edilmiştir.

Kronik servislerde kalan hastalar, rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanamamaktadır.

Haziran 2007’de açılan çocuk servisinde ilaç tedavisinin yanı sıra terapi, drama, sosyal etkinlikler ve eğitimler aracılığıyla rehabilitasyon hizmetleri de

verilmektedir. Bu serviste kalan çocuklar her hafta Salı günleri hemşirelerle birlikte alışverişe gitmektedir, her hafta olmasa da Çarşamba günleri piknikler düzenlendiği de belirtilmiştir. Serviste çalışan personel tarafından, rehabilitasyon hizmetleri arasında, çocuk hastalara en iyi gelen uygulamanın terapi olduğu belirtilmiştir.

Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

İlaç Tedavisi

Hastalara kaldıkları servislerdeki sorumlu uzman doktorların belirlediği ilaç tedavisi uygulanmaktadır.

EKT

20.12.2006 tarihinden itibaren EKT'nin, anestezi ve kas gevşeticileri ile uygulanmaya başlandığı; EKT servisinde gündüz iki sağlık memuru ve bir anestezi uzmanının çalıştığı ifade edilmiştir. EKT uygulamasına, tedaviyi yapan hekim ile EKT birim sorumlusu hekimin birlikte karar verdiği belirtilmiş ve EKT kayıtları incelendiğinde, en yoğun uygulamanın Temmuz ayında olduğu gözlenmiştir.



Özellikle EKT uygulamasında bilgilendirilmiş onayın önemi anımsatılarak hastalardan nasıl EKT onayı alındığı çalışanlara sorulduğunda, başvuruların yoğunluğundan dolayı gerçek anlamda bir aydınlatılmış onam alma olanağının bulunmadığını, hastanın yatış işlemleri sırasında matbu EKT onay formunun hastaya ya da yakınına imzalatıldığı belirtilmiştir.

Rehabilitasyon

Hastanede bir adet aktivite merkezi bulunduğu ve

burada hastalara resim, ebru, boyama, takı, çiçek, çim ekimi, ağaç dikimi, galoş yapımı gibi çalışmalar yaptırıldığı belirtilmiştir. Bu faaliyetlere katılan hastaların oranının tüm hastaların %20'si kadar olduğu ifade edilmiştir. Hastanede bir spor salonunun bulunmadığı görülmüş; Hastane Başhekimliğince sosyal hizmet uzmanı, eğitmen ve mekân gereksinimi dile getirilmiştir.

Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

İlaç Tedavisi

Hastalara kaldıkları servislerdeki sorumlu uzman doktorların belirlediği ilaç tedavisi uygulanmaktadır.

EKT

EKT, hastanede anestezi ve kas gevşeticileri ile uygulanmaktadır. EKT uygulamasında Bakırköy standartlarının uygulandığı belirtilmiştir. Anestezi ile uygulanmaya başladıktan sonra hastaların EKT'ye direncinin azaldığının gözlemlendiği ifade edilmiştir. EKT servisinde 5 kişi görev yapmaktadır: 1 anestezi uzmanı, 2 anestezi teknisyeni, 1 hemşire ve 1 temizlik personeli. EKT uygulamasına, hastanın tedavisini yürüten hekim ile anestezi uzmanının karar verdiği, bazen de dahiliye uzmanının karar sürecine dahil olduğu söylenmiştir. Bir EKT seansının ortalama süresi sorulduğunda hazırlık ve toparlanma süreci dahil toplam 10-15 dakika sürdüğü belirtildi. EKT'den sonra hastalar servislerine sedye ile götürülmektedir. EKT'yi hastane başhekimliği uyguladığı, başhekimin bulunmadığı durumlarda anestezi uzmanının uyguladığı belirtilmiştir.



Özellikle EKT uygulamasında aydınlatılmış onamın önemi anımsatılarak hastalardan nasıl EKT onayı alındığı çalışanlara sorulduğunda, kendisine ve çevresine zarar verme riski olduğunda, hastanın istemli olarak EKT'ye onay verdiğinin kabul edildiği, bunun dışındaki hastalar EKT istemediğinde uygulanmadığı belirtilmiştir. Hastalara EKT ile ilgili standart bir bilgilendirme prosedürü olmadığı, hastaların EKT'ye oldukça tepkili olduğu, korktukları, o yüzden de fazla bilgi verilmediği; hekimin tercihinin bağlı olarak farklı uygulamalar olduğu ifade edilmiştir. Bu koşullar altında, EKT için hastadan alınan onayın aydınlatılmış onam olduğunu söylemek mümkün değildir. Daha çok şizofreni ve majör depresyon tedavisinde EKT kullandıkları belirtilmiş; EKT'nin bir hasta üzerinde ortalama 7 seans uygulandığı ifade edilmiştir. Genellikle gün aşırı, ancak çok ajite hastalar söz konusu olduğunda bazen her gün uygulandığı belirtilmiştir.

EKT'ye bağlı ne tür yan etkiler gözlemlendiği sorulduğunda unutkanlık, anesteziye bağlı bulantı ve kusma görüldüğü ifade edilmiştir. EKT uygulanan hasta 40 yaşın üzerindeyse, uygulamadan sonra dahiliye uzmanının kontrolünden geçtiği belirtilmiştir. Uygulama sırasında komplikasyon sıklığı sorulduğunda yılda 1-2 hastanın nefessiz kaldığı ve entübe edilmek zorunda kaldığı bildirilmiştir. EKT'nin zaman zaman hamile hastalar üzerinde de uygulandığı, bunun hamileliğin 7. ayına kadar yapıldığı ve düşük dozda uygulandığı (1 saniye süre ile yoğunluk seviyesi 2 düzeyinde) belirtilmiştir.

EKT'nin tedaviye etkisi sorulduğunda, çok iyi gelen hastalar olduğu gibi, 1-2 ay sonra geri dönenler olduğu da belirtilmiştir.

Rehabilitasyon

Hastanede bir uğraş merkezi bulunmaktadır. Burada hastalara resim, ebru, boyama, takı, çiçek, gibi şeyler yaptırıldığı belirtilmiştir. Ancak uğraş merkezinden yararlanabilen hasta sayısının tüm hastalara oranının %5 ile %10 arasında olduğu dolayısıyla büyük hasta grubunun uğraş merkezinden yararlanma şansının olmadığı bildirilmiştir. Hastanede bir spor salonunun bulunmadığı tespit edilmiştir. Hastane Başhekimliğince sosyal hizmet uzmanı, eğitmen ve mekân gereksinimi dile getirilmiştir. Her serviste görevli bir psikolog olduğu, ancak psikologların ağırlıklı olarak değerlendirme için görevlendirildikleri, düzenli bir psikoterapi faaliyeti yürütmedikleri görülmüştür.

Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

İlaç Tedavisi

Hastanede ağırlıklı olarak psikiyatrik ilaç tedavisi uygulanmaktadır.

EKT

EKT servisinde 1 servis sorumlusu, 2 anestezi teknisyeni, 2 hemşire ve 1 personel görev yapmaktadır. Hiç kadrolu anestezi uzmanlarının olmadığı, acil durumlarda diğer hastanelerden kişisel rica ile geçici olarak uzman temin edildiği, onun dışındaki uygulamaların teknisyenlerce gerçekleştirildiği belirtilmiştir.

Servisin yapısı: Serviste EKT uygulamalarının yapıldığı geniş bir oda bulunmaktadır. Uygulama öncesinde hastaların bir önceki hastayı görmemesi ve etkinlememesi için oda bir perdeyle ikiye bölünmüştür.



Uygulamalara ilişkin detaylar: Serviste anestezi uzmanı kadrosu boş durmakta, dolayısıyla EKT uygulamaları anestezi teknisyenlerinin eşliğinde yapılmaktadır. Anestezi uzmanı bulunmadığından uygulama sayılarının düşürüldüğü, EKT'nin son çare olarak düşünölmeye başlandığı belirtilmiştir. Anestezi uzmanının olmamasının kardiyolojik risk oluşturduğu belirtilmiştir. Anestezi uzmanının olduğu dönemde günde 15 uygulama yapılırken, şimdi 10 uygulama yapıldığı ifade edilmiştir. Bir uygulamanın toplam 10-15 dakika sürdüğü belirtilmiştir. Hastalar servislerine geri gönderilmeden önce tam olarak kendilerine gelmelerinin beklendiği, servislerine 1 personel ve 1 hemşire eşliğinde gittikleri ifade edilmiştir. Bir hastaya en az 8 seans, en fazla 12 seans EKT uygulandığı belirtilmiştir. Uygulama sıklığı 2 günde bir olarak ifade edilmiştir.

Hastalarda EKT'ye karşı dirençle karşılaşılıp karşılaşmadığı sorulduğunda, eski yöntemi (anestezisiz) hatırlayan hastaların korkabildiği ifade edilmiştir. Bu tür durumlarda bazen "röntgen filmi çekilecek" gibi bir yalanla hastaları ikna edebildiklerini belirtmişlerdir.

EKT için aile onayı yoksa 3 hekim onayının; aile onayı varsa 1 hekimin onayının yeterli olduğu bildirilmiştir. Hastaya uygulamadan önce EKT uygulamasına ilişkin standart bir bilgilendirme yapılmadığı, ancak doktora bağlı olarak bir açıklama yapılabildiği belirtilmiştir.

Kayıtların incelenmesinde en az uygulamanın 84 seansla Ağustos 2007 de, en fazla uygulamanın ise 170 seansla Haziran 2007 de gerçekleştiği görülmüştür. Yine kayıtların incelenmesinden EKT uygulamasının ağırlıklı olarak iki hekim tarafından tercih edildiği görülmüştür.

Rehabilitasyon

Hastanede herhangi bir düzenli terapi ya da rehabilitasyon tedavisi uygulanmamaktadır. Sınırlı sayıda hastanın katılabilirdiği uğraş etkinlikleri yapılmaktadır. Ancak, hastane yönetimi hastanede uzun yıllar kalan hastaların toplumsal yaşama geçişi için hastanenin bazı binalarının geçiş evleri olarak yeniden düzenlenmesini planlamaktadır.

Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İlaç Tedavisi

Hastanede ağırlıklı olarak ilaç tedavisi uygulanmaktadır ve ilaç tedavileri psikiyatri uzmanları tarafından düzenlenmektedir. Özellikle kronik servislerde ilaç tedavilerinin yeterince sık takip edilmediğinden, bazı servislerde ise ilaç dozlarının yüksek olmasından kaynaklanan yan etkilere bağlı olumsuzluklardan söz edilmiştir.

EKT

Kasım 2006'da hizmete giren Anestezili EKT Merkezi, pek çok detay düşünülerek tasarlanmış. Merkez, hastaların uygulama öncesinde, sırasında ve sonrasında birbirleriyle karşılaşmalarını önleyecek şekilde farklı odalardan oluşmaktadır. Ayrıca hastaların servislerden refakatçi eşliğinde ve servisle EKT birimine getirildiği ifade edilmiştir.



Kasım 2006 tarihinden itibaren EKT, anestezili ve kas gevşeticileri ile uygulanmaya başlanmış ve Türkiye'deki ilk anestezili EKT uygulamasının bu hastanede yapıldığı bildirilmiştir. Servisteki uzman hekim MDRI raporundan sonra anestezi uygulamaya başladıklarını belirtmiştir. EKT servisinde 1 koordinatör hekim (psikiyatr), 2 anestezi uzmanı, 4 psikiyatri uzmanı, 1 sorumlu hemşire, 3 hemşire, 2 anestezi teknisyeni ve 3 hizmetli personelin görev yaptığı söylenmiştir. EKT kayıtları incelendiğinde, bazı hekimler EKT uygulamasına daha sık başvurduğu görülmüştür. Bu konuda hekimlerle yapılan görüşmelerde bazı hekimler EKT uygulamasını tercih etmediklerini belirtirken, bazı hekimleri de EKT uygulamasında daha sık başvurmaktan yana olduklarını dile getirmiştir.

EKT'nin uygulandığı ünite ile servislerin bulunduğu binalar arasındaki uzaklıktan dolayı hastaların nakli sırasında güçlükler yaşandığı belirtilmiştir. Bunu aşmak için hastaların bir minibüsle nakledildiği, hastaya tedavi eden ekipten bir asistan ve bir hemşirenin eşlik ettiği bildirilmiştir.

Özellikle EKT uygulamasında aydınlatılmış onamın önemi anımsatılarak hastalardan nasıl EKT onayı alındığı yetkilerle sorulduğunda, hastaların yoğunluğundan dolayı gerçek anlamda bir aydınlatılmış onam alma olanağının bulunmadığını, hastanın yatış işlemleri sırasında matbu EKT onay formunun hastaya ya da yakınına imzalatıldığı belirtildi. Buna gerekçe olarak da hastanın gerçekten onay verecek bilince sahip olup olmadığının tartışmalı olduğu, çoğu kez hastaların yakınlarına ulaşma zorluğu belirtilmiştir. "Yakın" diye anılan kişinin de bazen gerçek anlamda "hasta yakını" olmadığı, yalnızca hastayı getiren kişi de olabildiği belirtilmiştir. Çoğu kez hastayı getirenin kamu görevlisi olduğu gerçeği de göz önüne alındığında, EKT gibi hastanın yaşamıyla ilgili önemli kararın gerçek anlamda bilgilendirilmiş onay olmadan alındığı dolayısıyla hastanın haklarının ihlal edildiğini söylemek mümkündür. Nitekim ziyaret sırasında bir ekibimiz, EKT uygulanmasına karşı çıkan, "elektroşok istemiyorum, kurtarın beni" diye bağırarak hastanın çığlıklarına tanık olmuştur.

EKT uygulamasının en az 2-5 seans, en çok 12 seans uygulandığı; standart tedavinin 5-7 seans olduğu belirtilmiştir. Kayıtların incelenmesi verilen bilgilerin doğru olduğunu göstermiştir. EKT'nin hangi durumlarda uygulandığı sorulduğunda, tedaviye yanıt vermeyen depresyonlarda, şizofrenlerde, psikotik hastalarda uygulandığı söylenmiş; hamilelikte de güvenle uygulandığı belirtilmiştir.



Rehabilitasyon

Hastanede rehabilitasyona yönelik çalışmalar ağırlıklı olarak Gündüz Hastanesi tarafından sağlanmaktadır. Gündüz Hastanesi'nde sanat atölyeleri, eğitim toplantıları, eğlenceler, bireysel ve grup psikoterapileri, ailelere yönelik danışmanlık, vb. faaliyetler yürütülmektedir. Ancak bu hizmetlerden yararlanabilen kişi sayısı hastane genelinde tedavi gören kişi sayısı ile karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. Gündüz hastanesi dışında servislere hemşirelerin ve el sanatları öğretmenlerinin organize ettiği resim, ahşap boyama, vb. etkinliklere rastlanmış, ancak bu uygulamanın tüm servisler genelinde standart ve sistematik bir uygulama olmadığı gözlemlenmiştir. Hastane yönetiminin hemşirelerin rehabilitasyona ağırlık vermesini sağlayacak bir programı başlatma hedefleri bulunmaktadır. Bu programın amacı hemşirelerin ilaç dışı tedavi edici role geçişlerini sağlamak olarak özetlenmektedir. Ayrıca hastanede çalışan hemşirelerin bir eğitimden geçerek prikiyatri hemşireliği sertifikası almaları hedeflenmektedir.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İlaç Tedavisi

Hastanede ağırlıklı olarak psikiyatri uzmanları tarafından düzenlenen ilaç tedavileri uygulanmaktadır.

EKT

Hastanede gereken durumlarda EKT uygulanmaktadır.

Diğer hastanelerden farklı olarak, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde EKT merkezini uygulama yapılırken görmemize izin verilmemiş, dolayısıyla EKT merkezi boşken gezilmiştir. Eylül 2007'de açılan EKT merkezinde 1 anestezi uzmanı,

1 anestezi teknisyeni, 1 hemşire ve 1 personel görev yapmaktadır. Temizlik personelinin sabit olmadığı, bir gün bir servisten, diğer gün başka servisten geldiği belirtilmiştir.

Servisin yapısı: Servis, bir binanın zemin katında yer almaktadır. Servise giriş çıkışta merdiven inip çıkmak gerekmektedir. Dolayısıyla servis çalışanları servisin konumunun aslında sedyeyle gelen hastalara uygun olmadığını düşünmektedir. Ciddi bir tıbbi komplikasyon durumunda servise merdivenle inilip çıkılmasının önemli bir risk olduğu ifade edilmiştir. Serviste 4 oda bulunmaktadır: Bekleme odası, Hazırlanma odası, Uygulama odası ve Uyanma odası. EKT uygulanacak hasta sırasıyla bu odalardan geçmektedir. Uygulama odasının kapısı buzlu camlıdır. Dolayısıyla bekleyen ve uyanan hastalar önceki ve sonraki uygulamaları görmemektedir. Serviste 6 sedye ve 1 tekerlekli sandalye bulunmaktadır. Günde ortalama 10-15 uygulama yapıldığı düşünülürse, tekerlekli sandalye sayısı oldukça yetersizdir.

Uygulamalara ilişkin detaylar: Tüm EKT uygulamaları genel anestezi ile yapılmaktadır. Bir uygulamanın başından sonuna (hasta uyanana kadar) ortalama 45 dakika-1 saat sürdüğü belirtilmiştir. Serviste günde ortalama 10-15, en fazla 20 uygulama yapıldığı belirtilmiştir. Hastaya EKT uygulanıp uygulanmayacağına yatıştan ortalama 3-5 gün sonra karar verildiği belirtilmiştir. EKT'nin daha çok ilaç tedavisine yanıt vermeyen vakalarda uygulanması gerektiği göz önünde bulundurulduğunda, 3-5 gün oldukça kısa bir süre olarak değerlendirilebilir. EKT'nin uygulandığı öncelikli durumlar arasında ağır depresyon, yoğun intihar riski, katatonik şizofreni ve başkalarına zarar verme riski sayılmaktadır.

Uygulama sırasında EKT uygulanacak hastanın uzman doktoru ve asistanı, hastanın kaldığı servisten 1 hemşire ve 1 personelin hazır bulunduğu belirtilmiştir. Uygulamayı hastanın kendi doktoru yapmaktadır.

Hastaların servise yürüyerek geldikleri, tekerlekli sandalye ile ayrıldıkları belirtilmiştir. Ancak merdivenleri çıkabilmek için tekerlekli sandalyeden inmeleri gerekmektedir.

Hastalarda EKT'ye karşı dirençle karşılaşılıp karşılaşılmadığı sorulduğunda, hastalarda EKT'ye karşı korku ve tedirginlik olduğu belirtilmiştir. Geldikleri serviste hastalara EKT'ye gitmeden önce açıklama yapıldığı söylenmiştir. EKT merkezinde de hastalara standart bir açıklama yapılmaktadır. EKT, hekimlerin ve varsa hasta yakınının onayı ile uygulanmaktadır. EKT merkezi çalışanları, eğer hastalar-

dan onam alınsaydı, hiçbir EKT olmayı kabul etmezdi görüşündedir. Ancak anestezi olduğu hastalar uyandığında uygulamayı hiç hatırlamadığı belirtilmiştir. Anestezinin gerektirdiği tahlil ve tetkikler için geçen zamanın bazı hekimler tarafından külfet olarak algılandığı ifade edilmiştir.

Uygulama sonrasında geri dönüşlerin oldukça sık olduğu bildirilmiştir.

Rehabilitasyon

Hastanede Halk Eğitim Merkezi'nden sağlanan öğretmenler aracılığıyla resim, müzik, el işi, seramik gibi konularda uğraş atölyeleri bulunmaktadır. Bu sayede uğraş etkinliklerinin diğer hastanelere göre daha sistematik uygulandığı, bu hizmetlerden yararlanan hasta sayısı diğer hastanelere göre bu hastanede daha yüksek olduğu, ancak yine de %30 civarında olduğu tespit edilmiştir. Bunun dışında servislerde okuma etkinliği, paylaşım grupları gibi faaliyetler yürütülmektedir.



Tecrit ve Tespit Uygulamaları

Ziyaret edilen ruh sağlığı hastanelerinin tümünde, özellikle akut ve adli servislerde tecrit (boş bir odada yalıtma) ve tespit (yatağa bağlama) uygulamasına rastlanmıştır. Tecrit ve tespit uygulamasına ne zaman ihtiyaç duyulduğu sorulduğunda, genellikle hastaların kendilerine ve başkalarına zarar verme ihtimali olduğu durumlarda doktor onayıyla bu tür uygulamalara başvurulduğu belirtilmiştir.



Bazı hastanelerde tecrit ve tespit için ayrı bir oda bulunurken, bazı hastanelerde hastalar kendi yataklarına bağlanabilmektedir.



Tespit uygulamasına ilişkin kayıtlar servislerde bulunan tespit defterlerinde tutulmaktadır. Bu defterlere tespit gerekçesi, başlangıç ve bitiş zamanı ile bu zaman içerisinde gerçekleştirilen kontroller kaydedilmektedir. Tespit süreleri incelendiğinde yarım saat ile 17 saat arasında değişen tespit sürelerine rastlanmıştır. Tespit süreleri ve uygulama sıklığı aynı hastanenin farklı servislerinde belirgin biçimde farklılık gösterebilmektedir. Bu durum, bazı doktorların tecrit ve tespiti başvuruya daha eğilimli olabileceğini düşündürmektedir. Tecrit ve tespit uygulanan hastalar 15 dakikada bir kontrol edilmektedir. Ancak bazı hastane ve servislerde kontrol sıklığının daha seyrek olduğu tespit edilmiştir.

7. Bilgiye Erişim ve Aydınlatılmış Onam

Ziyaret edilen hastanelerin hiçbirinde hasta ve hasta yakınlarına teşhis ve tedavi süreçlerine (sebebi, etki, yan etki, olası riskler, süreç, vb.) ilişkin anlayabilecekleri ve kafalarındaki soru işaretlerini giderecek derecede ayrıntılı ve açık bilgi verildiğine rastlanmamıştır. Hastalar çoğunlukla hastanede ne kadar kalacaklarını bilmemektedir. "Acaba doktorum beni ne zaman çıkaracak?", "doktorumla konuşur musunuz, beni ne zaman çıkaracakmış?" sorularını proje ekibine bile soranlar olmuştur.

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Bilgilendirme

Hastaneye kabul ve tedavi sürecinde hastalara ve yakınlarına standart bir bilgilendirme yapılmamakta; servislerdeyse hastalara yönelik bilgilendirmeyi daha çok hemşireler yapmaktadır. Hasta hakları biriminin tüm hastalara yönelik bir bilgilendirme prosedürü bulunmamaktadır, ancak hasta hakları birimine başvurulduğunda bilgilendirme yapılmakta, varsa şikâyetler alınmaktadır.

Onam

İstemli ve istemsiz yatışlar için servislerde imzalanan onam formları mevcuttur ve EKT için ayrı bir onam formu bulunmaktadır. Hastanın yakınları, gerekli tıbbi müdahaleler ile ilgili onam formlarını hastanın yatış sürecinde imzalamakta, ve hasta yakını, EKT onam formunu imzalamayı reddederse, gerektiğinde 24 saat boyunca kendisine ulaşılabilir telefon numaraları alınmaktadır.

Hastaneye yatış sürecinde hastaların, vasilerinin ya da yakınlarının gerçek anlamda bilgilendirildiklerini söylemenin güç olduğu belirtilmiştir. Hastaya, vasisine ya da yakınına haklarını, uygulanması öngörülen tedavilerin yarar ve risklerini, onun anlayacağı şekilde anlattıktan sonra, açık onayını alınması gerekirken, başvuru yoğunluğu ve personel yetersizliği nedeniyle buna olanak bulunmadığı belirtilmiştir. Bunun yerine kısaca form imzalatıldığı açıklanmıştır.

Vasisi bulunmayan istemsiz yatışlarda, Samsun modeli uygulanmaktadır.

Hastaneye yatışların %30'unun istemsiz yatış olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla yatan her üç hastadan birinin kendi istemi dışında yatırıldığı ve yine kendi istemi dışında tutulduğu görülmektedir. Bu tür tutulmaların ve tedavilerin, gerçek bilgilendirilmiş onama dayanmasının ve düzenli sivil kontrol mekanizmalarına olan gereksinimin, hasta hakları bakımından önemi açıkça görülmektedir. Hastanede hastaların imzaladığı herhangi bir onam formu bulunmamaktadır.

Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Bilgilendirme

Hastalar, hastaneye kabul edilirken, ilk yatış sürecinde, tedavi göreceği servise gitmeden önce hasta hakları birimine yönlendirilmektedir. Birim sorumlusu tarafından hastaya verilen bilgilendirici formda hasta hakları ve hastanede kaldığı sürece uyması gereken kurallar ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Bunun dışında hasta hakları biriminin tüm hastalara yönelik bir bilgilendirme prosedürü bulunmamaktadır, ancak hasta hakları birimine başvurulduğunda bilgilendirme yapılmakta, varsa şikâyetler alınmaktadır.

Onam

İstemli ve istemsiz yatışlar için servislerde imzalanan onam formları mevcuttur. EKT için ayrı bir onam formu bulunmakta, hastanın yakınları, gerekli tıbbi müdahaleler ile ilgili onam formlarını hastanın yatış sürecinde imzalamaktadır.

Hastaneye yatış sürecinde hastaların, vasilerinin ya da yakınlarının gerçek anlamda bilgilendirildiklerini söylemenin güç olduğu belirtilmiştir. Hastaya, vasisine ya da yakınına haklarını, uygulanması öngörülen tedavilerin yarar ve risklerini, onun anlayacağı şekilde anlattıktan sonra, açık onayını alınması gerekirken, başvuru yoğunluğu ve personel yetersizliği nedeniyle buna olanak bulunmadığı belirtilmiştir. Bunun yerine kısaca form imzalatıldığı açıklanmıştır. Hastanede hastaların imzaladığı herhangi bir onam formu bulunmamaktadır.



Vasinin bulunmadığı istemsiz yatışlarda, yatışı yapan hekimin evrak düzenlediği bunun yasanın açık hükümüne rağmen Sulh Hukuk Hakimliği'ne iletilmediği ancak bunun için çalışma yapıldığı belirtilmiştir. Bu da istemsiz yatışların gerçek anlamda bir kontrol mekanizmasının bulunmadığının, yargı denetimi sorumluluğunun yerine getirilmediğinin, dolayısıyla hastanın yaşamsal hak ihlallerine uğrama riskinin bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir.

Hastaneye yatışların %30'unun istemsiz yatış olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla yatan her üç hastadan birinin kendi istemi dışında yatırıldığı ve yine kendi istemi dışında tutulduğu görülmektedir. Bu tür tutulmaların ve tedavilerin, gerçek bilgilendirilmiş onama dayanmasının ve düzenli sivil kontrol mekanizmalarına olan gereksinimin, hasta hakları bakımından önemi açıkça görülmektedir.

Dr. Ekrem Tok Adana Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Bilgilendirme

Hastalar, hastaneye kabul edilirken, ilk yatış sürecinde, tedavi göreceği servise gitmeden önce hasta hakları birimine yönlendirilmektedir. Birim sorumlusu tarafından hastaya verilen bilgilendirici formda hasta hakları ve hastanede kaldığı süreç uyması gereken kurallar ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Bunun dışında hasta hakları biriminin tüm hastalara yönelik bir bilgilendirme prosedürü bulunmamaktadır, ancak hasta hakları birimine başvurulduğunda bilgilendirme yapılmakta, varsa şikâyetler alınmaktadır. Hasta hakları birimi hastane çalışanlarına yönelik bilgilendirici eğitimler düzenlemiştir. 2007 yılında 3 kez düzenlenen bu eğitimlere toplam 190 çalışan katılmıştır. Buna ek olarak hasta yakınlarına yönelik eğitimler düzenlenmiş, hasta yakınları isimlerini vermekten kaçındığı için katılımcı sayısının olduğundan düşük görüldüğü, 40 olarak kayıtlara geçtiği belirtilmiştir. Yatan hastalara bilgilendirme yapılmamasının gerekçesi olarak, hastaların verilen bilgileri anlamayacak olması belirtilmiştir. Bilgilendirme yapmak yerine bu hastalara broşür verildiği bildirilmiştir.

Onam

İstemli ve istemsiz yatışlar için servislerde imzalanan onam formları mevcuttur. EKT için ayrı bir onam formu bulunmamakta; hasta yakınları, gerekli tıbbi müdahaleler ile ilgili onam formlarını hastanın yatış sürecinde imzalamaktadır. Hasta hakları sorumlusu tarafından istemsiz yatış formunu hasta yakınlarına imzalatmanın bir hasta hakları ihlali olduğu belirtilmiştir. Hasta yakınlarının genellikle hastadan kurtulma eğiliminde olmalarının, bu uygulamayı yaygınlaştırdığı belirtilmiştir. Hasta yakınlarının en büyük şikâyetlerinden birinin hastaların hasta koruma (tecrit) odalarına konması konusunda olduğu da belirtilmiştir.

Hastaneye yatış sürecinde hastaların, vasilerinin ya da yakınlarının gerçek anlamda bilgilendirildiklerini söylemenin güç olduğu belirtilmiştir. Hastaya, vasisine ya da yakınına haklarını, uygulanması öngörülen tedavilerin yarar ve risklerini, onun anlayacağı şekilde anlattıktan sonra, açık onayını alınması gerekirken, başvuru yoğunluğu ve personel yetersizliği nedeniyle buna olanak bulunmadığı belirtilmiştir. Bunun yerine kısaca form imzalatıldığı açıklanmıştır. Hastanede hastaların imzaladığı herhangi bir onam formu bulunmamaktadır.

Vasisi bulunmayan istemsiz yatışlarda, yatışı yapan hekimin evrak düzenlediği bunun yasanın açık hükmüne rağmen Sulh Hukuk Hakimliği'ne iletilmediği ancak bunun için çalışma yapıldığı belirtilmiştir. Bu

da istemsiz yatışların gerçek anlamda bir kontrol mekanizmasının bulunmadığının, yargı denetimi sorumluluğunun yerine getirilmediğinin, dolayısıyla hastanın yaşamsal hak ihlallerine uğrama riskinin bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir.

Hastaneye yatışların %30'unun istemsiz yatış olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla yatan her üç hastadan birinin kendi istemi dışında yatırıldığı ve yine kendi istemi dışında tutulduğu görülmektedir. Bu tür tutulmaların ve tedavilerin, gerçek bilgilendirilmiş onama dayanmasının ve düzenli sivil kontrol mekanizmalarına olan gereksinimin, hasta hakları bakımından önemi açıkça görülmektedir.

Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Bilgilendirme

Hastaneye kabul sürecinde hastalara hasta hakları ile bilgiler içeren bir hasta bilgilendirme formu verilmektedir. Açık servislerde kalan hastalara ise yatışta servislere gidilerek bilgilendirme yapıldığı ifade edilmiştir. Bunlara ek olarak, yılda 3-4 kez hasta hakları konusunda çalışanlara yönelik hizmet-içi eğitim seminerleri düzenlendiği ifade edilmiştir. Hasta hakları birim, ağırlıklı olarak birime başvurulduğunda bilgilendirme yaparak ve varsa şikâyet alarak çalışıyor gibi görünmektedir.

Onam

İstemli ve istemsiz yatışlar için servislerde imzalanan onam formları mevcuttur. İstemli yatış formu hasta ve hekim tarafından imzalanmakta, istemsiz yatış formu ise 3 hekim ve hasta yakını tarafından imzalanmaktadır. Anestezili ve acil EKT için ayrı onam formları bulunmaktadır. Anestezili EKT onay formunu hasta, hasta yakını/vasisi, onaya tanıklık eden kurum görevlisi ve onayı alan hekim; acil EKT formunu ise iki uzman doktor imzalamaktadır. Acil EKT uygulamasında hastanın ya da yakınının/vasisinin onayı alınmamaktadır. Hastanın yakınları, gerekli tıbbi müdahaleler ile ilgili onam formlarını hastanın yatış sürecinde imzalamakta; dolayısıyla, hasta hastaneye yatırıldıktan sonra tedavi sürecine ilişkin kararlar hekimler tarafından verilmekte, çoğu zaman ailesinin bilgisi olmamakta ve onayı alınmamaktadır.

Hastaneye yatış sürecinde hastaların, vasilerinin ya da yakınlarının gerçek anlamda bilgilendirildiklerini söylemenin güç olduğu belirtilmiştir. Hastaya, vasisine ya da yakınına haklarını, uygulanması öngörülen tedavilerin yarar ve risklerini, onun anlayacağı şekilde anlattıktan sonra, açık onayının alınması gerekirken, başvuru yoğunluğu ve personel yetersizliği nedeniyle bunun olanaklı bulunmadığı belirtilmiştir. Bunun yerine kısaca form imzalatıldığı açıklanmıştır.

Vasinin bulunmadığı istemsiz yatışlarda, yatışı yapan hekim evrak düzenleyerek bunu bir uzman hekim ve bir hasta hakları personeline imzalatmaktadır. İmzalanen yatış kararının özel kurye ile Sulh Hukuk Yargıcı'na gönderildiği ve Yargıcın kararına göre işlem yapıldığı belirtilmiştir.

Soru üzerine, istemsiz yatışlar konusunda yatışı öngören hekim kararına karşı uzman hekim ya da hasta hakları görevlisinden herhangi bir itiraz ya da aksi yönde bir hakim kararının şimdiye değin hiç bulunmadığı belirtilmiştir. Bu da istemsiz yatışların, gerçek anlamda bir kontrol mekanizmasının bulunmadığının, dolayısıyla hastanın yaşamsal hak ihallerine uğrama riskinin bir göstergesi olarak değerlendirilmiştir. Bu tür tutulmaların ve tedavilerin, gerçek bilgilendirilmiş onama dayanmasının ve düzenli sivil kontrol mekanizmalarına olan gereksinimin, hasta hakları bakımından önemi açıkça görülmektedir.

Hastanede istemli yatış onayı ve anestezi EKT formu dışında hastaların imzaladığı herhangi bir onam formu bulunmamaktadır.

Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bilgilendirme

Hastaneye kabul ve tedavi sürecinde hastalara ve yakınlarına standart bir bilgilendirme yapılmamaktadır. Hasta hakları biriminin tüm hastalara yönelik bir bilgilendirme prosedürü yoktur, ancak hasta hakları birimine başvurulduğunda bilgilendirme yapılmakta ve varsa şikâyetler alınmaktadır.

Onam

İstemli ve istemsiz yatışlar için servislerde imzalanan onam formları mevcuttur. EKT için ayrı bir onam formu bulunmaktadır. Hastanın yakınları, gerekli tıbbi müdahaleler ile ilgili onam formlarını hastanın yatış sürecinde imzalamaktadır.

Hastaneye yatış sürecinde hastaların, vasilerinin ya da yakınlarının gerçek anlamda bilgilendirildiklerini söylemenin güç olduğu belirtilmiştir. Hastaya, vasisine ya da yakınına haklarını, uygulanması öngörülen tedavilerin yarar ve risklerini, onun anlayacağı şekilde anlattıktan sonra, açık onayını alınması gerekirken, başvuru yoğunluğu ve personel yetersizliği nedeniyle buna olanak bulunmadığı belirtilmiştir. Bunun yerine kısaca form imzalatıldığı açıklanmıştır.

Hastane başhekiminin girişimleriyle birkaç ay önce sine kadar Bakırköy Adliyesi'nden psikiyatri hastalarının hakları konusunda bilgili ve tecrübeli bir hakimin mesai saatlerinin bir kısmını (haftada 2 gün) hastanede geçirmekte olduğu öğrenilmiştir. Bu, istemsiz yatışları yerinde değerlendirme ve karara bağlama açısından örnek bir uygulama olmasına rağmen, aynı hakimin adliyedeki başka görevleri nedeniyle hastaneye vakit ayıramaması nedeniyle bir süredir aksamaktadır.

Vasinin bulunmadığı istemsiz yatışlarda, yatışı yapan hekim evrak düzenleyerek bunu bir uzman hekim ve bir hasta hakları personeline imzalatmaktadır. İmzalanen yatış kararının hastanede görevlendirilmiş olan hakimin bir süredir hastaneye vakit ayıramaması nedeniyle aksadığı, zaman zaman istemsiz yatış kararlarının özel kurye ile Sulh Hukuk Yargıcı'na gönderilmediği, dolayısıyla kimi durumlarda yargı denetiminin yasal zorunluluğa rağmen aksayabildiği belirtilmiştir. Hastanenin içerisinde istemsiz yatış kararlarını hasta ve hasta yakınlarını yerinde dinleyerek insan hakları standartlarına uygun bir şekilde onaylayacak ya da reddedecek bir mahkeme kurma önerisi özellikle vurgulanmaktadır.

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bilgilendirme

Geçmişte hastaneye kabul sürecinde hastalara, hasta hakları ile bilgiler içeren bir hasta bilgilendirme formu verilmekteyken, kâğıt israfı olduğu gerekçeyle bu uygulama kaldırılmış. Bunun yerine yatışlarda, hasta yakınlarına, sadece sözlü bilgilendirme yapıldığı ve eğitimler yapıldığı belirtilmiştir. Yatışta gerçekleştirilen bilgilendirme, hasta hakları biriminin tanıtılması, genel hasta hakları ilkeleri, başvuru olanakları ve servis kurallarını içermektedir. Her ayın son Pazartesi günü hasta yakınlarına yönelik hasta hakları ile ilgili genel eğitimler düzenlendiği ifade edilmiştir. Yatılı servislerde kalan hastalara yönelik herhangi bir bilgilendirme çalışması bulunmamaktadır.

Hasta hakları birimine yapılan tüm başvuruların ayakta tedavi gören hasta ve hasta yakınlarından geldiği belirtilmiştir. Yatılı servislerde tedavi gören hastaların, hasta hakları uygulamalarına erişebilirliğinden söz etmek mümkün görünmemektedir. Mart 2006'dan bu yana yatılı servislerde tedavi gören hastaların yakınlarından, birime sadece 1 başvuru olmuştur. Bu başvuru hasta yakınının kendi isteği dışında hastasının yatırılmış olması ile ilgilidir. Söz konusu

hastanın hastaneye polis tarafından getirildiği ve sosyal güvencesi olmadığı için ailesinin ücret ödemek zorunda kaldığı öğrenilmiştir.

Onam

İstemli ve istemsiz yatışlar için servislerde imzalanan onam formları mevcuttur. İstemli yatış formu hasta ve hekimi tarafından imzalanmakta, istemsiz yatış formu ise 3 hekim ve hasta yakını tarafından imzalanmaktadır. Anestezili ve acil EKT için ayrı onam formları bulunmaktadır. Anestezili EKT onay formunu hasta, hasta yakını/vasisi, onaya tanıklık eden kurum görevlisi ve onayı alan hekim; acil EKT formunu ise iki uzman doktor imzalamaktadır. Acil EKT uygulamasında hastanın ya da yakınının/vasisinin onayı alınmamaktadır. Hastanın yakınları, gerekli tıbbi müdahaleler ile ilgili onam formlarını hastanın yatış sürecinde imzalamakta; dolayısıyla, hasta hastaneye yatırıldıktan sonra, tedavi sürecine ilişkin kararlar hekimler tarafından verilmekte, çoğu zaman ailesinin bilgisi olmamakta ve onayı alınmamaktadır.

Hastaneye yatış sürecinde hastaların, vasilerinin ya da yakınlarının gerçek anlamda bilgilendirildiklerini söylemenin güç olduğu gözlemlenmiştir. Hastaya, vasisine ya da yakınına haklarını, uygulanması öngörülen tedavilerin yarar ve risklerini, onun anlayacağı şekilde anlattıktan sonra, açık onayını alınması gerekirken, başvuru yoğunluğu ve personel yetersizliği nedeniyle buna olanak bulunmadığı belirtilmiştir. Bunun yerine form imzalatıldığı açıklanmıştır.

İstemsiz yatışlarda Samsun modeli uygulanmaktadır. Bu tür tutulmaların ve tedavilerin, gerçek bilgilendirilmiş onama dayanmasının ve düzenli sivil kontrol mekanizmalarına olan gereksinimin, hasta hakları bakımından önemi açıkça görülmektedir.

İstemli yatışlarda, hasta kendi isteğiyle hastaneye yattığı halde, hastaneden kendi isteğiyle çıkamamaktadır. 2005 yılından itibaren geçilen bu uygulamada gerekçe, hastanın güvenliğini sağlamak şeklinde ifade edilmektedir. Ancak hukuki açıdan istemli yatışlarda hastaneden çıkış kararının doktora bağlı olması, araştırılması gereken bir konu olarak değerlendirilmiştir.

Hastanede istemli yatışlarda aydınlatılmış onam formu dışında, hasta ve hasta yakınlarının imzaladığı herhangi bir onam formu bulunmamaktadır. Diğer hastanelerden farklı olarak bu hastanede EKT için ayrı bir onam formu bulunmamaktadır. EKT, genel aydınlatılmış onam belgesinde bir madde olarak yer

almaktadır ve genel onam veren kişi EKT'ye de onam vermiş olmaktadır. Dikkat çekici olumlu bir uygulama, hastanede uygulanan tedavilerin olası risklerinin onam formunda detaylı olarak yazılmış olmasıdır. Ancak bunun sadece yazılı bir bilgilendirme ile yapılmasının ne kadar yeterli olduğu tartışılabilir.

8. Hasta Hakları Uygulamaları

Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılında tüm devlet hastanelerinde başlattığı uygulama çerçevesinde ruh sağlığı hastanelerinde de hasta hakları birimleri kurulmuş olup, ruh sağlığı hastanelerinin hasta hakları birimlerinde sosyal hizmet uzmanları ve hemşireler arasından seçilen 1 ya da 2 kişi görev yapmaktadır. Genel işleyiş tüm hastanelerde aynıdır. Birim genelde gelen başvuruları almakta, Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre değerlendirmekte ve yerinde çözülemeyecek olanları hasta hakları kuruluna yönlendirmektedir. Hasta hakları kurulunda hasta haklarından sorumlu bir başhekim yardımcısı, hasta hakları birimi sorumluları, hastane çalışanlarını temsilen bir sendika temsilcisi, bir İl Genel Meclisi üyesi, bazı illerde İl Sağlık Müdürlüğü tarafından görevlendirilen bir hasta ve hasta yakını dernek temsilcisi, hakkında şikâyetçi olunan birimin sorumlusu yer almaktadır. Belirli aralıklarla toplanan hasta hakları kurulu gelen başvuruyu değerlendirmekte ve hak ihlali olduğuna karar verdiklerini başhekimliğe iletmektedir. Herhangi bir cezai yaptırım gerekiyorsa, buna başhekimlik karar vermektedir. Hasta hakları birimleri genelde hastanelerin poliklinik



binalarının içinde ya da yakınında yer almaktadır. Özellikle hastanede yatılı tedavi gören hastaların hasta hakları birimine erişimi oldukça zor, kapalı (akut) servislerde kalan kişiler için ise imkânsızdır. Zira başvuruların hemen hepsi ayaktan tedavi için başvuran hasta ve hasta yakınlarından gelmektedir.

Bölgesel Ruh Sağlığı Hastanesi / Hasta Hakları Birimlerine En Sık Gelen Başvuru Sebepleri

Bakırköy

- Hastane çalışanlarından ilgi ve saygınlık görememe
- Zamanında randevu alamama

Erenköy

- Uzman doktorların hastaya davranış ve yaklaşım biçimleriyle ilgili şikâyetler
- Zamanında randevu alamama
- Yoğunluk sebebiyle çocuk psikiyatristinden randevu alamama (hastanede bir çocuk psikiyatristi bulunmaktadır)

Manisa

- Saygınlık ve rahatlık görememe
- Hizmetten genel olarak faydalanamama
- Bilgilendirilmeme
- Güvenliğin sağlanmaması

Samsun

- Poliklinik hizmetlerinde çalışanların yeterli ilgiyi göstermemesi ya da kötü davranması
- Servislerden alınan bakım hizmeti ile ilgili aksaklıklar, özellikle temizlik, yatakların hijyeni, camların açılmaması, dışarı çıkamama, personelin davranışları

Adana

- 24 saat sıcak su, sigara, çaya ulaşabilme talebi
- Kapalı kalmak istememe, dış bahçeye ve kantine ulaşamama
- Kısa sürede taburcu olma isteği

Elazığ

- Poliklinik hizmetleri ile ilgili memnuniyetsizlikler
- Servislerle ilgili yemeklerden memnuniyetsizlik ve kötü muamele ile ilgili şikâyetler

Hasta hakları birimine erişim servislerde yatan hastalar için pek mümkün olmadığından, bu tabloda yer alan bilgiler servislerde kalan hastaların şikâyetlerini tam olarak yansıtmamaktadır, daha çok ayaktan tedavi olan hastalar ve yakınlarının şikâyetlerini içermektedir.

Kurum Çalışanlarının İçinde Bulunduğu Koşullar

Kurum çalışanlarının çalışma koşulları, motivasyon seviyeleri, hasta ve hasta yakınlarına sunulan hizmeti doğrudan etkileyen faktörlerdir. Hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaç duydukları hizmeti almadıklarını hissettikleri bir sistem, çoğunlukla çalışanların da çalışma koşullarından memnun olmadığı bir sistem olmaktadır. Dolayısıyla, her kademedeki çalışanın,

özellikle de hasta ve hasta yakınlarıyla uzun süreler birebir ilgilenmek durumunda olan çalışanların motivasyonu sunulan hizmetin kalitesi açısından oldukça önemli bir bileşendir.

Çalışma Koşulları

Ruh sağlığı hastanelerinin tümünde her kademedeki çalışanlar oldukça ağır bir iş yüküne sahiptir. Psikiyatristler polikliniklerde bazı günler günde 50'ye yakın hastayla ilgilenmekte, hasta başına düşen süre 5-10 dakika olabilmektedir. Tüm hastanelerde özellikle hastalarla en çok vakti geçiren hastabakıcı, hemşire, güvenlik personeli gibi görevlilerin motivasyonlarının oldukça düşük olduğu ve yıpranmış oldukları dikkati çekmektedir. Gözlemlenen bir diğer sorun da, her kademedeki çalışanların fikirlerinin hastane yönetimlerine ve bakanlık yetkililerine yeterince iletilmiyor oluşudur. Ruh sağlığı hastanelerindeki çalışma koşullarıyla ilgili dile getirilen sıkıntılar ve öneriler şöyle sıralanabilir:

- Hastanelerin çok geniş bir bölgeye hizmet sunuyor oluşu çok ağır bir iş yüküyle sonuçlanmakta, her kademedeki çalışanlar çok kısa sürelerde çok fazla hastayla ilgilenmek zorunda kalmaktadır. Önleyici hizmetleri ve takip hizmetlerini içeren toplum-temelli hizmetler yoluyla hastanelerin yükü azaltılmalıdır.

- Tıpkı hastaların uğradığı ayrımcılık gibi ruh sağlığı hastanelerinde çalışanlar da toplum içerisinde ayrımcılığa maruz kaldıklarını düşünmektedir. Ruh sağlığı hastanelerine yönelik ayrımcılığı önleyici çalışmalar yapılmalıdır. Farklı kurumların ve gönüllü kuruluşların ruh sağlığı hastaneleriyle ilişkisi güçlendirilebilir.

- Uzmanlar sık sık hastaların sosyal ve ekonomik sorunlarıyla ilgilenmek zorunda kalmakta, mesleklerinin dışında bürokratik işlerle uğraşmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı kadrolarının genişletilmesi, hastanelerde avukat istihdam edilmesi gerekmektedir.

- Servis çalışanları çok sık gece nöbeti tuttıklarını, servislerde çalışan nöbet tutacak çalışan sayısının artırılması gerektiğini düşünmektedir.

- Servislerde çalışan hemşire ve hastabakıcılar, özellikle gece nöbetlerinde kendilerini güvende hissetmemektedir. Çalışanların hastalarla irtibatlarını kesmeden güvenli bir ortamda çalışabilmeleri için önlemler alınmalıdır.

- Hastaların geri dönüş sıklığı çalışanlarda sağladıkları hizmetin işe yaradığı hissini vermemek-

tedir. Buna çözüm olarak kişiye özgü tedavi planlarına dayalı ve toplum içerisinde rehabilitasyonu öne çıkaran hizmetlere geçişi önermektedirler.

- Hemşireler hastalara ilişkin gözlemlerinin yeterince dikkate alınmadığını düşünmektedir. Hemşire gözlem notları daha dikkatli incelenmeli, tedavi planlarında hemşire ve hastabakıcıların fikirlerine de yer verilmelidir.

Eğitim ve Süpervizyon

Ruh sağlığı hastanelerinde, eğitim ve araştırma hastaneleri dışında çalışanlara yönelik sistematik eğitim ve süpervizyon programları uygulanmamaktadır ya da uygulanan programlar çalışanların ihtiyacını karşılamakta yetersiz kalabilmektedir. Özellikle hemşire, hastabakıcı gibi hastayla sürekli birebir ilgilenmek durumunda olan ve ruh sağlığı alanında özel bir eğitimden geçmemiş çalışanlar, çoğu zaman kendilerini mesleki açıdan yetersiz ve desteksiz hissettiklerini, el yordamıyla çözümler ürettiklerini ifade etmektedir.

Çalışanlar, eğitim ve süpervizyon konusunda hissettikleri eksiklikleri ve yaşadıkları sorunları aşağıdaki ifadelerle dile getirmiştir:

- Mesleki olarak kendimizi geliştirdiğimizi hissedemiyoruz. Kongrelere hep aynı kişiler katılıyor. Her kademedeki çalışanların kongrelere katılımı sağlanmalıdır.
- Düzenli eğitim ve süpervizyona ihtiyaç duyuyoruz. Zorlandığımız konularda düzenli eğitim ve süpervizyon faaliyeti yürütülmeli.

Psikososyal Destek

Ruh sağlığı hastanelerinde çalışan, özellikle de servislerde hastalarla birebir vakit geçiren hemşire, hastabakıcı ve diğer destek personelinde ciddi bir motivasyon eksikliği ve tükenmişlik gözlemlenmiştir. Çalışanlar ihtiyaç duydukları psikososyal destekle ilgili aşağıdaki sıkıntı ve önerileri dile getirmiştir:

- Motivasyonumuzu artırıcı faaliyetlere ihtiyaç duyuyoruz. Bunlar grup terapileri, paylaşım grupları ya da sosyal etkinlikler şeklinde olabilir.
- Servis çalışanlarının fikir ve önerilerini yönetime ve Bakanlığa iletebilecekleri ortamlar yaratılmalı, böylece sundukları hizmete ilişkin motivasyonlarının artması sağlanmalıdır.



TÜRKİYE’NİN BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZLERİNİN KOŞULLARI

RUSİHAK

Proje kapsamında bölgesel ruh sağlığı hastanelerine yakın bölgelerde yer alan Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı zihinsel engellilere yönelik hizmet veren yatılı ve gündüzlü bakım ve rehabilitasyon merkezleri tespit edilmiş ve bu merkezlerde çalışma yürütülmüştür. Bu merkezlere ek olarak, Ankara’da yer alan ve Türkiye’nin zihinsel engellilere hizmet veren en büyük yatılı kurumu olan Saray Rehabilitasyon Merkezi projeye dahil edilmiştir. Sırasıyla ziyaret edilen bakım ve rehabilitasyon merkezleri şunlardır:

- Soma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Ziyaret tarihi: 12 Eylül 2007)
- Adıyaman 80. Yıl Zihinsel Engelliler Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Ziyaret tarihi: 25 Ekim 2007)
- Rotary Yedipınar Engelli Çocuklar Rehabilitasyon

Bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin kapasiteleri ve ziyaret edildiği tarihte hizmet alan kişi sayısı

Kurum	Kapasite	Hizmet alan kişi sayısı	Hizmet alan engelli grupları
Soma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (yatılı)	100	140	Zihinsel, görme, ortopedik engelli yetişkin erkekler
Adıyaman 80. Yıl Zihinsel Engelliler Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (yatılı)	40	40	Zihinsel engelli erkek çocuklar
Rotary Yedipınar Engelli Çocuklar Rehabilitasyon Merkezi (gündüzlü)		34 (düzenli bakım hizmeti alan) 340 (açık hava park hizmetinden yararlanan engelli ve yakını)	Zihinsel, ortopedik engelli çocuklar ve aileleri
Havza Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi (yatılı)	100	106	Zihinsel, ortopedik engelli yetişkinler ve yaşlılar
Saray Rehabilitasyon Merkezi (yatılı)	648	749	Zihinsel, ortopedik, görme, işitme engelli çocuk ve yetişkinler
80. Yıl Bakırköy Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi (yatılı)	40	35	Zihinsel engelli yetişkin erkekler

Merkezi (Ziyaret tarihi: 9 Ocak 2008)

- Havza Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi (Ziyaret tarihi: 5 Mart 2008)
- Saray Rehabilitasyon Merkezi (Ziyaret tarihi: 28-30 Nisan 2008)
- 80.yıl Bakırköy Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi (Ziyaret tarihi: 4 Haziran 2008)

A. Ziyaret Edilen Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerine İlişkin Genel Bilgiler

Kurumlarda kalan kişilerin bakımından sorumlu kişilerin engellilerin bakımı konusunda eğitim almış kişiler olması amaçlanmakta ve kurum yönetimleri, işe alınan hizmetlilere, 2005 Özürlüler Şurası'nda alınan karar gereği, Halk Eğitim Merkezleri'nden alınan iki aylık bir eğitimi zorunlu kılmaktadır. Bu eğitim sonunda alacakları sertifikanın maaşlarında küçük de olsa bir fark yaratmasının çalışanlar açısından özendirici olduğu belirtilmiştir.

Ziyaret edilen kurumların tümünde personelin yetersiz olduğu; 10 kişilik bir gruba en az 1 meslek elemanı gerektiği; kurumlarda daha fazla hemşire ve diyetisyene, yeterli sayıda sosyal hizmet uzmanı, psikolog, fizyoterapist, bazı kurumlarda tam zamanlı doktora, çocuklar için pedagog ve özel eğitim

uzmanına ihtiyaç duyulduğu; bürokratik engeller nedeniyle sözleşmeli eleman almakta zorlanıldığı belirtilmiştir.

Sözleşmeli bakım elemanları için SHÇEK'in belirlediği kriterin, kız meslek lisesi mezunu ya da sağlık meslek lisesi mezunu olmak olduğu belirtilmiş, ancak bazı kurumlarda okuyazar olmadığı halde bakım sertifikası olarak çalışanlara rastlanmıştır. Bakım işinin ağırlığı ve çalışma koşulları nedeniyle lise mezunu olma kriterinin pek gerçekçi olmadığı ifade edilmektedir. Çözüm önerisi olarak, ara elemanlar yetiştirecek okullara ihtiyaç olduğu ifade edilmiştir.

Kurum Çalışanlarına Yönelik Eğitim ve Süpervizyon Faaliyetleri

Çalışanlara yönelik düzenli bir eğitim ve süpervizyon faaliyeti yürütülmemektedir. Yeterince eğitim ve süpervizyon desteği olmayışı ve yoğun iş yükünden ötürü, çalışanlarının çoğunun mesleki motivasyonlarının düşük olduğu gözlemlenmiştir. Kendilerinin de bunu ifade ettiği durumlar olmuştur.

Çalışanlar açısından gözlemlenen önemli bir sıkıntı, kurumlardaki sorumluluklarının yanı sıra "evde bakım desteği alacak ailelerin belirlenmesi" gibi kurum dışındaki işlere yönlendirilmeleridir. Nöbet sistemiyle çalıştıkları için zaten her gün kurumda bulunamayan

Bakım ve rehabilitasyon kurumlarındaki başlıca çalışan profili ve sayıları

Kurum	Psikolog	Çocuk gelişim uzmanı	Eğitmen	Fizyoterapist	Sosyal hizmet uzmanı	Pratisyen hekim	Hemşire	Bakım elemanı
Soma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (yatılı)	1	1	1 beden öğretmeni	0	2	1	3	80
Adıyaman 80. Yıl Zihinsel Engelliler Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (yatılı)	1	1	1 özel eğitimci 1 coğrafya öğretmeni	0	1	0	2	22
Adana Rotary Yedipınar Engelli Çocuklar Rehabilitasyon Merkezi (gündüzlü)	1	1	2 öğretmen	1	1	1 (yarı zamanlı)	1	0
Havza Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi (yatılı)	1	1	0	1	1	0	1	35
Saray Rehabilitasyon Merkezi (yatılı)	7	7	13 öğretmen 47 çocuk eğitici	5	17	6	9	370
80. Yıl Bakırköy Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi (yatılı)	0	1	1 çocuk eğitici 1 Arapça öğretmeni	1	2	1	2	21

uzman personelin kurumda geçirdikleri saatler bu uygulamadan sonra daha da düştüğü belirtilmiştir.

dağılmış aileler olduğu belirtilmiştir. Kurumda kalan çocukların 5'inin özel alt sınıfa, 3'ünün ise kaynaştırma sınıfa devam ettiği belirtilmiştir.

Kurumlardan hizmet alan kişilerin profili

Ziyaret edilen tüm kurumlarda kalan kişilerin çoğu kurumun bulunduğu il dışındaki illerden gelmekteydi. Merkezi yerleştirme sistemiyle, zihinsel engelli kişilerin büyüdükları ve yaşadıkları yerden çok uzağa gönderildiğine sıklıkla rastlanmaktadır.

Soma Zihinsel Engelliler Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

140 kişinin 120'si zihinsel, görme ve ortopedik engelli, 20'si ise yaşlıdır. Yaşlıların ağır bakım gerektirdiği belirtilmiştir. Kurumda kalanların bir kısmının zihinsel engellerinin yanı sıra psikiyatrik teşhisleri de bulunmaktadır. Türkiye'nin 81 ilinden gelen sakinlerin %50'sinin ailesi yoktur. %45'inin ebeveynlerinden biri ölmüş, %5'i ise ailesi olduğu halde kuruma bırakılmıştır. Yaş ortalaması ise 40'tır.

Adıyaman 80. Yıl Zihinsel Engelliler Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Merkez, 2004 yılında hizmete girmiştir. Bahçe içinde tek katlı bir binadır. Merkez, toplam 40 yatak kapasitelidir. Ziyaret tarihinde ağırlıklı olarak Marmara ve Karadeniz bölgelerinden gelen çocuklar kurumda kaldığı gözlenmiştir. Adıyaman'dan gelen yalnızca bir çocuk vardı. Merkezde kalan çocukların çoğunun ailesinin çok yoksul, kimi zaman anne babada engellilik olan, boşanma ya da başka bir sebepten

Adana Rotary Yedipınar Engelli Çocuklar Rehabilitasyon Merkezi

Bedensel ve zihinsel engelli çocuk, genç ve yetişkinlerle onların aileleri merkezden faydalanabilmektedir. Merkez, çalışan ailelerin çocuklarına bakım hizmeti vererek bu konuda çok önemli bir gereksinimini kısmen de olsa karşılamaktadır. Ayrıca çocuklarını birkaç saatliğine bırakarak alışveriş ve diğer işlerini yapma olanağı bulan aileler de merkezin varlığından mutlu olduklarını belirtmiştir. Ziyaret edildiği tarihte merkezden faydalanan engelli bireylerin yaş aralığı 8-35 idi. Gündüz hizmeti veren merkezden faydalanan engelli bireyler ve aileleri Adana merkez ve civar ilçelerde ikamet etmektedir. Park hizmetinden yararlanmak için civar illerden gelenler de bulunmaktadır. Özel rehabilitasyon merkezleri ve okullar özellikle park hizmeti için çocukları ve ailelerini merkeze yönlendirmektedir.

Havza Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi

106 kişinin yaklaşık %30'u huzurevi hizmetinden yararlanmakta, %70'i ise engellilere yönelik bakım ve rehabilitasyon hizmetinden yararlanmaktadır. Kurumda 34'ü erkek, 32'si kadın olmak üzere 66 engelli; 23'ü erkek, 17'si kadın olmak üzere 40 yaşlı kalmaktadır. Engelliler arasında hem fiziksel hem zihinsel engeli olanlar olduğu gibi, yalnızca fiziksel engeli olanlar ya da MS gibi süregelen rahatsızlıkları

olanlar da bulunmaktadır. Kurumda 17 yaşında bir çocuğun da kaldığı bildirilmiştir. Kurumda kalanlar arasında, Samsun'dan gelenlerin ağırlıkta olduğu, ancak Türkiye'nin her bölgesinden gelen kişilerin bulunduğu; çoğunun yoksul ailelerden geldiği ve okuma yazma bilmedikleri belirtilmiştir. Çok azının ailesinin ziyarete geldiği ifade edilmiştir. Kurumda kalan kişilerin profiline ilişkin nicesellik ve detaylı veri almak kurumda tutulan toplu kayıtların yetersizliği nedeniyle mümkün olamamıştır.

Kurum ücretsiz hizmet sunmaktadır. Ancak asgari ücretin üzerinde maaşı olanlar, ayda 168 YTL ödeyerek kurumda kalabilmektedir. Bu statüde kurumda kalan kişi sayısı 8'dir.

Saray Rehabilitasyon Merkezi

Kurumun, Türkiye'nin her tarafından çocuk ve yetişkin kabul ettiği, bu nedenle kapasitesinin üzerinde hizmet verdiği, bunun da hizmet kalitesinin düşmesine yol açtığı bildirilmiştir. Kurumdaki birimlerin ve hizmet verdikleri kişi sayısının dağılımı şöyledir:

Kurumdaki birimlerin ve hizmet verdikleri kişi sayısının dağılımı şöyledir:		
Birim	Kapasite	Bakılan kişi mevcudu
Eğitilebilir-öğretilebilir ve ağır zihinsel engelliler	576	732
Bağımsız yaşam ünitesi	24	17
Personel kreşi	48	
TOPLAM	648	749

Türkiye'de 24 saat doktor ve hemşirenin hazır bulunduğu tek rehabilitasyon merkezi olması nedeniyle otistik çocuklar, tanımlanamayan atipik vakalar ya da diyabet hastalığı gibi tam gün kontrol gerektiren rahatsızlığı olan zihinsel engellilerin tümünün bu kuruma gönderildiği bildirilmiştir.

Kurumda, kuruluş onayında 0-21 yaş arası çocuk ve gençlere ilişkin onay olmasına rağmen, 0-57 yaş grubu engellilerin kalmakta olduğu, gelen çocukların çoğunluğunun terk edildiği ve aile incelemesi sonucu kuruma alındığı, yılda ortalama 10 sokakta bulunan çocuğun kuruma kaydedildiği belirtilmiştir. Kurumda kalanların %30'unun düzenli ziyaretçisi gelmektedir.

Kurumda kalanların yaş, cinsiyet ve engellerine göre dağılımı, eğitim ve çalışma durumları şöyledir:

Kurumda kalanların yaş, cinsiyet ve engellerine göre dağılımı, eğitim ve çalışma durumları şöyledir:	
Yaş	Mevcut
0-6 yaş	19 kişi
7-13 yaş	101 kişi
14-20 yaş	127 kişi
21-39 yaş	395 kişi
40 yaş ve üzeri	95 kişi
Cinsiyet	
Kadın	397
Erkek	352
Engel durumu	
Fiziksel engelli	7 kişi
Zihinsel engelli	730 kişi
Ruhsal engelli	12 kişi
Psikiyatrik ilaç kullanan	221 kişi
Düzenli fizyoterapi gören	18 kişi
Eğitim çalışma durumu	
Kurum dışında eğitim gören	91
Kurumda ve kurum dışında çalışan	22

80. Yıl Bakırköy Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi

Merkezde 10-15'inin ailesi İstanbul'da olmak üzere çeşitli illerden çoğunluğu 21-55 yaş arası zihinsel engelli ve bedensel engelli erkekler kalmaktaydı. Kalanların 3'ü bedensel engelli, geri kalanı zihinsel engelliydi. Bedensel engellilerin eşlik eden herhangi bir zihinsel engelinin bulunmadığı, Omurilik Felçileri Derneği'nin açacağı merkeze gönderilecekleri belirtilmiştir. Kalanlardan sadece biri 15 yaşında Adıyaman'dan gelmiş yalnız bir çocuktur. Merkezde kalan çocukların çoğunun ailesinin çok yoksul, boşanma ya da başka bir sebepten dağılmış olduğu, bazılarının anne babasının da engelinin bulunduğu belirtilmiştir. Erken yaşlarda geçirilen hastalıkların da engellilik nedenleri arasında bulunduğu söylenmiştir. Kalanların engellilik dereceleri sorulduğunda 1'inin tamamen yatağa bağımlı olduğu, 10'unun altının bezlendiği, 30'unun ise altına kaçırıldığı belirtilmiştir. Kurumda kalan kişilerin 5-6'sı hariç hemen hepsinin ailesinin ziyarete geldiği ifade edilmiştir.

Ortalama Kalış Süreleri

Ziyaret edilen bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin tümünde kalan kişiler, genellikle kurum açıldığından bu yana orada kalan kişilerdi. Aileye geri döndürme girişimleri olmasına rağmen, kimsesizlik, yoksulluk, sosyal dışlanma, aile içinde sakıncalı durumlar nedeniyle, ziyaret edilen kurumlardaki engelli bireylerin büyük çoğunluğu yaşamlarının tamamını kurumlarda geçirmektedir.

B-Kurumlarda Yaşam Koşulları:

1. Fiziki Koşullar:

Soma Rehabilitasyon Merkezi:

Şehrin içinde ancak ulaşımı zor bir noktada konum-

lanan, yeşillikler içinde bir bahçesi bulunan kurumda ağır, orta ve hafif zihinsel engelliler ayrı katlarda kalmaktadır. Her kattaki odalar 4-5 kişiliktir. Ağır ve orta zihinsel engellilerin odalarında yataklarının dışında herhangi bir mobilya ve kişisel eşya bulunmamaktadır. Hafif zihinsel engellilerin odalarında ise gardirop, komodin, sandalye ve koltuk gibi kişisel eşyalar bulunmaktadır. Ayrıca bu grubun odaları daha temiz ve bakımlı olup, duvarlarda saat, resim gibi kişisel eşyalarının bulunduğu görülmüştür. Tüm katlarda odaların açıldığı balkonların bulunduğu, ağır ve orta zihinsel engellilerin odalarının pencere ve balkonlarında güvenlik amacıyla demirler bulunduğu görülmüştür.



Adıyaman 80. Yıl Zihinsel Engelliler Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Şehir merkezine yakın konumlanan merkezin çevresinde az sayıda ev bulunmaktadır. Bahçe içinde tek katlı bir binadan oluşmaktadır ve 4 yıl önce açılmıştır. Çocukların tümü aynı katta, giriş katında kalmakta ve ortak alanları birlikte kullanmaktadır. Yatakhaneleri ağır, orta ve hafif zihinsel engelliler olarak ayrılmıştır. Her biri 10 yataklı dört odanın/yatakhanelerin bulunduğu görülmüştür. Yatakhanelerden ikisi orta ve hafif engellilere aittir. Bu odalarda ikişer adet elbise dolabı ve bu dolaplarda yalnızca çocukların pijamaları bulunmaktadır. Her yatağın başucunda etajerleri vardır. Ağır engelli çocukların yatakhanelerinde de etajerler bulunmaktadır. Tüm yatakhaneler kaloriferle ısıtılmaktadır; tüm



odalar aydınlıktır ve bol ışık almaktadır. Kurumun çevresi tamamen bahçeyle kaplıdır ve odalar bahçeye bakmaktadır. Yataklar ve yatakhaneler çok temiz ve düzenlidir. Yatakhanelerin koridora bakan kısmı bol camlı ve dışarıdan görülebilmekte, izlenebilmektedir. Odaların kapıları açık. Ancak çocukların yalnız kalabilecekleri bir yer yok. Bu kurumda kamera sistemi bulunmuyor.

Oyun Odası: Büyük ve aydınlık bir oda olan oyun odasında üç adet çekyat, iki sandalye, dolaplar ve yerde halı bulunmaktadır.

Televizyon Salonu: Oldukça geniş olan bu salon aydınlık ve rahattır. Yerde halılar, beş adet kanep, bir televizyon bulunmaktadır. Çocukların günün büyük kısmını burada geçirdiği belirtilmiştir.

Fizyoterapi Salonu: Çocukların ihtiyaç duyabileceği bir çok aracın bulunmasına karşın fizyoterapist olmaması nedeniyle henüz kullanıma açılmamıştır. Fizyoterapi salonunda 1 adet koşu bandı, 2 adet bisiklet, 5 minder, 1 adet tırmanma minderi, yürüme aparatları, 3 adet tekerlekli sandalye, kum torbaları, merdiven bulunmaktadır.



Etüt Odası: 4 masa ve 8 sandalyenin bulunduğu aydınlık ve temiz bir odadır. Okula giden çocukların burada ders çalıştıkları, ödevlerini yaptıkları belirtilmiştir.

Bilgisayar Odası: 4 adet bilgisayarın bulunduğu diğerleri gibi temiz ve aydınlık olan bu odada bir adet yazı tahtası ve lego türü oyuncaklar bulunmaktadır. Çocukların burada bilgisayar oyunları oynadıkları ve yalnızca okula giden çocukların bu odadan yararlandıkları belirtilmiştir.

Adana Rotary Yedipınar Engelli Çocuklar Rehabilitasyon Merkezi

Adana Yedipınar Engelli Çocuklar Merkezi ve Eğitim Parkı 9 dönüm arazi üzerine kurulmuş olup, 650 metrekaresi kapalı alan, diğer kısımlar ise açık alan olarak düzenlenmiştir. Tamamı ahşap olarak inşa edil-

miş, oldukça aydınlık ve ferah bir yapıya sahip merkezde 1 müdür odası, 1 sosyal servis odası, 1 revir, 1 fizyoterapi odası, 1 öğretmen odası, 1 mutfak, 2 tuvalet, 1 salon, 1 ayniyat saymanı odası ve çocukların rehabilitasyonu için özel olarak tasarlanmış siyah ve beyaz oda bulunmaktadır. Odaların açıldığı orta alanda ise yumuşak bir oyun alanı bulunmaktadır.

Beyaz oda, tüm iç mekânın beyaz olduğu, yumuşak beyaz minderler, renkli projektörlerin bulunduğu ve hafif dinlendirici müziğin çalındığı rahatlatıcı bir oda olarak tasarlanmıştır. Odada su sesi, yunus sesleri dinletilerek çocuklar ışık ve ses uyaranları ile rahatlatılmaktadır. Merkezden hizmet alan tüm engelli çocuk ve yetişkinler, hatta anne babaları da Bu odadan yararlanabilmektedir. Beyaz oda düzenli bir rehabilitasyon etkinliği için kullanılmamaktadır. Merkezden hizmet alanlar ihtiyaç duydukça bu odaya girip oturabilmektedir. Bu oda bazen de ajite olan engelli bireyleri sakinleştirmek amacıyla bu oda kullanılmaktadır.

Siyah oda, tamamen siyah boyalı olup fosforlu ışıklarla donatılmıştır. Görme engelliler için tasarlanmış olan bu odada, özel boya ve çubuklarla resim, vb. çalışmalar yapılmaktadır. Odada fosforlu ve kabartılı resimler görme engelli çocukların şekilleri kısmen de olsa görmesini ve hissetmesini sağlamaktadır. Görme derecelerine bağlı olarak çocukların, yaptıkları resimleri bu özel donanım sayesinde daha iyi hissetme ve görme şansına sahip oldukları belirtilmektedir. Görüşmeler sırasında siyah odanın düzenli bir rehabilitasyon faaliyeti için kullanılmaktan ziyade, ihtiyaç duydukça çocukların yararlandığı bir oda olduğu izlenimi edinilmiştir.



Merkezin yer aldığı geniş bahçede çocuklarla yapılacak resim, oyun ve benzeri faaliyetler için 2 çok amaçlı oda, mutfak, salıncaklar, kaydıraklar, oyun alanları, teleferik, trambolin, kum havuzu, tuvaletler ve kafeterya bulunmaktadır. Açık alandaki oyuncakların ve yapıların tamamı da ahşap malzemeden yapılmıştır.

Merkez, mimari açıdan, mekanın engellilerin çeşitli ihtiyaçlarına cevap verecek nitelikte düzenlenmiş olması açısından başka merkezlere örnek teşkil edebilecek niteliktedir. Özellikle mekânın tüm alanlarının doğayla iç içe oluşu ve engelli bireyler tarafından rahatça ulaşılabilir olması hareket özgürlüğü açısından oldukça olumlu bir özellik olarak değerlendirilmiştir.

Havza Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi

Havza'yı yukarıdan gören bir tepe üzerinde kurulu, küçük bir bahçesi olan kurumun tüm bölümleri içinde banyo ve tuvaletin bulunduğu 2-3 kişilik odalar şeklindedir. Hemen hemen tüm odalarda yataklar, kişisel eşyaların konulabildiği komodin ve dolaplar, koltuklar, perde, kilim bulunmaktadır. Odaların çoğunu kalan kişiler kendi zevklerine göre dekore etmişlerdir. Duvarlarda posterler, yakınlarının fotoğrafları, vb. asılıdır, odalarda çiçekler bulunmaktadır. Bazı odalarda televizyon bile bulunmaktadır. Az sayıda odada çamaşır makinesi, buzdolabı bulunduğu görülmüştür.



Odaların içine girildiğinde sıcak bir ev atmosferi hissedilmektedir. Yalnızca maddi durumu oldukça kötü olan kişilerin odalarında yatak ve gardirop dışında herhangi bir aksesuar bulunmadığı dikkati çekmektedir. Özellikle yaşlıların kaldığı bölümde odaların bir evin odasından farkı olmadığı görülmüştür.

Odaların balkonu bulunmaktadır. Balkonlarda sandalye, masa gibi odalarda kalan kişilerin vakit geçirebilecekleri düzenlemeler yapılmıştır. Kurum yönetimi, kurumdaki kalanların balkonları zevkle kullandıklarını, yazın burada bol vakit geçirdiklerini belirtmiştir.

Kurumda kamerayla izleme sistemi bulunmamaktadır. Odaların 2-3 kişilik olması, ayrı banyo ve tuvaletlerinin, balkonlarının oluşu mahremiyet hakkını güvence altına almaktadır.

Ziyaret edilen diğer kurumlardan farklı olarak odaların pencere ve balkonlarında demir parmaklık bulunmamaktadır. Bugüne kadar demir parmaklık olmamasından kaynaklanan herhangi bir kaza yaşanıp yaşanmadığı sorulduğunda, böyle bir şeyin hiç olmadığı belirtilmiştir. Tutulma koşulları açısından demir parmaklıkların olmayışı insan hakları standartlarıyla uyumlu bir durum olarak değerlendirilmiştir. Kurumda kalan kişilerin kurumun fiziksel koşullarından memnuniyeti gözle görülür bir şekilde dikkati çekmektedir.

Birkaç oda dışında tüm odalar, oldukça aydınlık, sıcak ve temizdir. Odalardaki mobilyalar ve kişisel eşyalar, aksesuarlar odalara konforlu bir görünüm kazandırmaktadır. Tüm odaların balkona açılması odaları havadar kılmaktadır.

Öte yandan yaşlıların kaldığı D Bloktaki odaların diğer bloklara göre daha pis olduğu, hatta pis koktuğu dikkati çekmiştir.

Hepatit B ve C teşhisi olan kişilerin yalıtılmış bir şekilde tutulduğu odalar diğerlerine göre daha karanlık ve konforsuz görünmektedir. Hepatit C teşhisi almış bir kadının tümüyle yalıtılmış olarak tutulduğu; odaların güneş ışığı alamayan loş ve bakımsız olduğu, yatak ve komodinin dışında hiçbir mobilya bulunmadığı görülmüştür.

Saray Rehabilitasyon Merkezi

Havaalanına yakın şehir merkezine 30 km uzaklıktaki bir arazide kurulan merkez, sosyal yaşamın dışında kalmaktadır. Engelsiz Yaşam Projesi kapsamında binaların bir kısmı yıkılmakta, bir bölümüne evler yapılmakta olduğu için, binalar arası geçişlerin bazıları inşaat sahası gibidir. Genel olarak ağır zihinsel engellilerin kaldığı ünitelerde temizlik ve bakım koşullarının kötü olduğu, orta ve hafif zihinsel engellilerin kaldığı bölümlerin nispeten daha uygun koşullara sahip olduğu görülmüştür.



Özellikle ağır engelli küçük çocukların kaldığı ünitelerde bazı yataklarda çocukların ikişer kişi yattığı; çocukların yataklarının bulunduğu büyük salon şeklindeki ünitenin ise hijyen koşullarının çok olumsuz olduğu görülmüştür. Bölümün içinde çok ağır bir koku olmasından dolayı soluk almakta güçlük çektiğimizi belirtmek zorundayız. Ünitenin girişindeki personel salonunda kanepelerin yanında çocukların beşiklerinin bulunduğu görülmüştür. Personelin oturduğu, TV izleyip sigara içtiği ortamda, küçük çocukların tutulmasının standartlara aykırı olduğu gibi, çocukların sağlığı bakımından da sakıncalı olduğu anımsatıldığında çalışanlar "ne yapalım başka yer yok" açıklamasını getirmişlerdir.

Ağır zihinsel engelli çocukların menenjit geçirdikleri söylenmiş, yatağa bağımlı kaldıkları görülmüştür. Küçük yaştaki bu çocukların konuşamadıkları, biberonla beslendikleri, bir kısmının ellerinde plastik pet şişe benzeri şeylerin takılı olduğu görülmüştür. Nedeni sorulduğunda, çocukların ellerini ağızlarına sokarak kendilerini kusturdıkları, bu nedenle bu plastik pet şişe benzeri sert plastik eldivenleri yaptırdıklarını ve taktıklarını söylemişlerdir. Kurum yöneticileri, daha önceleri delik açılmış pet şişeler kullandıklarını ve onların kullanımının daha kolay olduğunu, bazı kurumlarca bunun eleştirilmesini anlayamadıklarını söylemişlerdir. Çocukların ellerinin, parmaklarının bu tür plastik şişelerin içinde tutulmaktan dolayı yetersiz geliştiği, derilerinin şeffaflaştığı görülmüştür. Bu durum, kurum doktorlarıyla konuşulduğunda, doktorlardan bir tanesi çocukların kendilerini kusturmalarının, onlara doğru yaklaşım, sevgi ve ilgiyle önlenebileceğini, bunun için bu tür insanca olmayan uygulamalara gerek olmadığını belirtmiştir.



Yaşça daha büyük ağır zihinsel engellilerin tutuldukları bölümlerin de aynı şekilde çok kötü koktuğu, gerek mekânın gerekse engellilerin yeterli temizlik koşullarına sahip olmadığı görülmüştür. Engellilerin genellikle 4-6 kişilik odalarda yattıkları, odaların yeterli temizlik, ışık ve ısı koşullarına sahip olmadığı, sabah odaların boşaltılarak kapılarının kilitlendiği

tespit edilmiştir. Ağır engelliler tüm günlerini ortak yaşam alanı olan salonda TV izleyerek geçirmek zorunda bırakılmaktadırlar.

Orta ve hafif zihinsel engellilerin ve bu kişilerin tutulduğu mekânların temizlik anlamında daha iyi durumda olduğu görülmüştür. Ancak tüm bölümlerde genel bir bakımsızlık vardır. Kurum yöneticileri bunun nedenini yeni yapılmakta olan küçük ölçekli evlere geçilmekte oluşuna bağlamışlardır.

80. Yıl Bakırköy Özürlüler Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi

Kurumda kalan çocukların tümü tek katlı binada aynı katta kalmakta ve ortak alanları birlikte kullanmaktadır.

18 odada 3'er kişi kalınmaktadır. Her odada 3 yatak, 3 gardirop, 2 komodin, 1 sandalye bulunmaktadır. Odaların bazılarında televizyon ve biri hariç hepsinde tuvalet bulunmaktadır.

Tüm yatak odaları doğal ışık almakta ve oldukça temiz görünmektedir. Odalar kaloriferle ısıtılmaktadır ve odaların büyüklüğüne göre (yaklaşık 30 metrekare) petek sayıları orta büyüklüktedir. Nevresimlerin acil bir durum olmadığı sürece 15 günde bir değiştirildiği ifade edilmiştir.



Yatak odalarının koridora bakan kısmında ahşap kapılar bulunmaktadır. Odaların kapıları gece-gündüz açıktır. Ancak çocukların yalnız kalabilecekleri bir yer yoktur. Bu kurumda kamera sistemi bulunmamaktadır.

Televizyon Salonu: Kurumda orta büyüklükte (15-20 kişilik) bir televizyon odası bulunmaktadır. Televizyon odasının üç duvarı koltuklarla çevrilidir ve odada bir adet televizyon vardır.

Fizyoterapi Salonu: Eskiden yemekhane olarak kullanılan fizyoterapi salonunda çeşitli fizyoterapi aletleri bulunmaktadır.

Kurumda televizyon odası ve fizyoterapi salonu dışında hep birlikte yemek yenilen ve kimi zaman ortak etkinlikler için kullanılan bir yemekhanenin dışında, herkesi içine alabilecek büyüklükte bir etkinlik salonu bulunmamaktadır. Mevcut ortak alanlar dışında çalışanların ofisleri eğitim ve görüşme odası olarak kullanılmaktadır.

2. Bakım

Soma Rehabilitasyon Merkezi Genel Tıbbi Bakım ve Tedavi

Çalışanlarla yapılan görüşmelerde genel tıbbi bakım ve tedavi alanında ciddi sorunlar yaşandığı, kurumda kalanlara yönelik damgalama eğilimi nedeniyle genel tıbbi tedavi için götürüldükleri hastanelerde ayrımcı muameleye maruz kaldıkları belirtilmiştir. Bunun sonucunda ihtiyaç duydukları tıbbi tedavilere zamanında ulaşmakta sıkıntı yaşadıkları; bunun yanı sıra, kurumun kendi bünyesinde genel tıbbi bakım ve tedavi olanaklarının yetersiz olduğu belirtilmiştir.

En önemli tıbbi sorunların dış sağlığı alanında yaşandığı; bunun dışında sık sık düşmelerin ve buna bağlı yaralanmaların olduğu belirtilmiştir. Bunun sebebinin yürüme engeli olanların kendi başlarına ayağa kalkmaya çalışmaları ve buna bağlı olarak düşmeleri olduğu söylenmiştir.

Ağır engelli grupta ise sürekli yatağa bağlı olmaktan kaynaklanan sindirim ve solunum sorunlarının olduğu, boğulma riskinin önemli bir risk olduğu belirtilmiştir.

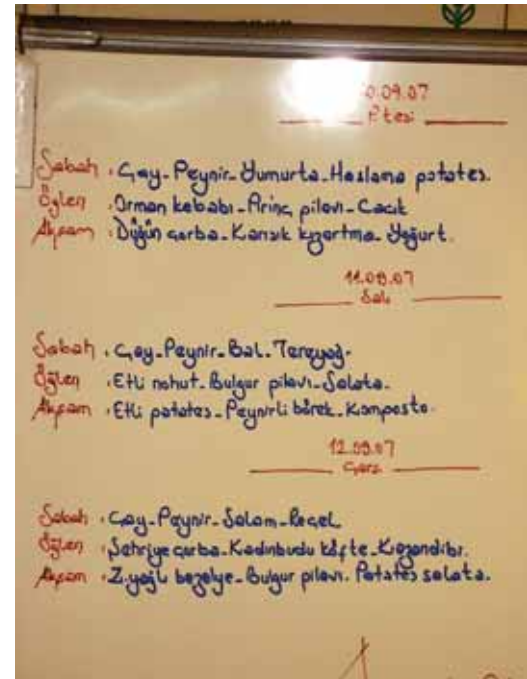
İç hastalıkları ile ilgili bir durum olduğunda, kurumda kalanların dertlerini anlatamamasından kaynaklanan teşhis ve tedavi sıkıntılarının yaşandığı da belirtilmektedir.

Özbakım

Kurumda kalanlardan hafif zihinsel engelliler dışındaki engellilerin öz bakımlarını çalışanların yardımıyla yapabildikleri belirtilmiştir.

Beslenme

Kurumda kalan engellilere sadece günde üç öğün yemek verildiği, öğün aralarında herhangi bir şey verilmediği görülmüştür.



Adıyaman 80. Yıl Zihinsel Engelliler Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Kurumda genel tıbbi bakım ve tedavi takibinden sorumlu bir hemşire çalışmaktadır. Kişiler, tedavi gerektiren durumlarda hastanelere götürülmektedir.

Kurumda kalanlar, toplu olarak haftada iki kez banyo yaptırılmakta, diş ve saç bakımları çalışanlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Banyonun üç adet ve duşlu olduğu görülmüştür. Kurum yönetimi tarafından duşlu banyonun engelli çocuklar için uygun olmadığı, aksine hamam tipi banyoların engelliler açısından daha uygun olduğu belirtilmiştir. Kurumda kalan engelli çocuklara özbakım öğretilmeye çalışılmaktadır. Kurum yönetimi, binanın gündüzlü uygulama okulu olarak tasarlanmış olmasından ötürü, banyo ve tuvaletlerin odalara olması gerektiğinden uzakta olduğunu belirtmiştir.

Çocuklara günde 3 öğün yemek verilmektedir. Gece yatış ve sabah kalkış saatleri arasında yemek yeme olanakları bulunmamaktadır.

Adana Rotary Yedipınar Engelli Çocuklar Rehabilitasyon Merkezi

Genel Tıbbi Bakım ve Tedavi

Merkezden faydalanan engelli bireylerin tıbbi bakımı ve düşme, vb. durumlarda acil müdahaleleri haftanın 2 günü yarım gün merkezde bulunan hekim tarafından gerçekleştirilmektedir. Geri kalan zamanlarda merkez çalışanları müdahalede bulunmakta, gerekirse kişiyi hastaneye götürmektedir.

Özbakım

Gündüz hizmet veren bir kurum olması sebebiyle, merkezden faydalanan engelli bireyler özbakımlarını ağırlıklı olarak evlerinde gerçekleştirmektedir. Merkezde bulundukları zamanlarda ise merkez çalışanları her bir çocukla yakından ilgilenmekte, özbakım, vb. ihtiyaçlarını karşılamalarına yardım etmektedir. Annelerin de merkezde vakit geçirebilmeleri çocukların ihtiyaçlarının kısa sürede karşılanmasını kolaylaştırmaktadır.

Beslenme

Merkezden faydalanan engelli bireylere, gündüzlü bir merkez olmasından dolayı sadece öğle yemeği verilmektedir.

Havza Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi

Genel Tıbbi Bakım ve Tedavi

Kurumda genel tıbbi bakım ve tedavi takibinden sorumlu iki hemşire çalışmaktadır. Doktor, diyetisyen ve fizyoterapist kadroları boş durmaktadır. Kişiler, tedavi gerektiren durumlarda devlet hastanelerine götürülmektedir.

Özbakım

Kurumda kalan 106 kişiden 4-5'inin kendi özbakımını yapabilecek durumda olduğu belirtilmiştir. Geri kalan kişilere yazın haftada iki kez, kışın haftada 1 kez banyo yaptırılmakta, bu kişilerin diş ve saç bakımları ise bakıcı personel tarafından gerçekleştirilmektedir. Zihinsel engelli kadınlar, kuruma kabul edilirken saçları tıraş edilmektedir. Bu durum vücut bütünlüğüne müdahale olup insan hakları açısından olumsuz bir uygulamadır. Nitekim ziyaret edilen bir çok kurumda hastaların saçlarının kesilmesine gerek kalmadan da hijyen koşullarının sağlandığı görülmüştür.



Beslenme

Kurumda kalanlara günde 3 öğün yemek verilmektedir. Gece yatış ve sabah kalkış saatleri ile öğün aralarında ortak mutfaklar kullanıma açıktır. Gündüz kurumun girişindeki kantin de kullanıma açıktır. Dolayısıyla kurumda kalan kişiler maddi imkânları ölçüsünde ek beslenme imkânına sahiptir. Ancak yoksul hastaların öğün aralarında yiyeceğe ulaşma olanakları bulunmadığı görülmüştür. Bir çok kurumda yaşanan bu sorunun en azından günde iki kez öğün arasında çay ve hafif yiyecekler verilmesinin tüm sakinleri memnun edecek bir çözüm olacağı düşünülmektedir. Kurum yönetimi düzenli olmamak kaydıyla ara sıra kek, meyve suyu gibi ikramlarda bulunduğunu da ifade etmiştir. Kurumda kalan kişiler, maddi imkanları doğrultusunda sipariş yoluyla dışardan gıda satın alabilmektedir.

Saray Rehabilitasyon Merkezi

Genel Tıbbi Bakım ve Tedavi

Kurumda genel tıbbi bakım ve tedaviyi gerçekleştirmek için yeterli tıbbi personel bulunmadığı belirtilmiştir. Psikiyatri uzmanlarının olmayışı nedeniyle psikiyatrik teşhis almış engellilerin tedavi ve takibinin gerektiği gibi yapılamadığı belirtilmiştir. Kurumda kalan 212 kişinin psikiyatrik ilaç kullanmakta olduğu, bu kişilerin genel hastanelerde, kendilerini hiç tanımayan, hastalığın seyrini bilmeyen nöbetçi hekimlerce önerilen ilaçları almak durumunda kaldıkları bildirilmiş, zaman za-

man ilaçların dozlarının kurumdaki pratisyen hekimlerce düzenlendiği de vurgulanmıştır. Kurumda psikiyatri ve nörolog kadrolarının olması gerektiği belirtilmiştir. Genel tıbbi bakım ve tedavinin daha sağlıklı sağlanabilmesi için ayrıca mental retardasyon, ortopedik engellilik ve psikiyatrik teşhisleri almış kişilerin, bakım ve tedavilerinin aynı yerlerde sürdürülmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Görüşülen kurum uzmanlarından bir kısmı, kurumda 250 epilepsi hastası çocuk olduğunu ve en yaygın ölüm nedeninin epileptik nöbetler olduğunu belirterek, nörolog hekim ihtiyacına dikkat çekmişlerdir. Epileptik vakaların takibinin bilgisiz bakıcılar tarafından yapılmasının çocukların sağlığı bakımından ciddi bir sorun olduğu tespit edilmiştir. Bu çocukların bir nörolog tarafından düzenli kontrollerinin yapılması, ilaç dozlarının düzenlenmesi ve çalışanların bu konuda sıkça ve yeterli düzeyde bilgilendirilerek uyarılmasının gerektiği, ancak bu yönde ciddi bir çalışmanın olmadığı görüşülen uzman personelce de belirtilmiştir.

Kurum dışında, hastanelerde genel tıbbi bakım ve tedavi gerektiren vakaların günde 2 kez kurumdan çıkan ambulans ile hastanelere taşındığı ifade edilmiştir. Hastanelere götürülen kişilerin yanında o kişi ile ilgili detaylı bilgi sahibi kurum çalışanının da refakatçi olarak hastaneye gittiği belirtilmiştir.

En sık rastlanan tıbbi sorunlar arasında mevsimsel solunum yolu hastalıkları, yatağa bağımlı çocuklarda akciğer hastalıkları sayılmıştır. Bunun yanı sıra psikiyatrik engellilerin tedavisinde sorun yaşandığı, epileptik çocukların takip ve tedavisinin yeterli olmadığı belirtilmiştir.

Kurumda revirde bir tecrit ve tespit odası bulunmaktadır. İlaç takviyesine rağmen sakinleşmeyen kişiler için tecrit ve tespite başvurulduğu ifade edilmiştir. Ancak, kapalı bir yerde ajitasyonlarının daha çok arttığı, açık havaya çıktıklarında sakinleştikleri ifade edilmiştir.

Kurumda kalan kişiler arasında rastlanan bir diğer sorunun da kurumdan kaçan kişilerin uğradığı teciz ve tecavüzler sonucu istenmeyen hamilelikler olduğu; kurum bakımı altında yaşayan engelli kişilerin cinsel ihtiyaçları, kürtaj olması ve doğum yapması gibi konuların yeniden düzenlenmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Özbakım

Kurumda kalan engelli bireylerin çok azının kendi özbakımlarını gerçekleştirebildiği belirtilmiştir. Kurumda kalanlara yazın haftada iki kez, kışın haftada bir kez bakım elemanları eşliğinde banyo yaptırılmak-

ta, saç ve diş bakımları da personel tarafından gerçekleştirilmektedir. Bazı ünitelerde kalan zihinsel engelli kişilerin kendilerine ait diş fırçalarının olduğu ve kullanmaya teşvik edildikleri gözlemlenmiştir. Özellikle ağır engellilerin bulunduğu bölümlerde kalanların özbakımının oldukça yetersiz olduğu gözlemlenmiştir.



Beslenme

Kurumda kalanlara günde 3 öğün yemek verilmektedir. Öğün aralarında, günde iki kez meyve suyu, bisküvi gibi besinler verildiği belirtilmiştir. Gündüz kurumun girişindeki kantin de kullanıma açıktır. Dolayısıyla kurumda kalan kişilerden serbestçe dolaşabilen hafif engelliler, maddi koşulları ölçüsünde ek beslenme imkânına sahiptir. Ancak yoksul sakinler ve ağır engellilerin alışveriş olanakları bulunmadığı görülmüştür. Kurum yönetimi kek, meyve suyu gibi ikramların da bulunduğunu ifade etmiştir.



Ağır zihinsel engelli küçük çocukların çoğunluğunun biberonla beslendiği, acıkan çocukları personelin sırayla beslediği, sırası gelmeyen çocukların açlıktan

ağladıkları görülmüştür. Çocuklara üç ana öğün, üç ara öğün verildiği, ara öğünlerde meyve suyu ve bisküvi verildiği belirtilmiştir. Görülen manzaranın çok travmatik olduğu ve ziyareti gerçekleştiren ekibin zor anlar yaşadığını da eklemek isteriz.

80. Yıl Bakırköy Özürlüler Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi

Genel Tıbbi Bakım ve Tedavi

Kurumda genel tıbbi problemlerin çok sık yaşandığı ifade edilmiş; örneğin bir bedensel engelli kişinin yılda 60 kez hastaneye götürüldüğü söylenmiştir. Çalışanlar kurumda kalanların zaman zaman psikolojik olarak ilgiye ihtiyaç duydukları için fiziksel şikâyetlerden yakındığı düşünülmektedir. Kurumda 4 tıbbi kadro olmasına rağmen, genel tıbbi bakım ve tedaviden sorumlu bir pratisyen hekim ve bir hemşire istihdam edilmektedir. Diğer iki kişinin biri ziyaret tarihinde izinliyken, diğeri il sosyal hizmetler müdürlüğünde çalışmakta idi. Kurum doktoru haftada iki kez kurumda kalanlarla vizit görüşmeleri gerçekleştirmektedir. Özel durumlarda bazı kişilerin doktor tarafından her gün görüldüğü ifade edilmiştir. Hemşire kurumda her gün görev yapmakta. Bazen gerekli durumlarda hafta sonları enjeksiyon yapmak üzere kuruma gelmek zorunda kaldığı belirtilmiştir. Hemşire, genel olarak ilaç takipleri, temizlik ve hijyen takibinden sorumludur. Kurumda iki hemşirenin bulunduğu zamanlarda, bir hemşire evde bakım incelemelerini yürütmek üzere kurum dışında çalışmaktadır. Aynı zamanda uzun yıllar Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesi'nde çalışmış olan kurum hemşirelerinden biri, becerisi olduğu halde kurumda kalanlarla terapötik faaliyetler yürütmeye zamanı kalmadığını ifade etmiştir.

Kurumda yürütülen rutin tıbbi bakım faaliyetleri arasında yılda bir genel sağlık taraması, Hepatit ve tetanos aşılıları bulunmaktadır.

Kurumun ambulansının olmaması nedeniyle, gerekli durumlarda dışarıdan ambulans çağırmak zorunda kalınmaktadır.

Geceleri hiçbir sağlık elemanının nöbet tutmaması bir sorun olarak dile getirilmiş; geceleri sağlık görevlisi olmadığı için en ufak bir tıbbi sorunda bile kurumda kalanların hastaneye götürülmek zorunda kaldığı belirtilmiştir.

Ayrıca acil bir durumda, kişinin hastaneye bir hemşire ve bir hastabakıcı ve kurumun aracının kullanılması durumunda, 1 şoför eşliğinde gitmesinin ve 24 saat hastanede kalması halinde, 3 kişinin 8'er saatlik vardiyalar halinde yanında kalmasının kurumun rutin işlerini de aksattığı ifade edilmiştir.

Özbakım

Kurumda kalanlara haftada iki kez (Salı ve Cuma günleri) banyo yaptırılmakta, diş ve saç bakımları çalışanlar tarafından gerçekleştirilmektedir. Kurumda kalanlar mahremiyetlerine saygı göstermek açısından banyoya teker teker alınmaktadır. Kurumda kalanların haftada bir bakım personeli tarafından tırnakları kesilmekte ve 15 günde bir vücut tıraşları yapılmaktadır.



Kurumda bakım elemanı kadrosundan bir berber görev yapmaktadır. Berber, bir berber dükkanı gibi çeşitli resimler ve aksesuarlarla dekore ettiği odasında, her gün kurumda kalanların sakal tıraşlarını, saçları uzadıkça da saç tıraşlarını yapmaktadır.

Beslenme

Kurumda kalanlara günde 3 öğün yemek verilmektedir. Gece yatış ve sabah kalkış saatleri arasında yemek yeme olanakları bulunmamaktadır. Ancak bağış geldiğinde kurumda kalanlara ara öğün verilebilmektedir. Yemek yeme sırasında yutkunma problemlerinin çok sık yaşandığı ifade edilmiştir.

3. Can ve mal güvenliği

Soma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Can ve Mal Güvenliği

Kurumda genel tıbbi bakım ve tedavi takibinden sorumlu bir hemşire çalışmaktadır. Kişiler, tedavi gerektiren durumlarda başka hastanelere götürülmektedir.

Hastaların can güvenliği kamera kontrol sistemi ve nöbetçi hizmetleri aracılığıyla sağlanmaya çalışılmaktadır. Ancak buna rağmen sıkça düşme vakaları yaşanmaktadır.

Gece Nöbetleri

Her bölümde iki bakıcı personel kalmaktadır ve bu saatlerde hastaların tüm gereksinimleri hizmetliler tarafından karşılanmaktadır.

Kurumda herhangi bir bilgisayar kaydı tutulmamaktadır. Kişilerin dosyalarına sosyodemografik bilgileri ve hastalık geçmişleri not edilmektedir. Ölüm kayıtları, kabul defterine kaydedilmektedir. 1999 yılından bu yana gerçekleşen ölümlerden % 20'sinin sebebi kayıt defterinde belirtilmiş, diğerlerinin sebebi yazılmamıştır. Kaydedilen ölüm sebepleri arasında kalp yetmezliği ve solunum yetmezliği en sık rastlanan sebeplerdendir. Ölen bir kişinin ölüm tarihinin kayıtlara geçirilmediği gözlemlenmiştir. 1999 yılından bu yana ölüm yaşı ortalaması 43,25'tir.

Adıyaman 80. Yıl Zihinsel Engelliler Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Can ve Mal Güvenliği

Kurumda genel tıbbi bakım ve tedavi takibinden sorumlu bir hemşire çalışmaktadır. Kişiler, tedavi gerektiren durumlarda hastanelere götürülmektedir.

Kurumun yatakhaneleri ve ortak alanları şeffaf sayılabilecek bir mimari yapı nedeniyle kolay kontrol edilebildiğinden can güvenliği sorunu olmadığı, çocukların tüm giyim gereksinimlerinin kurumca karşılandığı, özel eşyalarının da ayrı bir bölümde ve dolaplarda tutulduğu belirtildi. Çocukların giysilerinin bulunduğu özel dolapların düzenli ve temiz olduğu görülmüştür.

Gece Nöbetleri

Gece nöbetlerinde saat 11'den sonra bir temizlik-bakım görevlisi ile nöbetçi amirin kaldığı belirtilmiştir. Bu saatlerde çocukların tüm gereksinimleri hizmetliler tarafından karşılanmaktadır.

Rotary Yedipınar Engelli Çocuklar Rehabilitasyon Merkezi

Can ve Mal Güvenliği

Merkezden faydalanan engelli bireylerin ihtiyaç duyulduğunda tıbbi bakımı ve düşme, vb. durumlarda acil müdahaleleri haftanın 2 günü yarım gün merkezde bulunan hekim tarafından gerçekleştirilmektedir. Geri kalan zamanlarda merkez çalışanları müdahalede bulunmakta, gerekirse hastaneye gitmektedirler

Engelli bireyler merkezde bulundukları süre boyunca merkez çalışanlarıyla birebir ilişki içerisinde. Buna ek olarak, mekânın engelli bireyler için özel olarak tasarlanmış olması muhtemel kazaları önleyici niteliktedir. Dolayısıyla, can ve mal güvenliği açısından oldukça güvenli bir atmosfer olduğu söylenebilir.

Gece Nöbetleri

Yatılı bir merkez olmadığından gece nöbeti tutulmamaktadır.

Havza Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi

Can ve Mal Güvenliği

Kurumda genel tıbbi bakım ve tedavi, kurumda doktor kadrosunun boş durması nedeniyle, 2 hemşire aracılığıyla yürütülmektedir. Hemşirelerin uyguladığı tedaviler ilaç takibi ve sınırlı tetkiklerden oluşmaktadır. Daha kapsamlı bir tedavi gerektiren durumlarda, kişiler randevulu olarak devlet hastanesine götürülmektedir. Ancak daha önce de söz edilen aracın özelliklerinin yetersiz oluşu nedeniyle özellikle fiziksel engelli kişileri taşımadaki zorluklar ve kurum şoförünün olmayışı her gereken durumda hastaneye başvurmaya zorlaştırmaktadır. Buna ek olarak, hastanedeki ayrımcı tavırlar ve kimi durumlarda refakatçi zorunluluğu nedeniyle de tedavide zorluklar yaşanmaktadır.

Sürekli ilaç kullanan kişilerin, özellikle de antipsikotik ve antidepresan ilaç kullanan kişilerin, belirli aralıklarla bir uzman tarafından takibinin gerekliliği bilinmektedir. Kurumda bu konuda önemli bir eksiklik gözlemlenmiştir.

Kurumda diyabet, MS, Hepatit gibi süregelen rahatsızlıkları olan kişiler de kalmaktadır. Özellikle bu tür kişilerin düzenli tıbbi bakım ve tedaviye ihtiyaç duyduğu düşünüldüğünde, tıbbi hizmetlere erişimin bu kadar zor olması önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu tür kişilerin tıbbi bakım ve tedavisinin oldukça yetersiz düzeyde kaldığı ve dosyalarında hastalıklarına ilişkin raporlar olmadığı gözlemlenmiştir. Örneğin, Hepatit C teşhisi almış bir kişinin dosyasında bu teşhisi düşündürecek tek ibare Ekim 2005'te hepatit taraması yaptırıldığıdır. Taramanın sonucuna dosyada rastlanamamıştır. Yine aynı kişinin en son Aralık 2007'de dış çekimi için doktora götürüldüğü görülmüş, bunun dışında düzenli bir Hepatit C takip ve tedavisini düşündürecek herhangi bir kayda rastlanmamıştır.

En sık rastlanan genel tıbbi problemler: En sık rastlanan tıbbi sorunlar arasında ağız ve diş sağlığı sorunları ile sindirim sorunlarından söz edilmiştir. Bu tür sorunların genellikle ağız ve diş bakımının yetersiz oluşu ile hareket eksikliğinden kaynaklanabildiği bilinmektedir.

Kurumda en sık kullanılan ilaçlar arasında Risperdal ve Akineton sayılmıştır.

Tecrit ve tespit: Kurumda tecrit ve tespit odası bulunmamaktadır Kurumda kalan ve Hepatit teşhisi olan kişilerin yalıtılmış odalarda kaldığı, hatta odaların

kapısında büyük harflerle “BU ODADA HEPATİT HASTASI VAR. DİKKATLİ OLUNUZ” şeklinde bir ifadeye rastlanmıştır. Bu tür bir uyarının ayrımcılığı önleyecek bir şekilde yapılmak yerine, büyük harflerle kapıya asılması dikkat çekicidir.

Hepatit C teşhisi almış bir kadın ise tek başına yalıtılmış bir odada kalmaktadır. Hepatitin bulaşma yollarının bu tür bir yalıtılmayı gerektirmediği, hatta bu teşhisi almış kişilerin toplum içerisinde rahatça yaşayabildikleri bilinmektedir. Dolayısıyla bu kişiler için gereğinden fazla bir yalıtma uygulandığı söylenebilir.

Kayıtlar: Kurumda herhangi bir bilgisayar kaydı tutulmamaktadır. Kişilerin dosyalarına sosyodemografik bilgileri, sosyal inceleme raporu, sağlık kurulu raporu ve varsa psikolog ya da sosyal hizmet uzmanının görüşme notları kaydedilmekte, maaş hesap cüzdanı, kimlik, vesikalık fotoğraf gibi evrakları konulmaktadır. Her kişinin bir de tıbbi dosyası bulunmaktadır. Bu dosyada ise kişilerin tıbbi tedavilerine ilişkin sınırlı bilgiler yer almaktadır. Ölüm kayıtları, kuruma giriş ve çıkışların kaydedildiği kütük defterine işlenmektedir.

Kurumda psikolog ve sosyal hizmet uzmanı görüşme notları dışında yazılı kayıtların oldukça yetersiz olduğu gözlemlenmiştir.

Kurumda kalanların büyük bir kısmının engellilik, emeklilik ya da yaşlılık maaşları bulunmaktadır. Maaşlar kurum yönetiminin kontrolü altındadır. Kurumda kalan her kişinin ayrı bir hesabının olduğu, aylık maaşlarından asgari ücret tutarında paranın muhafaza edilip, varsa geri kalan tutarın vadeli hesaplarına aktarıldığı, maaşın kurumda saklanan kısmından ise kişiye harçlık verildiği ifade edilmiştir. Maaşlar kurum yöneticilerinin odasında güvenli bir şekilde kişiye özel zarflar içinde muhafaza edilmektedir. Kurumda kalan kişiler, ihtiyaç duyduklarında, yönetimin onayıyla paralarına erişebilmektedir.

Gece Nöbetleri

Geceleri kurumda bir güvenlikçi ve her bölümde bir bakıcı personel kalmaktadır. Bu saatlerde hastaların tüm gereksinimleri hizmetliler tarafından karşılanmaktadır.

Saray Rehabilitasyon Merkezi

Can ve Mal Güvenliği

Genel olarak kurumdaki güvenlik önlemlerinin yeterli olduğu görülmüştür. Ancak özellikle sağlık personeliyle yapılan görüşmelerde sık sık düşme ve saldırıdan kaynaklanan yaralanmalarla karşılaşıldığı tespit edilmiştir. Bunun Saray Rehabilitasyon Merkezi'nin çok büyük bir kurum olması ve kurumda kalan kişi sayısının kapasitenin üzerinde olmasından

ve çalışanların görev dağılımının farklı düşünülmüş olmasından ötürü kurumda kalanlarla birebir ilgilenme olanağının yaratılamamasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Gece Nöbetleri

Geceleri kurumda bir hekim, güvenlikçiler ile her bölümde bakıcı personel kalmaktadır. Yalnızca bir uzmanın olması nedeniyle serviste uzman nöbetçi olmadığını bildirmiştir. Çalışanlarla yapılan görüşmede geceleri özellikle psikiyatrik teşhis almış kişilerin kendilerine zarar vermesi ve kavgaların sıkça yaşandığını söylemişlerdir. Geceleri kurum sakinlerinin yalnızca hizmetlilerin denetiminde bırakılması çocukların sağlığı ve güvenliği bakımından olumsuz bir durum olarak tespit edilmiştir. Geceleri en sık yaşanan sıkıntılar, epilepsi nöbetleri, ajitasyon ve tuvalete kalkan kişilerin düşmelerinden kaynaklanan yaralanmalar olarak ifade edilmiştir.

Çocukların kurumdan kaçma olaylarının zaman zaman yaşandığı belirtilmiştir. Kaçan çocukların cinsel taciz ve tecavüze uğradıkları, bu tecavüz olaylarının sonucu bazen kadınların hamile kaldıkları ve doğum yaptıkları da dile getirilmiştir. Reviri ziyaret sırasında tecavüz sonucu hamile kalan bir zihinsel engellinin hem zihinsel hem de bedensel engelli bebeği gösterilmiştir.

Ziyaret sırasında bir bakıcının engelli çocuklara çok yüksek sesle bağırdığı, sözel şiddet uyguladığı duyulmuş, ancak bölüm sorumlusunun bu duruma hiçbir tepki vermediği, olağan karşıladığı görülmüştür. Bu da engelliler yönelik sözel şiddetin rutin uygulama olduğunu düşündürmektedir.



80. Yıl Bakırköy Özürlüler Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi

Can ve Mal Güvenliği

Kurum sakinlerinin genel tıbbi muayene ve tedavilerinin devlet hastanelerine götürülerek yapıldığı, psikiyatrik tedavi konusunda Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ile sıkı bir işbirliği içinde olduk-

ları ifade edilmiştir. Genelde antipsikotik ve antiepileptik ilaçlar kullanılmaktadır. Kurumda çalışan sağlık görevlileri, ajitasyon durumlarında, gerçek nedeni yeterince araştırılmadan antipsikotik ilaçlara başvurulabildiğini ifade etmiştir. Merkezde gece araç bulunmamasından dolayı acil tıbbi müdahale gerektiren kimi durumlarda taksiyle hastaneye gidildiği belirtilmiştir. Merkezin mevcut aracı belediyeye aittir ve ihale usulüyle kiralanmıştır.

Bazen kurumda kapalı kalmaktan dolayı kişilerin hastaneye gitmeyi gezme fırsatı olarak algıladıkları ve dışarıya çıkabilmek için “çivi yuttum” gibi yalanlara başvurduğu ifade edilmiştir.

Tedavi için genel hastanelere götürülen zihinsel engelli kişilerin doktorların ayrımcılığıyla karşılaştıkları, bu yüzden tedavilerinin gerektiği gibi yürütülmediği, zaman zaman defalarca hastaneye gitmek zorunda kalındığı belirtilmiştir.

En sık rastlanan genel tıbbi problemler: Kurum yönetimi çok sık sağlık sorunları yaşandığını “hastanelerden başımızı kaldıramıyoruz” ifadesiyle belirtmiştir. Kurumda kalan kişilerin en sık yaşadığı sağlık sorunları olarak sürekli yatmaktan kaynaklanan yaralar, kan dolaşımı sorunları, ortopedik problemler ve akciğer sorunları belirtilmiştir. Bunun dışında bedensel engelli kişilerde protein eksikliğinden kaynaklanan kapanmayan yaralar olduğu ifade edilmiştir.

Tecrit ve tespit: Kurumda tecrit ve tespit odası bulunmamaktadır. Kurum yönetimi, başkalarına yönelik şiddet ya da sigara içme gibi istenmeyen davranışları tecrit ve tespit yerine cezalandırma-ödüllendirme gibi davranışçı yöntemlerle önlediklerini ifade etmektedir. Kurumda kalan kişilerin birbirlerine yönelik şiddetin ise “aktif” diye tanımlanan kişilerin diğer “aktif” kişilerin odasından uzaktaki odalarda “pasif”lerle birlikte kalmasıyla engellenmeye çalışıldığı belirtilmiştir.

Kurumun konumunun can ve mal güvenliği açısından riskli olduğu çalışanlar tarafından sık sık dile getirilmiştir. Kurumun konumunun çevre yolunun ve hızlı tramvay hattının kenarında oluşu can güvenliğini tehdit eden bir unsurdur. Dolayısıyla bahçenin kullanımı kısıtlanmak zorunda kalmıştır. Kurumda kalan kişilerin özel eşyalarını koyabildikleri gardıroplar bulunmakta, ancak bunlar kilitlenememektedir; sadece komodinlerin ilk çekmeceleri kilitlenebilmektedir.

Gece Nöbetleri

Gece nöbetlerinde saat 11’den sonra bir temizlik-bakım görevlisi ile nöbetçi amirinin kaldığı belirtilmiştir. Bu saatlerde çocukların tüm gereksinimleri hizmetliler tarafından karşılanmaktadır.

Kurumda kalanların dosyalarına kuruma kabul kararıyla ilgili resmi evraklar, aileleriyle ilgili bilgiler, aile hakkında sosyal inceleme raporu ve kişinin birebir maruz kaldığı ya da faili olduğu önemli olaylar kaydedilmiştir. Yaşanan önemli olaylar arasında kurumda kalanların birbirlerine yönelik şiddet ve taciz girişimleri sayılmış; taciz olaylarının ne sıklıkta yaşandığı sorulduğunda yılda 1-2 kez olduğu ifade edilmiştir. Taciz aşırı boyutlardaysa ve tekrar ediyorsa, genelde tacizde bulunan kişinin naklini istedikleri belirtilmiştir. Açıldığı günden bu yana, kurumda 4 yıl içerisinde 6 ölümün gerçekleştiği bildirilmiştir. Bu kişilerin 3’ünün kas hastalığı, 1’inin bağırsak kanseri, 2’sinin solunum yetmezliği nedeniyle öldüğü belirtilmiştir. Ölen kişilerin yaşları 21 ile 50 arasındadır. Ölümlerin yıllara göre dağılımı 2005 yılında 1, 2006 yılında 3, 2007 yılında 1, 2008 yılında 1 ölüm şeklindedir.

Bakım ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Gerçekleşen Ölümler

Kurum yönetimlerinden alınan bilgilere göre kurumlarda gerçekleşen ölümlerin sayısı aşağıdaki tabloda özetlenmiştir:

Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi	Ortalama ölüm sayısı		
	2005	2006	2007
Manisa Soma	Ayda ortalama 1 ölüm		
Adıyaman	2004 yılından bu yana toplam 1 ölüm		
Adana Rotary Yedipınar	Yatılı bir kurum değildir.		
Samsun Havza	6	8	8
Bakırköy	1	3	1
Ankara Saray	14	5	5

En sık rastlanan ölüm sebepleri arasında kalp krizleri, solunum yetersizliği ve kuruma ilk kabulde kuruma adapte olamayan özellikle küçük yaşta çocuklarda gerçekleşen erken ölümler sayılmıştır. Bazı kurumlarda ölümlere ilişkin kayıtların yeterince detaylı tutulmadığı, bazı durumlarda ölüm sebeplerinin kaydedilmediği, hatta bazı ölümlerin kayıtlara geçirilmediği görülmüştür.

4. Hareket serbestliği

Soma Rehabilitasyon Merkezi

Kurumda ağır ve orta zihinsel engellilerin tutulduğu katlarda demir parmaklıkları kapılar bulunduğu ve kapıların sürekli kilitli tutulduğu görülmüştür. Hafif zihinsel engellilerin bulunduğu katta giriş kapısının kilitlenmediği ve burada kalan engellilerin uyku dışındaki zamanlarını kendi katlarındaki ortak alanlarda veya kurumun girişindeki lobide geçirdikleri, bahçeye çıkabildikleri görülmüştür. Ağır ve orta zihinsel engellilerin tüm zamanlarını kendi katlarındaki ortak salonda televizyon izleyerek geçirdiği görülmüş,

zaman zaman gruplar halinde bahçeye çıkarıldıkları ve günde bir saat spor salonuna götürülerek spor yaptırıldığı belirtilmiştir. Bahçede ekten bir alan ve küçük bir hayvanat bahçesi bulunmaktadır. Bazı kurum sakinleri buradaki çalışmalara katılmaktadır.



Adıyaman 80. Yıl Zihinsel Engelliler Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Kurumun “kış bahçesi” olarak isimlendirdiği ve binanın ortasında yer alan üstü camla kapatılmış çok aydınlık ve ferah bir ortak alan olduğu görülmüştür. Yerler yeşil halı türü malzemeye kaplanmış ve içinde çocuk bahçelerindeki gibi oyuncakların bulunduğu bu alan, çocukların kolayca ulaşabildikleri, kendilerine zarar vermeden, rahatça koşup oynayabildikleri, bol ışıklı bir bahçedir. Bütün çocukların bu alandan yararlanabildiği belirtilmiştir.

Dış Bahçe: Ayrıca dış bahçe ve bu bahçede bir adet de sera bulunmaktadır. 150 m² büyüklüğündeki sera da sebze yetiştirilmektedir. Dış bahçe henüz düzenlenmemiş olmakla birlikte ağaçlandırma ve düzenleme çalışmalarına başlanmıştır. Kurum yönetimi buraya engelli çocuklara özgü bir oyun parkı yapmayı hedeflediklerini belirtmiştir. Sera çalışmalarına ve dış bahçeye 15-16 çocuğun çıkarıldığı ifade edilmiştir.



Adana Rotary Yedipınar Engelli Çocuklar Rehabilitasyon Merkezi

Merkezden faydalanan kayıtlı engelli bireylerin sabah 9:30'da merkeze geldikleri, 45 dakika beden eğitimine katıldıkları, daha sonra öğle yemeğine kadar engel derecelerine ve yaşlarına göre gruplandırılarak sınıflara geçtikleri; sınıflarda yaklaşık 1 saat çocuk gelişim uzmanları eşliğinde boyama, yırtma, yapıştırma, kolaj, kil, eliş gibi faaliyetlerde bulundukları; 13:00 civarı biten öğle yemeğinden sonra da fizyoterapistin gruplar halinde çocuklarla çalıştığı, fizyoterapi seansını bekleyen çocukların ödevlerini yaptıkları, eliş, özbakım, sohbet ve oyun gibi faaliyetlerde bulundukları ve saat 15'te evlerine gitmek üzere servislerine bindikleri ifade edilmiştir.

Merkezden yararlanan tüm engelli bireyler bahçeyi ve iç mekânları tüm gün istedikleri gibi kullanma, rahatça dolaşma ve hareket etme imkanına sahiptir. Merkezin mimari yapısı engelli bireylerin her yere erişimi için çok elverişlidir. Örneğin parkta ortopedik engelli çocukların tekerlekli sandalyeleriyle sallanabilecekleri 3 adet salıncak, kaydırak, trambolin, iki sabit nokta arasına gerilen halatla oluşturulmuş teleferik benzeri oyun araçları bulunmaktadır.



Havza Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi

Kurumda kalanlar ortak alanları ve bahçeyi istedikleri zaman kullanabilmektedir. Özellikle akülü tekerlekli sandalyeleri olan kişilerin rahatça kurumun tamamını gezebildikleri görülmüştür. Bazı kişilerin akülü tekerlekli sandalye alacak maddi imkânı bulunmadığından, hareket imkânları kısıtlıdır. Bazı ağır engelli kişiler de yataklarından çıkamamaktadır. Kurumda fizyoterapist kadrosu boş durduğundan ve fizyoterapi imkânı bulunmadığından, yataklarına bağımlı olan kişilerin

mevcut koşullarda fiziksel yetilerinin gelişme imkânı da bulunmamaktadır.



Saray Rehabilitasyon Merkezi

Kurumda kalan ağır engelli kişilerin genel olarak bahçeye çıkamadıkları ve tüm zamanlarını kapalı ortak yaşam alanında geçirdikleri, ancak yazın güzel havalarda haftada iki gün yarımşar saat bahçeye çıkarıldıkları belirtilmiştir. Kurumun ağır engellilerin tutulduğu tüm bölümlerinin ortak sorunu, engelli çocukların açık hava ve egzersiz olanağından yoksun bırakılmalarıdır. Havasız, ağır ve kötü kokulu, kapalı mekânlarda tutulan çocukların büyük çoğunluğunun, açık hava, oyun, sosyal ilişki haklarından mahrum bırakılmakta, engellilikleriyle ilgili tedavi ve eğitim hakkında yeterince yararlandırılmamakta oldukları görülmüştür.



Orta düzeyde engeli olan bireylerin her gün bir iki saat bahçeye çıkarıldığı, haftanın belli günleri spor salonuna götürüldüğü belirtilmiştir.

Hafif engelliler bahçeye serbestçe çıkabilmekte, bir kısmı atölyelere devam etmekte, spor salonuna gidebilmektedir. Bir kısım hafif engelli çocuk okula devam etmekte, birkaç çocuk da çalışmaktadır.

80. Yıl Bakırköy Özürlüler Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi

Kurumda odaların, ortak alanların ve bahçenin kapısı

açık tutulmakta, kurumda kalanlar istediklerinde bahçeye çıkabilmektedir. Bahçede banklar ve tahta masalar mevcuttur ve bunun dışında sportif faaliyet ya da rehabilitasyon-yona yönelik başka etkinlikler için düzenlenmiş herhangi bir alan bulunmamaktadır.



5. İletişim koşulları

Soma Rehabilitasyon Merkezi

Kurumda kalanların her zaman ziyaret edilebilme ya da telefonla aranabilme olanağı sağlanmasına rağmen, her ay gelip giden aile sayısının 10'u geçmediğini belirtilmiştir.

Adıyaman 80. Yıl Zihinsel Engelliler Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Kurumda kalanların her zaman ziyaret edilebilme ya da telefonla aranabilme olanağının bulunduğu, ancak çoğunun ailesinin çok yoksul oluşu ya da anne babanın ayrılmış, ailelerin parçalanmış olmasından ötürü, kuruma gelen ziyaretçi sayısının çok az olduğu belirtilmiştir. Kurum yöneticisi ziyaret edilen çocuk sayısının 3-5'i geçmediğini, ziyaretlerin de altı ayda bir yapıldığını belirtmektedir. Çocuklarını 3-4 ayda bir arayan yalnızca 3-5 aile olduğu söylenmiştir.

Adana Rotary Yedipınar Engelli Çocuklar Rehabilitasyon Merkezi

Gündüz bakım ve rehabilitasyon merkezi olarak hizmet veren kuruma aileler de çocuklarıyla beraber gelebildikleri, hatta yardım alabildiklerinden ziyaret sorunu yoktur.

Havza Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi

Kurumda kalanlar her zaman ziyaret edilebilmekte ya da telefonla aranabilmektedir. Ancak kurumda kalanların çoğunun ailesinin olmayışı, diğer ailelerin de ilgilenmeyişienden ötürü, kuruma gelen ziyaretçi sayısı çok azdır. Zihinsel engelli kişilerin yaşlılara göre daha az ziyaret edildiği, arandığı ifade edilmiştir. Zihinsel engellilerin bir kısmının ancak 3-4 ayda bir ziyaretçisinin geldiği belirtilmiştir.

Saray Rehabilitasyon Merkezi:

Kurumda kalan çocuklardan ağır zihinsel engelli olanların ziyaretçilerinin genellikle olmadığı belirtilmiştir. Orta ve hafif düzeyde zihinsel engelli çocuklardan

%10-20'sinin ziyaret edildiği, çok az sayıda çocuğun yaz aylarında ailelerinin yanına izne gittiği belirtilmiştir.

Ziyaretçi sayısının bu kadar az olmasının nedenleri olarak ailelerin yoksulluğu, cahillik, suçluluk duygusu, kurumun ailelerin yaşadığı illere uzaklığı gibi nedenler sayılmıştır.

80. Yıl Bakırköy Özürlüler Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi

Kurumda kalanlar her zaman ziyaret edilebilme ya da telefonla aranabilme olanağına sahiptir. Kurum yönetimi 5-6 kişi hariç hepsinin ailesinin ziyarete geldiğini, ziyaretlerin genelde Cumartesi-Pazar günleri olduğunu ifade etmiştir.

6. Tedavi

Soma Rehabilitasyon Merkezi

Tedavi: Kurumda kalanlara Soma Devlet Hastanesi'nde görevli psikiyatrist ve nörolog tarafından düzenlenen ilaç tedavileri uygulanmakta ve en sık kullanılan ilaçlar arasında antipsikotik ilaçlar ve antidepressanlar yer almaktadır. İlaç tedavilerinin takibini kurumda görevli hemşire yapmaktadır.

Fizyoterapi: Kurumda herhangi bir fizyoterapi programı uygulanmamaktadır. Zihinsel engelliler ile yatan yaşlı hastaların acil fizyoterapi gereksinimleri aktarılmış, fizyoterapist yokluğundan hastaların engellilik oranlarının artabildiği, yaşam kalitelerinin düştüğü, hatta yaşlı hastaların yaşam sürelerinin kısaldığı belirtilmiştir.

Tecrit ve tespit: Orta ve ağır engelli bölümlerinde hemen hemen her gün bu uygulamalara ihtiyaç duyulduğu belirtilmiş; bunu gerektiren durumlar arasında saldırganlık ve ilacını almayı reddetme sayılmıştır.



Tespit kayıtları incelendiğinde, öncelikle diğer kayıtlar gibi tespit kayıtlarının da düzensizliği dikkati çekmiştir. Kayıtlara göre aylık ortalama tespit uygulama-

ması 8-10 adettir. "Korumalı Oda" olarak adlandırılan tespit odasında kalma süresi 1-3 gün arasında olduğu, istisnai bazı vakalarda 6 güne kadar çıktığı görülmüştür. Tespit uygulamasında hastanın 15 dakikalık aralarla kontrol edildiği kaydedilmiştir, ancak kayıtların gerçeğe uygunluğuna ilişkin bir denetim mekanizması sunulmamıştır. Özellikle geceleri tespite karar verenin, uygulayan ve kontrol edenin de hizmetliler olduğu belirtilmiştir. Tespit uygulamasına karar verme ve kontrol mekanizmasının uzman olmayan kişilerce yürütülmesi, hasta hakları ihlalleri konusunda kaygı uyandırmıştır.

Tespit odasının odanın penceresi bulunmayan, içinde bir yatak ve tuvaletin bulunduğu doğal ışıktan yoksun bir oda olduğu, duvarlarının yumuşak malzemeye kaplı olduğu görülmüştür. Hastanın yatağa bağlandığı kelepçe, kayış gibi malzemeler gösterilmiş ve bunların yenilendiği belirtilmiştir.

İlaçlarını almayan kişilere yönelik bir diğer ceza uygulaması da daha ağır engellilerin bulunduğu bir alt kata indirmedir.

Adıyaman 80. Yıl Zihinsel Engelliler Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

İlaç tedavisi: Kurumda kalan çocuklardan 12'sine psikiyatr ve nörolog tarafından düzenlenen ilaç tedavileri uygulanmaktadır. En sık kullanılan psikiyatrik ilaçlar Seroquel, Risperdal tablet ve süspansiyon, Largactil ve Akineton'dur. Çocukların psikiyatrik muayene ve kontrol için, iki ayda bir Adıyaman Devlet Hastanesi'ne götürüldüğü; mental retardasyonu olan çocukların kontrollerinin altı ayda bir yapıldığı belirtilmiştir. İlaç tedavilerinin takibini kurumda görevli hemşire yapmaktadır.

Kurumda kalan çocuklardan beşinin zihinsel engelli olmadıkları halde Gaziantep'te bağlı oldukları kurum yetkililerince "zihinsel engelli raporu" alınarak Adıyaman'a gönderildiği, ancak gelen çocuklar izlendiğinde çocukların zihinsel engelli olmadıkları görüldüğünden Devlet Hastanesine kontrole gönderildikleri ve burada uzman hekimlerce yapılan değerlendirmede çocukların zihinsel engelli olmadıklarının belirlendiği söylenmiştir. Söz konusu sağlıklı çocukların hala zihinsel engelli çocukların yanında tutulduğu ve bu durumun çocukların fiziksel, zihinsel ve psikolojik gelişimlerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir.

Fizyoterapi: Kurumda herhangi bir fizyoterapi programı uygulanmamaktadır. Bir fizyoterapi salonu ve araç gerecin bulunmasına rağmen, fizyoterapistin olmaması nedeniyle salonun ve malzemelerin kullanılamadığı, çocukların bu gereksinimlerinin karşılanamadığı görülmüştür. Fizyoterapist gereksiniminin acil olduğu dile getirilmiştir.

Tecrit ve tespit: Kurumda tecrit ve tespit odası bulunmamaktadır. Orta ve ağır engelli bölümlerinde hemen hemen her gün böyle bir uygulamaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir. Tecrit ve tespiti ihtiyaç duyulan durumlar arasında saldırganlık ve ilacını almayı reddetme sayılmaktadır. Kurum hemşiresi, çoğu zaman çocuklarla konuşarak ya da ödül-ceza yöntemi ile tecrit ya da tespiti gerek duymadan sorunu çözebildiklerini belirtmiştir. Çözemedikleri durumlarda 1-2 gün ya da 1 gece boyunca tecrit uygulamasına başvurdukları belirtilmiştir. Kurum hemşiresi, en ağır engelli çocukların bile kendileriyle yeterince ilgilenildiğinde saldırganlıklarının geçtiğini, onlarla iletişim kurulabildiğini belirtmiştir.

Adana Rotary Yedipınar Engelli Çocuklar Rehabilitasyon Merkezi

Faaliyet salonu olarak nitelendirilen ve masa, sandalye ve oyuncakların olduğu salonlar bulunmaktadır. Burada oyun oynanmakta, kitap okunmakta ve resim yapılmaktadır.

Ağır zihinsel engelli çocukların oyun oynayabildiği yumuşak malzemelerden oluşturulmuş bir özel oyun odası yapılmıştır.

Merkezde var olan etkinliklere ek olarak, mesleki eğitim amacıyla galoş üretimi yapılması planlanmaktadır. Ayrıca merkezin hazırladığı bir proje Ulusal Ajans tarafından Leonardo Da Vinci projeleri kapsamında desteklenmek üzere seçilmiştir ve proje kapsamında kurumda çalışanların bir kısmı, yerinde incelemelerde bulunmak amacıyla Hollanda ve İngiltere'yi ziyaret edeceklerdir.

Bu merkezde tecrit ve tespit uygulanmamaktadır. Merkezden faydalanan çocukların ilaç tedavileri ise başka kurumlar tarafından yürütülmektedir.

Havza Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi:

Tedavi: Kurumda kalanların tedavileri kurumda görevli bir doktor bulunmadığından, hemşire tarafından düzenlenmektedir. Kişiler ancak çok gerekli durumlarda tıbbi tedavi için Havza ve Samsun Devlet Hastaneleri'ne götürülmektedir. Ancak mevcut aracın durumu ve şoför kadrosunun olmayışı hastaneye sevkleri zorlaştırmaktadır. En sık kullanılan ilaçlar arasında antipsikotik ilaçlar ve antidepresanlar yer almaktadır. İlaç tedavilerinin takibini kurumda görevli hemşirenin yapıyor oluşu ve psikiyatristle çok uzun aralıklarda görüşülmesi tedavilerin uygulanma biçiminin doğruluğu konusunda şüphe uyandırmaktadır.

Fizyoterapi: Kurumda bir fizyoterapi salonu ve araç gereç olmasına rağmen, herhangi bir fizyoterapi programı uygulanmamaktadır. Acil gereksinimlerden birinin fizyoterapi olduğu dile getirilmiştir. Zihinsel

engelliler ile yatan yaşlı hastaların acil fizyoterapi gereksinimleri gözlemlenmiştir. Fizyoterapist yokluğundan hastaların engellilik oranlarının artabildiği, yaşam kalitelerinin düştüğü, hatta yaşlı hastaların yaşam sürelerinin kıaldığı bilinmektedir.

Tecrit ve tespit: Kurumda Hepatit teşhisi bulunan hastalara dışlayıcı bir biçimde tecrit uygulandığı görülmüştür.

Saray Rehabilitasyon Merkezi

Tedavi ile tecrit ve tespit: Kurumda kalanlar arasında ilaç tedavisi gören kişilerin başında psikiyatrik teşhis almış kişiler gelmektedir. Özellikle şizofreni teşhisi almış kişilerin tedavisinde zorlanıldığı ve ilerleme kaydedilemediği, kurumda bu tür kişiler için yapacak pek bir şey olmadığı ifade edilmiştir. Bu kişilerin teşhisleri hastaneler tarafından verilen heyet raporlarına dayanmaktadır. Devlet hastanelerinde çalışan psikiyatristler tarafından düzenlenen ilaç tedavilerinin takibi kurum doktorları tarafından yapılmaktadır. İlaç dozu ve sıklığı hastanelerdeki psikiyatristler tarafından belirlenmektedir. Kurum içinde çok ajite olanlar olduğunda, acil bir müdahale gerektiği düşünüldüğünde, kurum revirindeki doktorların Nörodol-Akineton-Largactil (NAL) karışımı, kokteyl diye adlandırılan bir karışım uyguladığı; bundan sonra da sakinleşmezlerse, bu kişilerin zorunlu olarak tecrit odasına koyulduğu belirtilmiştir. Diğer yandan ajite olan biri bir yere kapattıklarında, ajitasyonun daha da arttığını gözlemledikleri ifade edilmiştir. Tecrite daha çok epilepsi hastaları söz konusu olduğunda başvurulduğu da bildirilmiştir.

Psikiyatrik teşhis almış kişiler dışında kurumda kalanlar arasında epilepsi, kanser, diyabet gibi hastalıklardan ve başka genel tıbbi rahatsızlıklardan dolayı ilaç tedavisi görenler de bulunmaktadır.

Fizyoterapi: Kurumda 6 fizyoterapist kadrosu (filen 5 fizyoterapist çalışmaktadır), bir fizyoterapi salonu ve araç gereç olmasına rağmen, yalnızca 18 çocuğun fizyoterapiden yararlandığı belirtilmiştir. Kurumda 750 kişinin kaldığı hatırlatılarak neden yalnızca 18 çocuğa fizyoterapi uygulandığı sorulduğunda, "ağır zihinsel engelli bölümünden çocuk getirilmemesi ve çocuklardan geri bildirim alınmaması" gerekçe gösterilmiştir.



Kurumu ziyaret sırasında, çok sayıda küçük çocuğun yürüyemediği, yerlerde süründüğü ya da emeklediği görülmüştür. Fizyoterapistlerle yapılan görüşmede çocukların vücutlarının bükülmesinin engellenmesi, hareket kısıtlılıklarının giderilmesi ve genel sağlıkları bakımından fizyoterapinin önemli olup olmadığı sorulduğunda, yanıt olarak ünitelerdeki bakıcılara nelerin yapılması gerektiğini anlattıklarını, bunun dışında da fizyoterapiye ihtiyaç olmadığını belirtmişlerdir.



Gerek kurum yöneticilerinde, gerek fizyoterapistlerde ve gerekse diğer sorumlu konumdaki çalışanlarda, zihinsel engelli çocukların gelişim ve tedavilerinde fizyoterapinin önemine ilişkin bir hassasiyete rastlanmamıştır. Oysa kurumda çok sayıda hareket kısıtlılığı yaşayan zihinsel engelli ve genç çocuk mevcuttur. Özellikle çok küçük yaşlardaki ağır zihinsel engelli çocukların vücutlarının, kol ve bacaklarının büküldüğü, bu bükülmelerin zaman içinde arttığı ve bunu engellemek için çocukların bazılarının bağlandığı kurum çalışanlarınca söylenmiş, ayrıca tarafımızdan da görülmüştür.

Fizyoterapistlerle yapılan görüşmelerde, 5 fizyoterapistten üç tanesinin kendi istekleriyle ve kurum yönetiminin oluruyla gece nöbetine alındıkları; oysa geceleri kurum sakinleri uyuduğu için, fizyoterapiste gereksinim olmadığı belirtilmiştir. Fizyoterapistlerin nöbetçi olmayı istemelerinin nedeninin daha fazla izinden yararlanmak olduğu bildirilmiştir.

Yapılan görüşmelerde, diğer uzman personelde gözlemlendiği üzere, genel olarak bıkkınlık, boş vermişlik, tükenmişlik ve umutsuzluk içinde oldukları gözlenmiştir. Nedenleri sorulduğunda aşağıdaki yanıtlar verilmiştir:

- Kendimizi yalıtılmış hissediyoruz.
- 16-18 yıldır buradayız ve artık yorulduk, farklı alanlarda çalışmak istiyoruz
- Yönetimde söz hakkımız yok, atamalar ve kararlar bizim görüşümüz sorulmadan tümüyle siyasi kaygılarla alınıyor. Uzmanların görüşüne değer verilmiyor ve alınan kararlar bilimsellikten uzak. Bilime aykırı kararlara uymaya zorlanıyoruz, bu da bizim

motivasyonumuzu düşürüyor.

- Çalıştığımız yerde internet bağlantısı bile yok, kendimizi geliştiremiyoruz, dünyada bu alandaki gelişmeleri bilmek istiyoruz.
- Çalıştığımız kurum bizleri mesleğimizle ilgili seminerlere, ulusal ve uluslararası kongrelere göndermeli. Bu hem bilgimizi hem de motivasyonumuzu artırır.
- Bizlerin de yükseltilmeye ihtiyacı var. Yıllarca aynı konumda olmak ve hiç yükseltilmeyeceğini bilmek çok umut kırıcı bir şey.
- Ayrıca fizyoterapi, fiziksel güç gerektiren bir iş. Bunun için yeni genç kadrolar alınmalı, bizler artık onların hocası konumunda olmalıyız.
- Fizyoterapistler ve diğer meslek uzmanları kendi uzmanlık alanında çalıştırılmalı.

Kurumda fizyoterapi salonu, yeterli araç gereç ve fizyoterapiye gereksinimi olan çok sayıda engelli bulunmasına karşın, yalnızca yılda 18 çocuğun yardım alması, bir an önce giderilmesi gereken acil bir sorun olarak görülmüştür.

80. Yıl Bakırköy Özürlüler Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi

Kurum kendi bünyesinde sağladığı hizmetlerin yanı sıra, Esenler ilçesinde evde bakım başvurularının incelemesinden sorumlu kurum tayin edilmiştir. Kurumda çalışan uzmanlar evde bakım ücreti için başvuran ailelerin evlerine inceleme ziyaretleri yapmaya başladıktan sonra; kurumda sağlanan tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerin ciddi biçimde aksadığı, uzmanların haftada 2-3 günü evde bakım incelemelerine ayırdığı belirtilmiştir. Kurumda sağlanan hizmetler sorulduğunda, en önemli hizmetin hastanelerden sağlanan tıbbi tedaviler ve fizik tedavi olduğu belirtildi.

İlaç tedavisi: Kurumda kalan çocuklardan 30'una Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ndeki psikiyatr ve nörologlar tarafından düzenlenen ilaç tedavileri uygulanmaktadır. En sık kullanılan ilaçlar ise antipsikotik ve antiepileptik ilaçlardır.



Fizyoterapi: Kurumda haftanın dört günü bir fizyoterapist görev yapmakta, ancak herhangi düzenli ve sistematik bir fizyoterapi programı uygulanmamaktadır. Düzenli bir program uygulamak yerine, isteyenlerin fizyoterapi salonuna gelip serbest bir şekilde güzel vakit geçirdikleri ve deşarj olabildikleri ifade edilmiştir. Kurumda kalan kişilerin kaçının fizyoterapi faaliyetinden düzenli yararlanabildiği sorulduğunda 35 kişiden 4'ünün düzenli olarak her gün 45 dakika-1 saat boyunca fizyoterapi gördüğü, bunların 3'ünün bedensel 1'inin zihinsel engelli olduğu ifade edilmiştir. Yatağa bağımlı olan 2 kişinin de hemen her gün fizyoterapi gördüğü belirtilmiştir. (Kurum yönetimi yatağa bağımlı 1 kişi olduğunu ifade etmiş, fizyoterapist ise bu durumdaki 2 kişiden söz etmiştir.) Neden bu kadar az sayıda kişinin fizyoterapiden faydalanabildiği sorulduğunda, zihinsel engelli kişilerin ileri yaşlarda kuruma geldiği, onlardan herhangi bir geribildirim alınamadığı için pek bir şey yapılamadığı, ayrıca fizyoterapi sırasında solunum problemleriyle sık karşılaşıldığı ifade edilmiştir. Fizyoterapi salonunun her zaman açık olduğu, fizyoterapist olmasa da kurumda kalanların boş vakitlerini burada geçirebildikleri belirtilmiştir.



Eskiden kurumda temizlik personeli kadrosunda çalışan bir spor öğretmeninin görevli olduğu, 9-10 kişiyi Bahçelievler Özürlüler Spor Kompleksi'ne götürerek haftada bir düzenli bir spor faaliyeti yürüttüğü, bu faaliyetin katılanlara çok iyi geldiği, ancak bu kişinin daha avantajlı bir iş bulduğu için kurumda çalışmayı bıraktığı belirtilmiştir. Kurumda kadrolu bir spor öğretmenin olması gerektiği ifade edilmiştir.

Tecrit ve tespit: Kurumda tecrit ve tespit odası

bulunmamaktadır. Kurum yönetimi, başkalarına yönelik şiddet ya da sigara içme gibi istenmeyen davranışları tecrit ve tespit yerine cezalandırma-ödüllendirme gibi davranışçı yöntemlerle önlediklerini ifade etmiştir. Kurumda kalan kişilerin birbirlerine yönelik şiddetininse "aktif" diye tanımlanan kişilerin diğer "aktif" kişilerin odasından uzaktaki odalarda "pasif"lerle birlikte kalmasıyla engellenmeye çalışıldığı belirtilmiştir.

7. Rehabilitasyon

Soma Rehabilitasyon Merkezi

Kurumda düzenli olarak uygulanan bir rehabilitasyon programı bulunmamaktadır. Kurumda çalışanların bireysel inisiyatifleriyle birtakım çalışmalar başlatılmış; örneğin, kurumun zemin katına bir sosyal hizmet uzmanının girişimiyle spor salonu kurulmuştur. Bahçede kurum yöneticisinin inisiyatifiyle bir sera kurulmuştur ve 6 kurum sakini bu serada çalışmaktadır. Ayrıca bahçede bazı hayvanlar da beslenmektedir. Ağır vakalar dışındaki hastaların gruplar halinde ve gözetimli olarak günde bir saat bahçeye çıkarıldıkları belirtilmiştir. Bunun dışında halk oyunları, tiyatro çalışmalarının da sivil toplum örgütlerinin katkılarıyla gerçekleştirildiği belirtilmiştir. Gönüllü çabalar dahilinde ara sıra ikili-üçlü gruplar halinde dışarıya geziler düzenlendiği belirtilmiştir.

Kurumda ağır engelli gruba yönelik herhangi bir rehabilitasyon ya da sosyal etkinlik gerçekleştirilmemektedir.

Adıyaman 80. Yıl Zihinsel Engelliler Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi

Kurumda ağır engelli gruba yönelik herhangi bir rehabilitasyon ya da sosyal etkinlik gerçekleştirilmemektedir. Hafif ve orta engelli gruba yönelik rehabilitasyon çalışmaları da belirli bir program dahilinde yürütülmektedir. Kurum dışında eğitim ve uygulama hizmetlerinden yararlanan 5 çocuğun gittikleri yerlerde rehabilitasyon hizmetinden yararlandığı belirtilmiştir.

Adana Rotary Yedipınar Engelli Çocuklar Rehabilitasyon Merkezi

Merkez, engelli çocuk, genç ve yetişkinler için bir sosyal yaşam alanı olarak hizmet vermekte. Merkezdten faydalanan engelli bireyler okul sonrası, öncesi ve boş zamanlarında buraya gelmekte, oyun oynamakta, belirli zamanlarda düzenlenen eğlence etkinliklerine ve gezi, sinema, tiyatro, piknik, vb. etkinliklere katılmaktadır. Merkez çok önemli bir ihtiyacı karşılamaktadır. Engelli bireyler ve aileleri merkez sayesinde rahatça vakit geçirme, sosyalleşme ve dayanışma imkânlarına ulaşabilmektedir. Merkeзде grup faaliyetleri (oyun terapisi yöntemiyle

sanatsal çalışmalar ve oyunlar), sosyalleşme çalışmaları (engelli çocukların engelli olmayan çocuklarla kaynaştırmaya yönelik etkinlikler), aile eğitim çalışmaları (tutum, davranış ve engellilik konularında seminerler), sosyal faaliyetler (sinema, tiyatro, gezi, spor) yürütüldüğü ifade edilmektedir. Ancak merkezde spor dışında belirtilen etkinliklerin sistematik ve belirli bir program dahilinde uygulanmadığı izlenimi edinilmiştir.

Merkezde ailelerin de yaşam kalitesini arttırmaya yönelik etkinlikler de düzenlenmektedir. Bu etkinlikler danışmanlık, destek ve eğitim niteliği taşımaktadır. Ailelere verilen eğitimler arasında, bulaşıcı hastalıklar ve hijyen gibi sağlık konuları da yer almaktadır. Daha önce Sağlık Yüksekokulu'ndan öğretim görevlilerinin 3 ay süren bir eğitimleri olmuş. Bu etkinlikler de sistematik ve belirli bir program dahilinde uygulanmamakta, fırsat buldukça yapılmaktadır.

Merkezde edinilen bir diğer önemli izlenim, çalışanların engelli bireylerle tek tek yakından ilgilenmeleri ve bir sevgi atmosferinin varlığı olmuştur.

Havza Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi

Kurumda düzenli olarak uygulanan bir rehabilitasyon programı bulunmamaktadır. Bir dönem kurumda ahşap boyama ve elişli etkinlikleri yapılmış, ancak ziyaret edildiği tarihte bir süredir malzeme alınamadığı için bu etkinliğe ara verildiği ifade edilmiştir. Bir de bir süredir kurumda bilgisayar kursu düzenlenmektedir ve sınırlı sayıda kişi bu kurstan yararlanabilmektedir.

Yukarıda sözü geçen etkinliklerin dışında, kurumda hiçbir düzenli rehabilitasyon ya da terapi faaliyeti yürütülmemektedir. Diğer taraftan, kurumda kalanların dosyaları incelendiğinde, duygusal boşalım ihtiyacından sıkça söz edildiği görülmüştür. Ancak kurumda görevli sosyal hizmet uzmanı ve psikoloğun ne tür bir çalışma yürüttüğü sorulduğunda, sadece problem çıkaran kişilerle görüştükleri belirtilmiştir.

Saray Rehabilitasyon Merkezi

Kurumda fizyoterapi salonu, spor salonu ve bir çok atölye bulunmaktadır. Ancak bu olanaklardan yararlanan kişi sayısı sınırlıdır. Kurumda 749 kişinin kaldığı düşünüldüğünde, rehabilitasyon hizmetlerinden düzenli olarak yararlanan kişi sayısı oldukça düşük olarak değerlendirilebilir. Ünitelere yapılan ziyaretlerde de rehabilitasyon faaliyetlerinin yeterince sistematik ve düzenli bir şekilde yürütülmediği gözlemlenmiştir.



Kurumda bulunan hizmet birimleri:

- Sosyal eğitsel servis
- Halkla ilişkiler birimi
- Çocuk gelişim birimi
- Sosyal hizmet birimi
- Aile danışma birimi
- Psikolojik hizmet birimi
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon birimi
- Özel eğitim birimi
- İş ve meşguliyet atölyeleri
- Tarımsal rehabilitasyon birimi
- Spor etkinlikleri birimi
- Bağımsız yaşama geçiş birimi
- Bağımsız yaşam ünitesi
- Tiyatro birimi
- Müzik birimi

Başlıca iş ve meşguliyet atölyeleri ve atölyelerden yararlanan kişi sayısı:

Resim atölyesi: 10 kişi
Galoş atölyesi: 2 kişi
Kilim atölyesi: 6 kişi
Oyuncak atölyesi: 8 kişi
Ağaç işleri ve serigrafi atölyesi: 3 kişi
Batik atölyesi: 11 kişi
Seramik atölyesi: 5 kişi
Dikiş-nakış atölyesi: 36 kişi
Triko atölyesi: 7 kişi
Ahşap atölyesi: 8 kişi
Kırk yama atölyesi: 13 kişi
El sanatları atölyesi: 72 kişi

80. Yıl Bakırköy Özürlüler Bakım, Rehabilitasyon ve Aile Danışma Merkezi

Kurumda ağır engelli gruba yönelik herhangi bir rehabilitasyon faaliyeti gerçekleştirilmemekte; hafif ve orta engelli gruba yönelik rehabilitasyon çalışmaları da belirli bir program dahilinde yürütülmemektedir.

Kurumda çalışan çocuk gelişim uzmanı, kişinin ihtiyacına göre bireysel çalışma programı çıkararak, el-göz koordinasyonu, bilişsel ve el becerilerini geliştirmeye yönelik faaliyetler ve okuma yazma faaliyeti yürütmektedir. Kavram çalışmaları, sanatsal faaliyetler ve

gönüllü buldukça sportif faaliyetler gerçekleştirmektedir. Bireysel eğitim faaliyetinden yararlanan kişi sayısı sorulduğunda, ortalama 8-9 kişiyle düzenli bir faaliyet yürütülebildiği, bu 8-9 kişinin içinde bulunduğu toplam 15-20 kişiyle de bir şekilde çalışma yapıldığı ifade edilmiştir. Ancak çocuk gelişim uzmanının 8 aydır aynı zamanda evde bakım incelemeleri için görevlendirilmiş olmasından ötürü, kurumda kalanlarla bireysel çalışma yürütemediği ifade edilmiştir.



Rehabilitasyon ve özel eğitime yönelik faaliyetlerin önündeki en büyük engel olarak materyal eksikliği ve bu çalışmalar için düzenlenmiş ayrı bir odanın bulunmaması dile getirilmiştir. Mevcut ödeneklerin ancak kuruluşu ayakta tutmaya yettiği, oyun ve sanat malzemeleri edinebilmek için çalışanların zaman zaman kendi ceplerinden para ödedikleri ya da bağışlara başvurdukları ifade edilmiştir.

Rehabilitasyon ve özel eğitim faaliyetleri için ideal olanın farklı hizmetler için farklı binalar olması gerektiği, kurumda kalanların yatak odaları ile idari ve faaliyet odalarının aynı bina içerisinde olmasının faaliyetlerin düzenli ve disiplinli bir şekilde yürütülmesini engellediği belirtilmiştir.

Sosyal servis, kurumda kalanların ortama uyum sağlaması, aileyle ilişkilerinin sağlıklı yürümesi, sosyal aktiviteler düzenlenmesi, aileye dönüşü sağlama yönünde çalışmak, psikososyal destek sağlamak amacıyla çalışmalar yürütmektedir. Kurumda kalanlar moral bozukluklarını, gündelik ihtiyaçlarını bu birimle paylaşma olanağına sahiptir. Ayrıca sosyal servis çalışanları; odaları, ortak mekânları gezerek sorunları olanları dinlediklerini ve çözüm üretmeye çalıştıklarını ifade etmiştir. Sosyal servis, ailevi durumu uygun olanları evde bakım hizmetine teşvik etmektedir ve bugüne kadar 3 kişi bu şekilde ailesine döndürülmüştür.

8. Bilgiye Erişim ve Aydınlatılmış Onam

Kurumlarda kalan engellilerin kendi haklarına dair herhangi bir bilgilerinin olmadığı, bilgilendirme mekanizmasının bulunmadığı, engellilerin kendi

kaderleri hakkında söz sahibi olmadıkları görülmüştür. Ailelerin de aynı şekilde, engellilerin hakları konusunda bilgisiz olduğu, bu nedenle kurumlar üzerinde olumlu dönüştürücü etki yaratamadıkları gözlenmiştir.

9. Zihinsel Engelli Haklarına İlişkin Uygulamalar

Ziyaret edilen bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde zihinsel engellilerin ya da kurumlarda kalan herhangi başka bir grubun haklarına yönelik çalışanları ya da kurumda kalanları bilgilendirme amaçlı hiçbir çalışmaya rastlanamamıştır.

Kurumlarda kalan engelliler bakımından ulaşılabilir ve etkili bir şikayet mekanizması da bulunmamaktadır.

C- Kurum Çalışanlarının İçinde Bulunduğu Koşullar Çalışma Koşulları

Zihinsel engellilere hizmet veren bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin çoğunda özellikle bakım elemanlarının oldukça ağır bir iş yükü altında çalıştığı gözlemlenmiştir. Bakım elemanlarının dışarıdan hizmet alımı ile sözleşmeli çalışmalarından dolayı özlük hakları ile ilgili pek çok sıkıntı da yaşanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanı, psikolog, özel eğitimci gibi meslek elemanları ise çoğunlukla zihinsel engelli bireylerle birebir vakit geçirmenin yanı sıra idari, bürokratik, vb. pek çok başka işle uğraşmakta, gece nöbetlerine kalmakta, dolayısıyla mesleklerini yeterince icra edememektedir. Gözlemlenen bir diğer sıkıntı da hiyerarşik ve oldukça bürokratik yapıdan dolayı özellikle alt kademedeki çalışanların görüş ve önerilerini kurum yöneticilerine ve SHÇEK yetkililerine yeterince iletemiyor oluşudur. Dolayısıyla, çalışma esnasında birebir yaşanan sıkıntılar planlanan politikalara yeterince yansıyamamaktadır.

Ziyaretler sırasında çalışanlar tarafından sık sık ifade edilen görüş ve öneriler aşağıda özetlenmiştir:

- Kurumlarda yeterli sayıda personel olmaması iş yükünü artırmaktadır. Kurum çalışanlarının önerisi 10 kişilik engelli grubuna en az 1 meslek elemanı, uzman gerektiği; kurumda yeterli sayıda hemşire, özel eğitim uzmanı, doktor, fizyoterapist, psikolog ve diyetisyene ihtiyaç olduğu şeklindedir.
- Bir bakıcıya en fazla dört engelli kişi verilmeli. Fiilen bir bakıcıya 10 kadar engelli kişinin sorumluluğu veriliyor. Bu da bakıcıların kurum sakinleriyle ilgilenmemesine, beslenme ve temizlik koşullarının yetersizliğine, yorulan, yıpranan bakıcıların şiddet eğilimlerinin artmasına, engellilerle ilişki kurmaktan kaçınma gibi sorunlara neden oluyor.
- Bakıcılar sürekli ve yeterli düzeyde eğitimden geçirilmeli, Bakıcılara çocuklarla ilişki kurma ve çocukların

ruhsal, zihinsel ve fiziksel kapasitelerini geliştirme yöntemleri öğretilmeli. Bakıcılar çalıştıkları engelli gruplarının özellikleri, engellilerle ilişki kurma ve sorun çözme yöntemleri konusunda yeterli eğitimler almadıklarından hem kendileri hem de engellilerin sorun yaşamasına neden oluyorlar. Zaman zaman fiziksel saldırılarla karşılaşılıyorlar.

- Uzmanlar, uzmanlık alanları dışında çalıştırıldıklarından asıl işlerini yapamıyorlar.
- Uzmanlar idari işlerle zaman geçirdikleri için çocukların bakım ve gelişimi yalnızca bakıcıların insafına kalıyor
- Fizyoterapistler örneğinde olduğu gibi var olan uzmanlar verimli çalıştırılmıyor.
- Kurumlarda uzman personelin verimli çalışmasını sağlamaya yönelik süpervizyon ve denetim yok.
- Yöneticilerle personel arasındaki diyalog eksikliği giderilmeli, demokratik ve katılımcı yönetim olmalı, çalışanlar karar süreçlerine daha etkin katılabilmeli
- Kurumlarda personel en uç vakalarla çalışıyor ama genel müdürlük ya da idare tarafından personelin fikri sorulmuyor. Çalışanları ve onların tecrübelerini dikkate almaları gerekir.
- İşe alımlarda ve yükseltilmede bilgi ve yetenek değil, ideoloji ve yönetime yakınlık gibi faktörler belirleyici oluyor
- Kurumların şehrin dışında yer alıyor olması engellilerin yanı sıra çalışanların da izolasyonuna neden oluyor.
- Temizlik ve bakıcılık hizmetlerinin ihale ile taşeron firmalardan satın alınması, en düşük maliyetle en niteliksiz elemanların işe alınmasına yol açıyor. Bu durum hizmetlerin kalitesini düşürdüğü gibi çalışanların iş güvencesinden yoksun bırakılmalarına, çok düşük ücretle ağır işlerde çalışmak zorunda kalmalarına yol açıyor. Bu nedene çalışanlarda psikolojik yıpranma çok yoğun yaşanıyor.
- Çalışma saatleri daha esnek olmalı.
- Yapılan işin stresi gözetilerek iş riski zammı verilmeli
- Meslek içi eğitimler düzenli olmalı, uzmanlara da eğitim verilmeli. Örneğin fizyoterapistlere, çocuk gelişimcilerine, psikologlara zihinsel engelli çocuklarla çalışmaya yönelik özel eğitimler verilmeli
- Kreş vs. gibi hizmetlerde, kurum personeline özel kontenjan olmalı.
- Esnek çalışma yapısının olması gerek.
- Kurumların sosyal hizmet uzmanlarının ağır bir iş yükünün olduğu ve ihtiyaçları karşılamak için daha fazla sosyal hizmet uzmanına gereksinim olduğu belirtildi.

Eğitim ve Süpervizyon

Bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışanlar sık sık eğitim ve süpervizyon konusunda ciddi bir eksiklik hissettiklerini, mesleki olarak kendilerini geliştirebilmeleri için düzenli ve ihtiyaçlarını karşılayabilecek

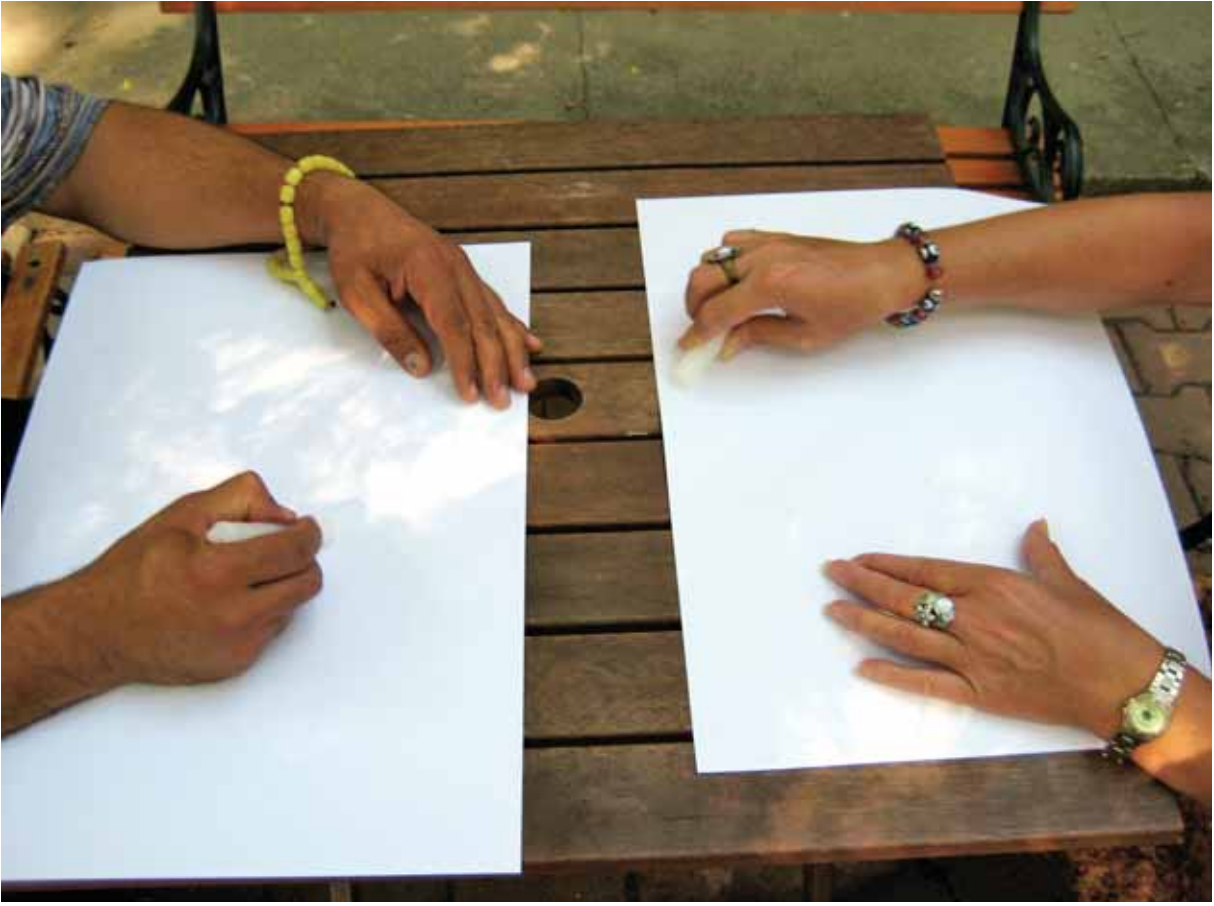
eğitim ve süpervizyon desteğine ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir. Çalışanların mesleki olarak kendilerini geliştirebilmeleri için ifade ettikleri sorun ve öneriler şöyle özetlenebilir:

- Bakıcılar sürekli ve yeterli düzeyde eğitimden geçirilmeli, çocuklarla ilişki kurma, onların ruhsal, zihinsel ve fiziksel kapasitelerini geliştirme yöntemleri öğretilmeli
- Çalışanlara, kendilerini gerçekleştirmek için masrafları karşılanarak, kongre ve sempozyumlara katılma fırsatı verilmeli.
- Kurumda internet bağlantısı ve çalışanların kullanma imkanı olmalı.
- Meslek içi eğitimler düzenli olmalı, uzmanlara da eğitim verilmeli. Örneğin fizyoterapistlere, çocuk gelişimcilerine, psikologlara zihinsel engelli çocuklarla ve yetişkinlerle çalışmaya yönelik özel eğitimler verilmeli

Psikososyal Destek

Bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde çalışan personelin genelinde ciddi bir motivasyon eksikliği ve tükenmişlik gözlemlenmiştir. Bu durum, kurumda kalanlara sunulan hizmetin kalitesini doğrudan etkilemektedir. Çalışanlar motivasyonlarının artması için ihtiyaç duydukları desteği çeşitli şekillerde ifade etmiştir:

- Genel müdürlükte ya da kurumda, personele dönük psikolojik destek modeli olmalı.
- Sosyal etkinliklere kaynak ayrılmalı, programda yer verilmeli; personel bu tür etkinlikleri kendi olanaklarıyla yapmak zorunda kalıyor.
- Hem sakinler hem personel için sosyal tesisler açılabilir.
- Meslek elemanları yıllarca aynı işi yapıyorlar. Yükselme ve yeni eleman yetiştirme imkanı olmayışı tükenmeye yol açıyor.
- Çalışanların ruh sağlığı yıpranmış durumda. Çalışanlara yönelik motivasyonu artırıcı hizmetlerin planlanması çok acil bir ihtiyaç.
- Personelin çoğu çok uzun yıllar bu kurumlarda çalıştığı için bazı sıkıntılar var. Avrupa'da personelin çalışma yerleri, motivasyonu artırmak için belli aralıklarla değiştiriliyor, burada da bu yapılabilir.



TÜRKİYE’DE PSİKİYATRİK TEŞHİS ALMIŞ BİREYLERE YÖNELİK AYRIMCILIK VE SOSYAL DIŞLANMA

Mesut Demirdoğan
Fatma Zengin Dağıdır

Türkiye’de psikiyatrik teşhis almış bireyler ve sorunları marjinal bir alan olarak görülmekte, bu konu kamuoyunun gündemine yıllardır çarpıtılmış gazete haberleri ile gelmektedir. Elinizdeki raporun “Türkiye’de Ruh Sağlığı Alanına Genel Bir Bakış” bölümünde de özetlendiği gibi, ülkemizde psikiyatrik tedavi gören ve bu alanda teşhis almış kişi sayısı net olarak bilinmemekte; sadece şizofreni teşhisi alanların 800.000 kişi olduğu varsayılmaktadır.¹ Diğer psikiyatrik hastalıkları da hesaba katarsak en az 1.500.000 kişinin psikiyatri hizmeti aldığı söylenebilir. Bu kişilerin yakın akrabaları da psikiyatrik rahatsızlıktan fazlasıyla etkilenmektedir ki, bu da yaklaşık 10 milyon kişinin hastalığın getirdiği sorunları doğrudan yaşaması anlamına gelmektedir. Bu hastalıklar, tanı ve tedavi erken dönemde yapılamadığı için çoğu durumda ömür boyu sürebilmektedir.

Kronik ruhsal rahatsızlık tanısıyla tedavi görenlerin ihtiyaçları yaşamın hemen her alanını ilgilendirmektedir. İçe kapanma, sosyal hayattan uzaklaşma, kendine ait bir dünyada, kendine ve başkalarına güvenmeden sürdürülen hayat bireyin ve yakınının yaşam kalitesini önemli oranda düşürmektedir. Hastalıklarını söylemeleri durumunda, kendileri ve aileleri ayrımcılıkla karşılaşmaktadır. Çalışma olanakları yok denecek kadar azdır. Çalışabilecek durumda olanlar içinse maalesef kolaylaştırıcı bir sistem yoktur. Dolayısıyla psikiyatrik teşhis almış bireyler toplumsal yaşama tam olarak katılmadan izole bir yaşam sürmeye mahkûm edilmektedir. Bu durum, ülkemizde ilaç merkezli tedavilerin etkisini önemli ölçüde azaltmaktadır. Oysa dünyada yapılan çalışmalar, toplum temelli programların ve destekleyici rehabilitasyon çalışmalarının bu kişilerin de iş, eğitim ve ekonomik olanaklardan yararlanabilmelerine olanak sağladığını göstermiştir. Türkiye’de bu alanda yaşanan temel sorun bu tür kalıcı ve sürekli bir destek sisteminin olmayışıdır.²

Ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerini açıkça tanımlayan bir yasanın olmayışı da, hizmet veren ve hizmet alanları zor durumda bırakmaktadır. Türkiye ruh sağlığı yasası ve mevzuatı olmayan 40 ülkeden biridir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2001 tarihinde 181 devletten derlediği bilgilere göre, ülkelerin yüzde 77’sinde ruh sağlığı yasası ve mevzuatı bulunmaktadır.³ Yaklaşık iki milyon kişiyi etkileyen ruhsal rahatsızlıklar ve buna bağlı hizmetler kurumlar arası koordinasyon eksikliğinden dolayı tam olarak verilememektedir.

2003’teki 10. Sosyal Psikiyatri Kongresi sonuç bildirgesinde belirtildiği gibi, psikiyatrik hastalıklara yönelik damgalama tüm ülke ve kültürlerde belli ölçülerde bulunmaktadır ve bu olumsuz tutum, hastalıkların seyri ve yeti kaybı üzerinde önemli olumsuz etkilere sahiptir. Toplumun ruhsal bozukluklara yönelik olumsuz tutum ve inançlarının kırılması, damgalama sürecinin ortadan kaldırılması için ruh sağlığı alanında çalışan tüm profesyonellerin, sivil toplum örgütlerinin ve toplumun her kesiminden bireylerin üzerine düşeni yapması gerekmektedir.⁴

Türkiye’de Genel Durum

Psikiyatrik hizmetler ülkemizde uzun yıllar boyunca sadece hastaneler aracılığıyla sağlanmıştır. Temel tedavi yöntemi ilaç tedavisi ve bazı meşgale kurslarıdır. Hastanelere dönüş sıklığı çok fazladır. Barınma sorunu yaşayan hastaların kalabileceği yer olmadığından, hastaneler bakım hizmeti de vermek zorunda kalmıştır. Bu tedavi kurumlarında verilen hizmetlerin kalitesi, damgalama ve ayrımcılığın meslek elemanlarında ve tedavide yarattığı olumsuz

sonuçlar, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sorgulanmaya başlanmış ve 20 yıl önce sosyal yaşama uyumu hedef alan uygulamalar ülkemizde de uygulanmaya başlamıştır. Örneğin 1988’de Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı bir gündüz hastanesi çalışması başlatmış , 2000’li yıllarda bu uygulama diğer büyük ölçekli hastanelerde (Kocaeli Üniversitesi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi gibi) yaygınlaşmaya başlamıştır.⁵ Toplum temelli hizmetlere bir örnek olarak, Elazığ’da hastanede yaşamak zorunda kalan bazı psikiyatri hastalarının korumalı ev projesiyle bağımsız yaşama adım atışından söz edebiliriz. Bolu’da da kurumlar arası işbirliği ile bir ruh sağlığı merkezi kurulmuştur.

Tıp camiasının kendi içinde başlattığı bu tartışma ve adımlara ek olarak, sorunu bizzat yaşayanların kurduğu şizofreni dernekleri de ayrımcılığa karşı mücadelede ve kurum koşullarının iyileşmesi ve toplum temelli hizmetlerin başlamasında çok önemli rol oynamıştır. 1996’da bir grup doktorun öncülüğüyle kurulan ilk dernek olan Şizofreni Dostları Derneği, bugün ağırlıklı olarak teşhis almış kişi ve yakınları tarafından yönetilmektedir. Son beş yıl içinde dernek sayıları hızla artmış, bu dernekler ve onların kurumlarla ilişkilerinin artmasıyla, sosyal destek çalışmaları ve ayrımcılıkla mücadele çalışmaları da artmıştır. Bu dernekler bir taraftan eksikliği hissedilen rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği merkezler olmuş, bir taraftan da üyelerine sosyalleşme, haklarını öğrenme ortamı sağlamıştır. Değişik platformlarda, psikiyatrik tedavi görenlerin sorunları dile getirmiş, basın yayın organlarına konuyla ilgili doğru bilgi vermeye çalışmışlardır.

Ancak aşağıda bazı kaynaklarca belirtildiği gibi damgalama ve ayrımcılık pek çok alanda halen büyük oranlarda devam etmektedir.

Yasal Düzenlemeler

RUSİHAK raporunun birinci bölümünde ayrıntılarıyla verildiği gibi ülkemizde psikiyatrik tedavi gören bireylerin mevcut yasal hakları kısıtlıdır. Ülkemizin de imzaladığı uluslararası yasalar ve sözleşmeler bu konudaki ihtiyacı kısmen karşılamaktadır. Birçok hak sahibi ise yasal haklarının olduğunun farkında olmadığı için, bunlardan yararlanamamaktadır.

Yasaların belirsizliği, kurumlarda var olan hakların bile tam hayata geçirilmeyişi, tedavi hizmeti alanları güvensiz ve kaygılı kılmaktadır. Hasta Hakları Yönetmeliği’ne göre yürütülmesi gereken bilgilendirme faaliyetleri çoğu kez amacına uygun şekilde yapılmamaktadır. Örnek vermek gerekirse, istemsiz hastane yatışlarında hastaneye tedavi amacıyla yatırılan birey, ne kadar süreyle kalacağı, ne

tür tedavi uygulanacağını çoğu zaman bilememekte, ömür boyu hastanede kalacağı hissine kapılmaktadır. Kendi isteğiyle yattığı hastaneden kendi isteğiyle çıkamamakta ya da yatması gerektiği halde ailesi tarafından zorla yatırıldığı, hastaneye terk edildiği durumlara rastlanmaktadır.

Son yıllarda olumlu gelişmeler arasında sayılan yasal düzenlemeler ve araştırmalarda da psikiyatrik teşhis almış kişilerle ilgili dezavantajlar oldukça belirgindir. 2005 yılında çıkan “Özürlüler Kanunu”⁶nda kronik psikiyatrik rahatsızlığı olan bireyler özürlü statüsünde tanınmakta ve bu tanımlamayla tüm özürlü haklarından faydalanabileceği belirtilmektedir. Ruhsal-duygusal özürlü terimiyle adlandırılan psikiyatrik teşhisli kişiler için, hem ruhsal-duygusal hem de özürlü kelimesi yeterince ayrımcılık ve damgalama içermekte; önyargıları desteklemektedir. Özürlüler İdare-si’nin 2002’de yaptığı Türkiye’deki ilk büyük istatistik veri toplama çalışmasında da⁷, psikiyatrik rahatsızlıklar süregelen hastalık bölümü altında diğer bedensel rahatsızlıklarla birlikte verilmiştir (böbrek yetmezliği, diyabet vs.). Bu araştırmadan, bu grubun sayıları ve özellikleri ile ilgili bilgi edinmek çok güçtür.

Özürlü maaşı, evde bakım hizmeti gibi konularda uygulamada pek çok sorunlar yaşanmaktadır. Psikiyatrik teşhis almış kişiler, %80 özürlü belirten sağlık raporları olsa dahi evde bakım ücretinden yararlanamamaktadır. Bu kararı veren uzmanlar, dış görünüşüne bakarak bu bireylerin başkalarına bağımlı olmadan yaşayabileceğine hükmetmektedir. Dolayısıyla durumu raporunda “%80 düzeyinde özürlü” olarak ifade edilen ailelerini bir nebze rahatlatabilecek bu haktan yararlanmak mümkün değildir.

Tüm bunlar, psikiyatri, hukuk, istatistikçi gibi uzmanlar dahil pek çok grubun psikiyatrik teşhis almış kişilerle ilgili bilgi eksikliği ve önyargılarının olduğunu düşündürmektedir. 2004’te Psikiyatri Kongresi’nde sunulan bir çalışmaya göre, araştırmaya katılan psikiyatristlerin %65’i şizofreni teriminin resmi belgelerde (mahkemelere gönderilen uzman raporları gibi) tanı olarak yanlış kullanıldığını düşünmektedir.⁸

Tedavi Ortamlarındaki Ayrımcılık ve Damgalama

Ülkemizde daha çok ilaç tedavisine dayalı ayaktan tedavi veya akut dönemlerde hastane yatışları ile tedavi uygulanmaktadır. Ancak uygulamada, hekimler hastaya yeteri kadar zaman ayırmamakta, hastalığı ve tedavi süreciyle ilgili yeterli bilgi vermemektedir. Genellikle personel eksikliği, çalışma şartları gibi gerekçeler bunun nedeni olarak ifade edilmektedir. Bunların önemli bir payı olsa da, bazı araştırmacıların be-

lirttiği gibi sağlık çalışanlarının hasta ve ailelerine karşı katı tutumları, hastalığa bakış açıları da bu durumu yaratan etkenlerdendir. Örneğin birinci basamak hekimleriyle yapılan bir araştırmada, araştırmaya katılan hekimlerin %63’ü şizofreni hastalarının toplum içerisinde serbest dolaşmaması gerektiğini, %73’ü saldırgan olduğunu, %87,3’ü kendi hayatlarıyla ilgili doğru kararlar alamayacağını düşünmektedir. Aynı araştırmada hekimlerin büyük çoğunluğu, sosyal yaşam içinde (çalışma, komşuluk, evlilik gibi) şizofreni hastalarıyla birlikte olmak istemediklerini belirtmiştir.⁹

Psikiyatrist Alp Üçok’un damgalamayla ilgili derlemesinde¹⁰, 2004 yılında Türkiye’nin değişik bölgelerindeki psikiyatristlerin şizofreniyle ilgili tutumlarını araştıran bir çalışmada, 60 psikiyatristin %42,7’sinin hastalarını hiç bilgilendirmediği, %40,7’sinin vakaya göre bilgi verdiği bildirilmektedir. Bu psikiyatristlerin bilgi vermeme nedeni, hastanın anlamayacağı görüşü (%32,6) ve tedaviyi yarıda bırakma ihtimali (%28,3) üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu doktorların %88’i şizofreni teriminin halk arasında küçümseme ve aşağılama amaçlı kullanıldığını düşünmektedir.

Oysa, 2001’de 707 yetişkin ile yapılan bir araştırmada¹¹, katılımcıların % 76,5’i şizofreniyi bir ruhsal hastalık olarak tanımlamıştır. Üçok’un derlemesinde, tıp hizmeti veren uzmanların, pratisyen hekimlerin ve halkın neredeyse aynı oranlarla (%27) şizofrenleri tehlikeli bulduğu belirtilmektedir.

Tıp öğrencilerini de kapsayan gençlerin şizofreniyle ilgili damgalama düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada, tüm gruplarda, tanı verilmeden sunulan vaka için olumlu olan tutumlar, şizofreni tanısı söylenince anlamlı derecede düşüş göstermiştir.¹²

Farklı çalışmalar, tıp eğitimi sırasında, hatta psikiyatri ihtisas eğitimlerinde de özellikle şizofreniyle ilgili olumsuz algıların değişmediğini hatta arttığını ortaya koymaktadır.¹³

Hemşire, psikolog ve sağlık memuru gibi hastalarla daha çok vakit geçiren grupların tutumlarına bakıldığında, şizofreniyle ilgili yeterince bilgileri olsa da, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin sosyal konularda (aynı ortamda yaşama, çalışma, evlenme gibi) olumsuz tutumları olduğu, ancak hemşirelerin öğrencilerden daha düşük puanlar aldığı görülmüştür. Hemşirelik öğrencileriyle yapılan başka bir araştırmada ise, genel gruba göre psikiyatrik bir tedavi görmüş olan öğrencilerin şizofreniyi daha az oranda “kişilik zayıflığı” olarak tanımladığı kaydedilmiştir.¹⁴

Üçok'un derlemesinde belirtilen önemli noktalardan biri de, büyük ruh sağlığı hastanelerinde staj yapan öğrencilerin bu hastanelerde çalışmayanlara oranla şizofreninin iyileşmesi hakkında daha fazla kötümser olmaları ve şizofrenleri daha çok oranda tehlikeli bulmalarıdır.

Hemşirelerle ilgili bir çalışmada ise, psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin psikiyatride çalışmayan doktorlara göre daha olumlu tutum sahibi oldukları belirtilmiştir. Ancak, aynı çalışmaya göre, şoför, aşçı gibi diğer perso-nelin tutumu hemşirelerinkinden daha olumlu bulunmuştur.¹⁵

Üçok, meslek elemanlarındaki bu olumsuz tutum ve damgalamanın nedenleri olarak, toplumun genelindeki bakış açısının, kullanılan terimlerin yarattığı imajların (şizofreni = akıl bölünmesi gibi), psikiyatri servislerinde yoğun olarak hastaların alevli ya da içe dönmüş hallerini görmenin ve tedavi kurumlarındaki olumsuz koşulların olabileceğini belirtmektedir.

Damgalayıcı tutumların azaltılması için de hastane ortamlarının ve genel hizmetlerin iyileşmesi, damgalamayla mücadelenin doktorların ve psikiyatristlerin uzun süreli olarak gündeminde tutulması, tüm personelle hasta grupları özelinde o konudaki mitleri ve yanlış inançları tartışan toplantılar yapılması, yeni bilimsel bilgilerin uzmanlara aktarılması gibi öneriler getirilmiştir.¹⁶

Bir başka önemli konu da şu an tedavi kurumlarında bireysel ilaç tedavisinin ön planda olmasıdır. Oysa bireysel psikolojik desteklerin ve rehabilitasyonun yanı sıra aile ortamının hastalıkların seyrinde çok önemli olduğu, ailelere dönük eğitim ve terapilerin hastalığın tekrar etmesini ve hastaneye başvuruları önemli ölçüde azalttığı belirtilmektedir.¹⁷

2002-2003 yılında 88 psikotik hasta ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların büyük çoğunluğu hastalıklarının nedeni olarak aile sorunlarını (%46,6) ve kendi iç sorunlarını (%42) göstermektedir. %19'u ise ekonomik güçlükleri neden olarak belirtmiştir. Sadece %10'u doğaüstü güçlere atıfta bulunmaktadır. Aynı grubun hastalıklarına çare bulmak için psikiyatrya (%66) ve diğer doktorlara (%19,3) başvurduğu, %51'inin ise geleneksel-dinsel tedavi yöntemlerini kullandığı kaydedilmiştir. Çalışmada, düşük eğitim düzeyindeki hastaların daha fazla tıp dışı çare aramaya yöneldikleri, eğitim düzeyi arttıkça psikiyatriste başvurunun arttığı gözlemlendiği belirtilmektedir. Tedavinin kalitesini artırma açısından hastaya ve ailesine dünyada kabul gören hastalık ve tedavi yöntemleri konusunda eğitim programlarının uygulanması da önemli bir katkı olacaktır.

Rehabilitasyon

Kronikleşen ruhsal rahatsızlıklar bireylerin yaşamdan kopmalarına neden olmaktadır. Birey öğrenciyse okulu bırakmak, çalışıyorsa işini bırakmak zorunda kalamamaktadır. Bireyin bu yeti kayıplarını tekrar kazanabilmesi ve hayatına devam edebilmesi için rehabilitasyon desteği çok önemlidir. Ülkemizde uzun yıllardır ilaç tedavisi dışında herhangi bir destek verilememiştir; bu konu yıllarca ihmal edilmiş, tedavi görenler ilaç tedavisi ve diğer konularda aileleriyle baş başa bırakılmıştır. Yeni yeni oluşan ruh sağlığı politikalarında bu sorun ve çözüm yolları gündeme gelmeye başlamış ve önemli uygulamalar başlamıştır. Tedavi görenleri hastanelerde uzun süre tutma anlayışı artık dünyanın birçok ülkesinde benimsenmemektedir. Toplum merkezli tedavilerin önemi ülkemizde de kabul görmeye başlamıştır. Rehabilitasyon merkezleri, korumalı evler, gündüz hastaneleri, korumalı işyerleri çeşitli kurumların işbirliğiyle yaygınlaştırılmak zorundadır.

Tüm bu hizmetlerin temel özelliği, toplum içinde, kendi becerileriyle yaşayabilmeyi desteklemesidir. Kurum bakımında, yatarak tedavide damgalamanın etkisi daha büyük oranlarda görülmektedir. Kontrollü destek ve aile desteği ile bu tür alternatif modellerin hayata geçirilmesi ve yaygınlaşması çok önemlidir.¹⁹

Mesleki Eğitim - İstihdam

Ülkemizde psikiyatrik tedavi görenlerle ilgili en temel sorunlardan biri uygun mesleki eğitim ve istihdam koşullarının olmamasıdır. Hastalık genellikle ergenlik döneminde yani yetişkinliğe geçiş çağında başlamakta, çalışma yaşamına girme veya sürdürmeyi fazlasıyla zorlaştırmaktadır. Toplumun genelindeki ayrımcılık ve damgalama, iş ortamlarında çok yoğun olarak görülmektedir. Hastalığın kalıcı, tehlikeli olduğu düşüncesi çok yaygındır. Pek çok psikiyatrik teşhisli kişi hastalığını gizle-yerek çalışmakta, hem hastalığın zorluklarıyla hem de damgalama tehdidiyle yaşamaktadır.

Yurtdışında yaygın olan, bu grubun özelliklerine göre düzenlenmiş korumalı işyerleri ülkemizde yoktur. Amerika'da Ulusal Korumalı İşyerleri Standartları Enstitüsü tarafından yapılan tanıma göre korumalı işyerleri; "Özürlülerin normal yaşamlarına dönebilmeleri ve uygun mesleki statülerine ulaşabilmeleri amacıyla iş ortamını ve mesleki imkânları özürlüler için uyumlu ve düzenli biçimde gerçekleştirmeye çalışan servislerdir (Aydın, 1991, s. 42)²⁰." ÖZİDA'nın yayınladığı korumalı işyeri araştırmasında²¹ belirtilen 14 kurum arasında dernek veya vakıflar tarafından açılmış çoğunluğu bedensel engelli kişilere yönelik atölyeler bulunmaktadır. Yasal olarak korumalı işyerlerine teşvikler sunulmasına rağmen, konuyla ilgili sistematik çalışmalar olmadığı için genel

önyargılar bu tür işyerlerinin açılmasına da engel olmaktadır.

Psikiyatrik teşhis almış bireyler, damgalama nedeniyle İŞKUR'un işyerlerine yönelik uyguladığı engelli çalıştırma kotasından da faydalanamamaktadır. İşyeri sahipleri genelde bedensel engellileri tercih etmekte, psikiyatrik tedavi görenlerle ilgili "tehlikeli, çalışamaz, anlamaz" gibi yanlış inanışlar işe alma, işe alırsa da çalıştırma konusunda engele dönüşmektedir. Bazı işyeri sahiplerinin bu kişilere para ödeyip işe gelmemesini teklif ettiğine de rastlanmaktadır. Bu konudaki nadir çalışmalardan biri olan ÖZİDA'nın 2003'te yaptığı Çalışan Özürlülerin Sorunları başlıklı araştırma, toplam 62 işyerinde kamuda çalışan 159, özel sektörde çalışan 182 kişiyi kapsamaktadır. Bu kişilerin sadece 8 kişisi (%2,3) "ruhsal-duygusal özür-lü grup" olarak araştırmada yer almıştır.²² Aynı araştırmada belirtildiği üzere, "özürlülerin yalnızca %27,9'u işe girmeden önce beceri ve meslek edindirme kursundan faydalanmıştır. Ayrıca özürlülerin büyük bir çoğunluğu (%71,6) işe ve işyerine uyumlarını kolaylaştıracak herhangi bir hizmet almamaktadır." ²³

Nitelikli eleman ihtiyacını karşılayamamaları nedeniyle zaten istihdamın dışında kalan engelliler içinde psikiyatrik grup, hastane ve dernekler dışında mesleki kurslardan da yararlanamamaktadır. Halk Eğitim Merkezleri, İşkur ve belediyeler son yıllarda yine derneklerin katkısıyla çok nadir de olsa bu gruplara özel kurslar açmaya başlamıştır. Burada da temel sorun, psikiyatrik teşhis almış kişilerin hizmetlere erişimidir.

Sonuçta işsizlik, üretime katılamama ve bağımsız yaşayamama beraberinde umutsuzluk, çaresizlik, içe kapanma ve toplumdan soyutlanmayı getirmekte, hastalığın iyileşmesi bu nedenlerin katkısıyla güçleşmektedir. Bireyler maddi açıdan ailelerine bağımlı olmakta, alabilirlerse özürlü maaşı ile ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmaktadırlar. Özürlü maaşı alan pek çok kişi çalışma isteklerini dile getirmektedir. Sadece maaş bağlanması, üretkenlik ve kendini gerçekleştirme ihtiyaçlarını karşılamamaktadır.

2005 Özürlüler Kanunu'yla birlikte engellilere dönük istihdam faaliyetleri genel olarak artmış ve devlet politikalarında önemli yer edinmeye başlamış olsa da, psikiyatrik teşhis almış kişiler alevlenme dönemi²⁴ dışında sorunlarının görünür olmamasının da etkisiyle, uygulamada adından bahsedilmeyen, ne tür hizmetleri alabileceği tam olarak belli olmayan bir grup olarak toplumsal yaşamın dışında kalmaya mahkûm olmaktadır.

Eğitimde Yaşanan Ayrımcılık

Psikiyatrik sorunlar ergenlik döneminde başladığı için, hem önleyici hem de yönlendirici hizmetler açısından eğitim kurumlarının rolü büyüktür. Ancak ülkemizde okullardaki psikolojik hizmetler yetersizdir, üniversitelerde ise ancak yeni yeni başlamaktadır. İlköğretim çağındaki 10 milyon öğrenciye 6 bin rehber öğretmen düşmektedir.²⁵

Burada önemli bir sorun da gerek öğretmenlere, gerek rehber öğretmenlere mezun oldukları bölümlerde (eğitim bilimleri, psikolojik danışmanlık) psikiyatrik rahatsızlıklarla ilgili yeterince bilgi verilmemesi, dolayısıyla sorun yaşayan öğrencilerin genelde uyumsuz damgasıyla eğitim hayatından kopmasıdır. Lise ve üniversite eğitimine devam eden pek çok psiki-yatrik sorun yaşayan genç, sorunlarının gençlik bunalımı olarak algılanması nedeniyle tedaviye geç başlamakta, yanlış tanımlarla zaman kaybetmekte, sorunları giderek daha ağır yaşamaya başlamaktadır.

Bu dönemde arkadaş ilişkileri esas olduğu için, içe kapanmaları ya da bazı farklı davranışları sosyal ortamdan ve arkadaş desteğinden yoksun kalmalarına da yol açmakta, tüm bunların etkisiyle, eğitim hayatlarını devam ettiremez hale gelmektedir.

Teşhis almış olmaları durumunda ise, bu kez psikiyatrik rahatsızlıklarla ilgili duyulan tedirginlikle, hem arkadaşları hem personel tarafından daha çok dışlanmaktadır.

Tüm gençlerin yaşadığı kimlik karmaşası, aileden uzaklaşıp bağımsızlaşma çabaları, kendi kontrolleri dışında ortaya çıkan ağır ruhsal sorunlarla birleşince, psikiyatrik sorun yaşayan gençlerin bireysel yükleri fazlasıyla ağırlaşmaktadır. Bu dönemde eğitim kurumları aracılığıyla verilecek psikolojik destek belki de pek çok gencin rahatsızlığını doğru tedaviye yönlendirmesine, hastalığın iyileşmesine büyük katkı sağlayacaktır.

Barınma - Bağımsız Yaşama-Bakım

Psikiyatrik rahatsızlık yaşayan kişiler işsizlik, kendine bakamama gibi nedenlerle genelde ailelerinin bakımı altında, onlara bağımlı olarak yaşamaktadır. Aile desteği olmayan kişiler ise Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu bünyesinde ya da ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde olumsuz fiziki ve sosyal şartlarda ömür boyu barınmak zorunda kalmaktadırlar. Ülkemizde bu grubun bakımını doğrudan üstlenen bir kurum henüz bulunmamaktadır. Artan göç, kentleşme ve yoksullaşmanın etkisiyle, sokaklarda yaşayan psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin sayısında son yıllarda artış görülmektedir.

Hasta yakınlarının çoğu gelecekte kaygı duyduklarını şu sözlerle dile getirmektedir: "Biz öldükten sonra hastamıza kim, nasıl bakacak?". Yeni çıkan evde bakım hizmetinden bürokratik zorluklar ve psikiyatrik grubun tanınmaması nedeniyle neredeyse hiçbir psikiyatrik hasta yakını yararlanamamıştır.

Raporun diğer bölümlerinde bahsedildiği gibi, bazı tedavi kurumlarında kalan hastaların ailesinin ve sosyal çevresinin bulunduğu illerden kilometrelerce uzakta bakım ve barınmalarının olumsuz etkilerine tanık olmaktadır. Yıllardır hiç ziyaretçilerinin gelmediğini söyleyenler bile olmuştur. Oysa insanlar yaşadıkları yerde hizmet alabilseydi, ziyaretçilerinin gelme olasılığı çok yüksek olabilirdi.

Barınma ve bakım sadece temiz yatak ve iyi yemekten ibaret olmamalı; hizmet alan bireyin tüm sosyal ihtiyaçlarına cevap verebilmesi ana amaç olmalıdır. Alışverişe çıkmak, sinema, tiyatro, konsere gidebilmek, kültürel geziler, spor gibi bir insanın ihtiyaç duyduğu her şeye ulaşabilir olması gereklidir.

Damgalamanın etkisini en yoğun gösterdiği alan evlenip yuva kurma ve bağımsız yaşama alanında görülmektedir. Doktorlar dahi psikiyatrik rahatsızlığı olanların evlenmemesi gerektiğini düşünmekte ve bu da aileye bağımlılığı daha da artırmaktadır. Aile üyeleri bu kişilere bakmakta zorlanmakta, psikolojik olarak desteğe ihtiyaç duymaktadır. Şizofreni teşhisi almış kişilere bakım hizmeti verenlerin (yarısı anne, diğerleri değişik aile üyeleri) ruhsal durumlarını etkileyen faktörlerin incelendiği bir araştırmada, çalışmada yer alan bakım verenlerin %65'inde ruhsal sağlık sorunu bulunması açısından yüksek risk saptanmış; şizofreni hakkında grup eğitiminde yer almayan bakım verenlerde ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin daha yüksek olduğu saptanmış; bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesine göre ruhsal sağlık durumları arasında fark saptanmamıştır. Bakım verende artan yaş ve bakım süresiyle birlikte ruhsal sağlık sorunu bulunma riski artmaktadır. Baş etme yöntemi olarak kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama yaklaşımı kullanıldığında bakım verende ruhsal sağlık sorunu bulunma riski azalırken, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım kullanıldığında ruhsal sağlık sorunu bulunma riski artmaktadır.²⁶

Şizofreni ve kronik böbrek yetmezliği hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerde görülen suçluluk ve utanç düzeylerinin karşılaştırıldığı bir araştırma verilerine göre, şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde suçluluk ve utanç seviyelerinin sosyodemografik özelliklerden

bağımsız olarak araştırmaya katılan diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.²⁷ Yine şizofreni hastalarının aileleri üzerinde yapılan bir araştırmada, ailelere hastalık ile ilgili bir eğitim programı uygulanmış ve eğitimin ailelerin umutsuzluk düzeylerine etkisine bakılmıştır. Eğitime katılan ailelerin umutsuzluk seviyelerinde bir farklılık saptanmazken, problem çözme becerilerinde bir iyileşme olduğu tespit edilmiştir.²⁸

Araştırmalar ve mevcut durum göstermektedir ki, psiki-yatrik teşhis almış kişilerin toplumsal yaşama eşit bireyler olarak katılabilmeleri için barınma konusunda atılacak adımlar oldukça önemlidir. Toplum temelli hizmetlere geçildiğinde, bağımsız yaşamayı destekleyecek barınma seçeneklerinin olması, toplum içinde yaşamada yönlendirici olacak personel yetiştirilmesi, bu kişilerin ve aile üyelerinin eğitimi, desteklenmesi bu konuda atılabilecek adımlar olabilir.

Psikiyatrik Teşhis Almış Bireylere Yönelik Genel Tutum ve Bu Bireylerin Medyada Yansıtılma Biçimi

Ruhsal rahatsızlıklar, toplumun büyük bir kesiminde yeterince tanınmamakta, "akıl hastası", "ruh hastası", "deli" gibi dışlayıcı terimlerle tanımlanmaktadır. Genel yaklaşım, ruh sağlığı sorunları yaşayan kişilerin saldırgan ve tehlikeli olduğu yönünde bir izlenime dayanmaktadır. Halkın şizofreniye bakışı üzerine yapılan ve örnekleme İstanbul'dan seçilen bir araştırma verilerine göre, araştırmaya katılan kişilerin dörtte biri şizofreni hastalarının tehlikeli olduğunu ve toplumdan yalıtılması gerektiğini düşünmektedir.²⁹

Ruhsal rahatsızlıklar ve saldırganlık arasındaki ilişkiyi inceleyen pek çok araştırma bulunmaktadır. Doğru tedavi-ler uygulandığında ve gereken destekler sağlandığında, ruhsal rahatsızlıklara özgü bir saldırganlık eğilimi olmadığı açıkça görülmektedir. Bir başka önemli nokta da psiki-yatrik teşhis almış kişilerin teşhisten önce de şiddete eğilimli olanlarında şiddet eğiliminin daha çok görülmesidir. Bu veri göstermektedir ki, saldırganlığı sadece psikiyatrik teşhis ile ilişkilendirmek doğru değildir; kişinin karakter özellikleri şiddet eğilimini belirleme konusunda oldukça belirleyicidir. Göz ardı edilen önemli bir konu da, bu kişilerin şiddete maruz kalma risklerinin toplumun geri kalan kesimine göre daha yüksek olduğudur.³⁰

Ailelerde genelde gözlemlenen tutum ise aşırı koruyucu bir tavırla bu kişilerin hiçbir zaman kendi ayakları üzerinde duramayacağı, ömür boyu bakım ve tedavi gerekeceği yönündedir. Çok ağır durumlar dışında psikiyatrik teşhis almış kişilerin, gerekli

desteklere ulaşabildiklerinde toplumsal yaşama aktif bireyler olarak katılabildikleri, diğer ülke örneklerinden ve Türkiye'deki dernek çalışmalarından bilinen bir gerçektir. Her ne kadar gerekli destekler sağlandığında hastalığın seyrinde bir iyileşme olabileceğini düşünen ekoller olsa da, geleneksel tıbbi yaklaşım ağırlıklı olarak hastalığı biyolojik bir kökene bağlamakta, ömür boyu iyileşmeyecek bir durum olarak görmektedir. Ancak, dünyada ve ülkemizde giderek yaygınlaşan bir görüşe göre, ruhsal rahatsızlıklar biyopsikososyal yaklaşımla, yani biyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlerin etkileşimi ile açıklanmalıdır.

Ailelerde gözlemlenen bir diğer tutum da, utanç ve suçluluk duygularıyla hastalığı saklama eğilimidir. Kırsal bölge-lerde hastalarını evin dışına çıkarmayan, hatta zincirleyen aileler olduğu bilinmektedir.

Genel kamuoyunda ruhsal rahatsızlıkları şiddet ve saldırganlık ile özdeşleştirme eğilimi medyada çıkan haberlerle de teşvik edilmektedir. Ruh sağlığı sorunları yaşayan kişilerle ilgili medyada yer alan haberlerin çoğu hastaların karıştığı olumsuz olaylar hakkında olmakta, ruhsal rahatsızlıkların toplumun gözündeki imajını olumlu yönde değiştirebilecek başarı öyküleri, vb. durumlar basına nadiren yansımaktadır.

Ruhsal rahatsızlıkları olan kişilere ilişkin ayrımcılık bu kişilerin tedavi gördüğü kurumlarda çalışanlara yönelik ayrımcılığı da içerecek kadar geniştir. Ruh sağlığı hastanesi çalışanları, söz konusu ayrımcılıktan nasiplerini aldıklarını sık sık ifade etmektedir.

Ruhsal rahatsızlıklara ilişkin bilgi yetersizliğinden kaynaklanan önyargılar öylesine yaygındır ki, konuyla ilgili olmayan toplumsal ya da siyasi olguları tarif etmek için bile “şizofrenik bir durum” gibi tabirler sıkça kullanılabilmektedir.

Ruhsal rahatsızlıklara ilişkin toplum genelindeki olumsuz izlenimin değişebilmesi ve konuya ilişkin daha gerçekçi bir tutum yaratılabilmesi için medyaya, ilgili resmi kuruluşlarına ve sivil toplum kuruluşlarına önemli görevler düşmektedir. Ruhsal rahatsızlığı olan kişilere ilişkin ayrımcılığın azalabilmesi ve bu kişilerin eşit vatandaşlar olarak toplumsal yaşama katılabilmeleri için söz konusu rahatsızlıklara ilişkin gerçekçi bilgilerin, hasta ve hasta yakınlarının yaşadıkları sıkıntıların sık sık kamuoyuyla paylaşılması, okullarda, medyada, ve ilgili kurumlarda ayrımcılığı önleyici kampanya ve programlar yürütülmesi gerekmektedir.

NOTLAR:

1. Yanık, M. (2007). *RCHP: Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*, s.11
2. <http://www.akildeferi-turkiye.com/arsivoku.asp?feox=117> [Erişim tarihi: 29.09.2008].
3. http://www.birgun.net/life_index.php?news_code=1160392328&year=2006&month=10&day=09 [Erişim tarihi: 29.09.2008].
4. <http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/kriz/2003/1/3.pdf> [Erişim tarihi: 29.09.2008].
5. Güney, M. (2001). Psikiyatrik rehabilitasyonda gündüz hastanesinin yeri, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4(4).
6. Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun, <http://www.ozida.gov.tr/mevzu-at/kanun.htm> [Erişim tarihi: 29.09.2008].
7. *Türkiye Özürlüler Araştırması Temel Göstergeleri*, ÖZİDA, <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/oztemelgosterge.htm> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
8. Üçok, A. (2007). Diğer insanlar damgalar... Peki ya biz? Zihin sağlığı çalışanlarının şizofreni hastalarına karşı tutumları, *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi* 44(3): 108-116.
9. Aker, T. vd. (2002) Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1): 5 s. 13.
10. Üçok, A. (2007). Diğer insanlar damgalar... Peki ya biz? Zihin sağlığı çalışanlarının şizofreni hastalarına karşı tutumları, *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi* 44(3): 108-116.
1. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ogel K, Tamar D. (2001), Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma, *Türk Psikiyatri Dergisi* 12(2):99-110.
2. Üçok, A. (2007). Diğer insanlar damgalar... Peki ya biz? Zihin sağlığı çalışanlarının şizofreni hastalarına karşı tutumları, *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi* 44(3):108-116.
3. A.g.e.
4. A.g.e.
5. A.g.e.
6. A.g.e.
7. Tüzer, V., Zincir, S., Başterzi, A.D., Aydemir, Ç., Kısa, C., Göka, E. (2003). Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi, *Klinik Psikiyatri Dergisi* 6(4).
8. S. Ünal, B. Kaya, H.D. Yalvaç (2007). Psikotik hastalarda hastalık açıklama modeli ve çare arama davranışı, *Türk Psikiyatri Dergisi* 18(1): 38-47.
9. Güney, M. (2001). Psikiyatrik rehabilitasyonda gündüz hastanesinin yeri, *Klinik Psikiyatri Dergisi* .4(4) ile M. Yıldız, A.G. Yüksel, A. Erol (2005) Şizofrenide ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi uygulaması grup eğitimi deneyimleri, *Türkiye'de Psikiyatri* 7(1):25-32.
20. Alkan Meşhur, F. (Aralık 2004). Engellilerin çalışma yaşamına katılma gereği ve uygulanan istihdam politikalarının değerlendirilmesi, *ÖZ-VERİ Dergisi*, 1(2).
21. *Korumalı İşyerleri Araştırması* (2004), <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/korumaaisyeri.htm> [Erişim tarihi: 11.09.2008].
22. <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov2/ov2calisanozurlusorunlari.htm> [Erişim tarihi: 11.09.2008].
23. A.g.e.
24. Çubukçu, N. (Aralık 2005). Özürlülerin gelir getirici bir işte çalışarak üretken olmaları büyük önem taşımaktadır, *İşveren Dergisi*,

- <http://www.tisk.org.tr> [Erişim tarihi: 11.09.2008].
25. <http://www.bianet.org/bianet/kategori/bianet/107903/bakanlik-rehber-ogretmen-kadrosunu-iki-katina-cikarmak-zorunda> [Erişim tarihi: 10.08.2008].
26. şengün, F. (2007). *şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*, yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.
27. Ceylan, B. *şizofreni ve Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması*. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.
28. Kızıltorak, S (2006). *şizofrenik Hasta Ailelerinde Yapılan Ruhsal Eğitim Gruplarının Ailelerin Umutsuzluk Düzeylerine Etkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.
29. Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Ögel, K., Tamar, D. (2001). Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2):99-110
30. *şizofreni hastalarının şiddet uygulaması riski gerçekten yüksek mi, yoksa sansasyonel tekil örnekler toplumun yaklaşımını fazla etkiliyor olabilir mi?* Münih Tıp Fakóltesi, Psikiyatri Kliniği Adli Psikiyatri Bölüm Başkanı Prof. Dr. Norbert Nedopil ile söyleşi, www.medical-tribune.com.tr/node/412 [Erişim tarihi: 02.10.2008].



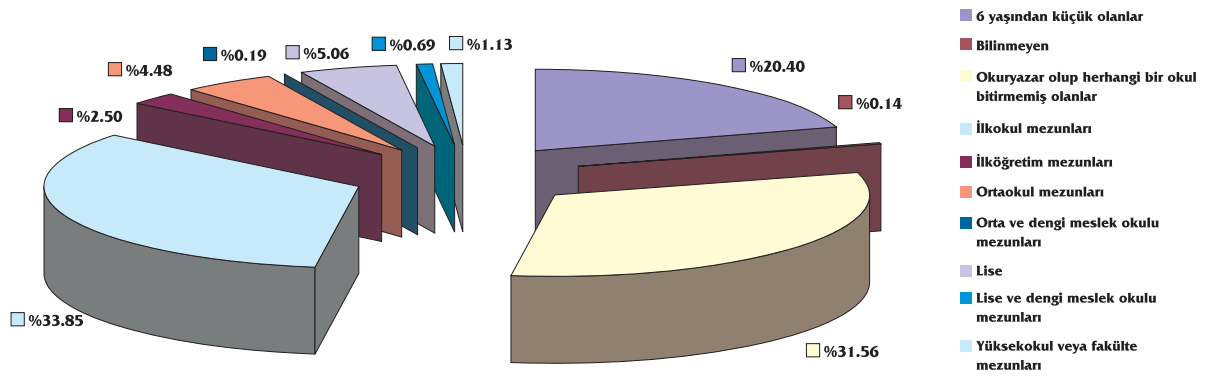
TÜRKİYE’DE ZİHİNSEL ENGELİ BULUNAN BİREYLERE YÖNELİK AYRIMCILIK VE SOSYAL DIŞLANMA

Nilay Kacar

Engelliler konusunda Türkiye çapında yürütülen en kapsamlı istatistiki çalışma Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı işbirliğiyle 2002 yılı Aralık ayında gerçekleştirilmiş olan “2002 Türkiye Özürlüler Araştırması”¹’dir. Araştırma verilerine göre, Türkiye’deki zihinsel engelli nüfusun genel nüfusa oranı %0,48’dir. Bu oran temel alındığında Türkiye’de yaklaşık 500.000 zihinsel engelli bulunan birey bulunmaktadır. Aynı araştırmanın TÜBİTAK tarafından 2006 yılında gerçekleştirilen ileri analizinde ise Türkiye’deki -bedensel engelliler de dahil olmak üzere- engellilerin durumu “sosyal felaket” olarak özetlenmiştir.²

Zihinsel engeli bulunan bireyler marjinal kabul edilen diğer gruplar gibi –kadınlar, yoksullar, azınlıklar- toplum içinde ayrımcılığa maruz kalmaktadır. Bu bireylerin

Zihinsel Engeli Bulunan Bireylerin Eğitim Durumu



Şekil 1

Türkiye’deki genel durumuna değinmeden önce Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komitesi’nin ayrımcılık tanımına bakmak yerinde olacaktır:³ Irk, renk, cinsiyet, dil, din, politik ya da diğer görüşler, ulusal ya da toplumsal köken, mülkiyet, doğum ya da diğer statülere dayalı olan ve tüm hak ve özgürlüklerin herkese eşit biçimde tanınmasını ve herkes tarafından eşit biçimde kullanılmasını engelleyecek ya da kısıtlayacak tüm ayırım, dışlama, kısıtlama ya da ayrıcalıklar.

Avrupa Komisyonu ise doğrudan ve dolaylı ayrımcılığı şöyle tanımlamaktadır :⁴

Doğrudan ayrımcılık, bir kişiye ırkı ya da etnik kökeni, dini ya da inancı, engeli, yaşı ya da cinsel yöneliminden ötürü, benzer durumdaki bir başka kişiden daha olumsuz muamele edildiğinde meydana gelmektedir. “Engelliler başvuramaz” ifadesi içeren bir iş ilanı doğrudan ayrımcılığın bir örneğidir. Ancak, ayrımcılık yaşadığımız gerçeklik içerisinde daha örtük biçimlerde karşımıza çıkmaktadır. Dolaylı ayrımcılık görünüşte nötr olan bir koşul, kriter ya da uygulama, meşru bir amaçla nesnel olarak gerekçelendirilemez, ırkı ya da etnik kökeni, dini ya da inancı, engeli, yaşı ya da cinsel yöneliminden ötürü kişiler için dezavantaj oluşturduğunda meydana gelmektedir.

Engelli olmaya dayalı ayrımcılık ise Birleşmiş Milletler Engelli Kişilerin Haklarına Dair Uluslararası Sözleşme’de şöyle tanımlanmaktadır :

“Engelli olmaya dayalı ayrımcılık”, siyasi, ekonomik, sosyal, kültürel, sivil veya başka herhangi bir alanda bütün insan haklarından ve temel özgürlüklerden başka kişilerle eşit olarak yararlanılması veya kullanılması ve bu hak ve özgürlüklerin tanınmasını

engellemeyi veya etkisiz kılmayı amaçlayan veya böyle bir etki yaratan engelli olmaya dayalı ayırım, hariç tutma veya kısıtlama anlamını taşır. Makul imkanların sağlanmasının reddedilmesi dahil olmak üzere her türlü ayrımcılığı kapsar.

Türkiye’deki Genel Durum

Türkiye’de engellilik alanında ayrıştırılmış veriler bulunmamaktadır. Kurumlarda kalan/yaşayan zihinsel engeli bulunan bireylerin sayısına dair net bir veri mevcut değildir. SHÇEK 2006 Yılı Faaliyet Raporu’nda⁶ , 2006 yılı itibarıyla 41 yatılı bakım ve rehabilitasyon merkezinde –bedensel ve zihinsel- engeli bulunan toplam 3.081 kişiye, 2008 yılı Temmuz ayı istatistiklerinde⁷ ise 53 bakım ve rehabilitasyon merkezinde –bedensel ve zihinsel- engeli bulunan toplam 3.126 kişiye yatılı hizmet verildiği belirtilmiştir.

Yatılı kurumlarda kalan/yaşayan zihinsel engeli bulunan bireylerin içinde bulundukları koşullar bu raporun diğer bölümlerinde ayrıntılı olarak ele alınmaktadır. Bu metinde ise eğitim ve istihdam temel hakları ele alınıp sayısal verilerle zihinsel engeli bulunan bireylerin bu alanlarda maruz kaldığı ayrımcılık örnekleri sunulacak ve medyanın ve toplumun bu bireylere yönelik tutumlarına değinilecektir.

Eğitim

Türkiye’de zihinsel engeli bulunan bireylerin eğitimi Milli Eğitim Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. 31.05.2006 tarihli MEB Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği’nde⁸ özel eğitime ihtiyacı olan birey “Çeşitli nedenlerle bireysel ve gelişim özellikleri ile eğitim yeterlilikleri açısından akranlarından beklenen düzeyden anlamlı farklılık gösteren birey”, özel eğitim ise “Özel eğitime ihtiyacı olan bireylerin

eğitim ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için özel olarak yetiştirilmiş personel, geliştirilmiş eğitim programları ve yöntemleri, bu bireylerin tüm gelişim alanlarındaki özellikleri ile akademik disiplin alanlarındaki yeterliliklerine dayalı olarak uygun ortamlarda sürdürülen eğitim” olarak tanımlanmış ve “Özel eğitime ihtiyacı olan tüm bireylerin; eğitim ihtiyaçları, ilgi, yetenek ve yeterlilikleri doğrultusunda ve ölçüsünde özel eğitim hizmetlerinden yararlandırılması” özel eğitimi temel ilkelerinden biri olarak ifade edilmiştir.

Ancak özel eğitime ihtiyacı olan tüm bireylerin bu hizmetlerden yararlandığını söylemek pek mümkün değildir. Yukarıda anılan ÖZİDA araştırması ikincil analizi verilerine göre, zihinsel engeli bulunan bireylerin yaklaşık %68’i okuryazar değilken, okuryazar olanların eğitim durumları Şekil 1’de gösterilmektedir:

Milli Eğitim Bakanlığı 2006-2007 eğitim yılı istatistiklerinden edinilen “Özel Eğitim Kurumlarında okul, öğrenci ve öğretmen sayısı” aşağıda verilmiştir:

Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği ile özel eğitime ihtiyacı olan bireylerin zorunlu eğitim çağı 3-14 yaşlar arası olarak belirlenmiştir. 14 yaşındaki zihinsel engeli bulunan bir bireyin akranları için zorunlu eğitim 8 yıllık ilköğretimdir ve engeli bulunmayan akranları ilköğretim çağından sonra liselerde eğitim görmekte sorun yaşamazken, Tablo 1’de görüldüğü üzere, zorunlu eğitimini tamamlayan zihinsel engeli bulunan bireylerin yönlendirilebileceği iş eğitim okulları ve meslek liselerinin sayısı çok kısıtlıdır. Aşağıda istih-

dam bölümünde açıklanacağı üzere iş hayatına katılmakta da büyük sorunlar yaşayan zihinsel engeli bulunan bireyler zorunlu eğitim çağından sonra, eğitim ve istihdam olanaklarından yoksun oldukları için, toplumsal hayata katılamamaktadır. Zihinsel engeli bulunan bireyler için, Özel Öğretim Kurumları Kanunu kapsamında açılan özel eğitim okulları ile özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde devletin mali desteğiyle sağlanan eğitim ise Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı’nın aşağıdaki 6. Maddesi ile kısıtlanmak üzeredir:¹⁰

MADDE 6- 30.04.1992 tarihli ve 3797 sayılı Milli Eğitim Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanunun ek 3 üncü maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“EK MADDE 3- Özürlü sağlık kurulu raporu düzenlemeye yetkili sağlık kurum veya kuruluşlarınca verilen sağlık kurulu raporuyla asgari %20 özürlü olduğu tespit edilen ve özel eğitim değerlendirme kurulları tarafından da eğitsel değerlendirme ve tanılamaları yapılarak 5580 sayılı Özel Öğretim Kurumları Kanunu kapsamında açılan özel eğitim okulları ile özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde verilen destek eğitimi almaları uygun görülen; görme, işitme, dil-konuşma, spastik, zihinsel, ortopedik veya ruhsal özürlü bireylerin; Bakanlık tarafından hazırlanan eğitim programları kapsamında özür niteliğine bağlı olarak tespit edilen eğitim süreleriyle sınırlı olan kısmına ilişkin eğitim giderlerinin, her yıl Maliye Bakanlığı bütçesine bu amaçla konulan ödenekten karşılanır.

Tablo 1

Eğitim Kademesi	Okul/sınıf/kurum	Öğrenci sayısı			Öğretmen sayısı
		Toplam	Erkek	Kız	
Özel Eğitim Okulu Bünyesindeki Anasınıfları	61	503	316	187	96
Eğitilebilir Zihinsel Engelliler İlköğretim Okulu	49	2.743	1.812	931	787
İlköğretim Okulları Bünyesindeki Özel Eğitim Sınıfı		9.428	5.933	3.495	
Otistik Çocuklar Eğitim Merkezi	18	725	585	140	222
Uyum Güçlüğü Olanlar İlköğretim Okulu	1	27	27	-	7
Öğretilebilir Zihinsel Engelliler (Eğt. Uyg. Okul. İlköğrt.)	115	5.101	3.187	1.914	1.434
Özel Özel Eğitim İlköğretim Okulu	95	2.566	1.545	1.021	717
Eğitilebilir Zihinsel Engelliler Meslek Lisesi	63	2.358	1.758	600	1.275
Öğretilebilir Zihinsel Engelliler (İş Eğitim Merkezi)	119	2.235	1.536	699	46
Otistik Çocuklar İş Eğitim Merkezi	2	83	71	12	-
Toplam	523	25.769	16.770	8.999	6.811

Özürü bireylerin eğitim giderlerinin karşılanabileceği eğitim sürelerinin toplamı, eğitim programları ile belirlenen süreleri geçemez. Söz konusu eğitim hizmetini sunan veya yararlananların, gerçek dışı beyanda bulunmak suretiyle fazladan ödemeye sebebiyet vermeleri durumunda bu tutarlar, iki katı ve kanuni faiziyle birlikte ilgililerden müteselsilen geri tahsil edilir."

Temmuz ayında TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'nda görüşülen yasanın TBMM Genel Kurulu'ndan da geçmesi halinde, zihinsel engeli bulunan bireyler için rapor ile birlikte bir eğitim süresi belirlenecek –bu süre en fazla 44 hafta olabilir- ve bu süre sona erdikten sonra, birey özel eğitim kurumlarından eğitim alamayacaktır. Bu yeni düzenleme ile birlikte ancak devletin mali desteğiyle özel eğitimden yararlanabilen zihinsel engeli bulunan bireyler eğitim hakkında mahrum olacak ve evlerinde izole bir ortamda yaşamaya mahkûm edilecektir.

İstihdam

31.05.2006 tarihli MEB Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği'nde¹¹, "Özel eğitime ihtiyacı olan bireylerin uygun eğitim programları ile özel yöntem, personel ve araç-gereç kullanarak; eğitim ihtiyaçları, yeterlilikleri, ilgi ve yetenekleri doğrultusunda üst öğrenime, iş ve meslek alanlarına ve hayata hazırlanmaları" özel eğitimin amaçlarından biri olarak ifade edilmektedir. Ancak ilköğretim sonrası eğitime ulaşmakta dahi zorluk yaşayan zihinsel engeli bulunan bireyler, hem gerekli becerileri kazanmadıklarından hem bu konudaki mevzuatta zihinsel engeli bulunan bireylere özgü ayrı bir düzenleme yapılmadığından ötürü çalışma hayatının dışında kalmaktadır. Zihinsel engeli bulunan bireylerin istihdam oranları ile korumalı işyerlerinin azlığı konusu bu raporda yer alan Türkiye'de Zihinsel Engellilik Alanına Genel Bir Bakış başlıklı bölümde ele alınmıştır ve veriler, en düşük çalışma oranına zihinsel engeli bulunan bireylerde rastlandığını göstermektedir.

Sakarya'da 2006 yılında, 50 ve daha fazla işçi çalıştıran yani yasal olarak engelli bireyleri istihdam etme yükümlülüğü bulunan ve istihdam eden 50 işyeri ile görüşülerek gerçekleştirilen bir araştırma, işyeri sahiplerinin çoğunluğunun engeli bulunan bireylerin istihdamına olumlu yaklaştığını göstermektedir.¹² İşverenlerin çoğunluğu "fazlasıyla sağlam işsiz bulunmasına rağmen yine de özürü işgücü istihdam etmeyi" düşünebileceklerini; "özürü işçilerin, diğer çalışanları rahatsız edip genel çalışma temposunu düşürdüğü" görüşüne katılmadıklarını; "özürü

işgücü çalıştırmayı işyerleri için maliyet artırıcı bir faktör olarak" görmediklerini, "özürü işgücü çalıştırmak yerine kanun tarafından belirlenmiş olan cezai yaptırımları" tercih etmediklerini ve "özürü işgücünün işe başlamaları aşamasında belirli bir süre staj görmelerinin ileriki yaşamlarında işe uyumlarını olumlu yönde etkileyebileceği görüşüne" katıldıklarını ifade etmiştir. İstihdam etmek istedikleri engelli grubu sorulduğunda, işverenlerin hiçbirisi zihinsel engelli bireyleri tercih etmemiştir; en çok tercih edilen grubun ortopedik engelli grup ise olduğu görülmektedir.

Hasırcıoğlu, bu yanıtları değerlendirirken bir başka araştırmaya atıfta bulunmaktadır:¹³

Küçük işyeri sahiplerinin eğitilebilir zihinsel özürü çocukları işyerlerinde çalıştırmaya karşı tutumlarına yönelik yapılan bir araştırmada; özellikle zihinsel engelli bireyleri işyerlerinde çalıştırmak istememelerindeki nedenler, yaptığı işin çok zaman alması, işyerindeki eşya ve malzemelere zarar vermesi, yaptığı işin kalitesinin düşük olması ve diğer çalışanlarla idaresinin zor olması şeklinde sıralanmaktadır. Ancak bu olumsuz cevap veren işyeri sahiplerinin eğitilebilir düzeyde zihinsel özürü bireylerin becerileri konusunda veya genel olarak zihinsel özürü hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları veya ekonomik tereddütleri nedeniyle olumsuz cevap verdikleri düşünülmektedir.¹⁴

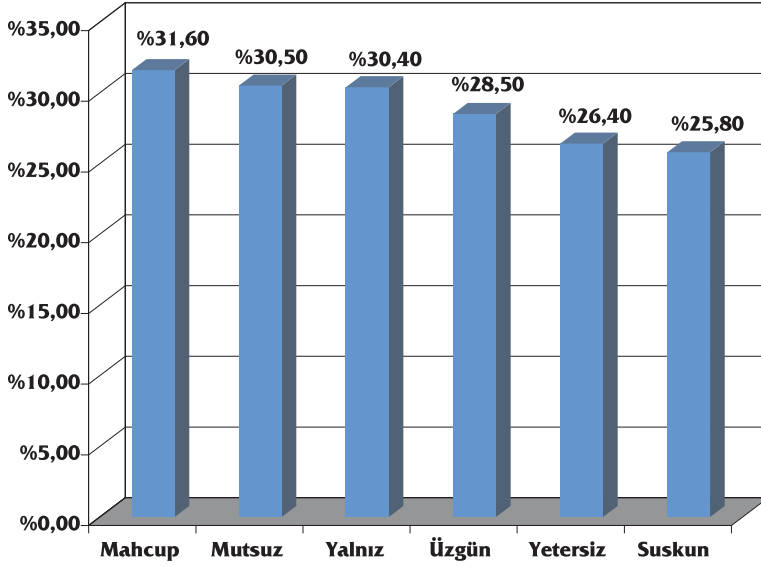
Bursa'da Nilüfer Mesleki Eğitim Merkezi İşe Yerleştirme ve İzleme Kurulu tarafından işe yerleştirilen öğrencileri istihdam eden 20 işyerinde yürütülen başka bir araştırmada¹⁵, işverenlere zihinsel engeli bulunan bireylere yaptırdıkları işler sorulmuştur, sonuçlar aşağıdaki tabloda özetlenmektedir:

İşler	Sayı	Yüzde
Mal ya da hizmet üretme	11	29,72
Ara eleman işleri	11	29,72
Geri hizmet	6	16,21
Sevkiyat	6	16,21
Temizlik	3	8,10

Çalışmada görüşülen işverenler iş için gerekli eğitimi aldığında ve uygun işe yönlendirildiğinde, zihinsel engeli bulunan bireylerin işlerinde başarılı olduğunu düşünmektedir ve işverenlerin bu bireylere yönelik tutumları olumludur.

ÖZİDA ve İşkur verilerinin kanıtladığı ayrımcılığa rağmen,¹⁶ örneklem sınırlı da olsa bu iki çalışma, fırsat verildiğinde engeli bulunan bireylerin –ikinci çalışma özelinde zihinsel engeli bulunan bireylerin-

Zihinsel engelli bulunan bireylere acıyanların bu bireylere dair tanımlamaları



Şekil 2

çalışma hayatına sorunsuz bir biçimde dahil olabileceğini göstermektedir.

Zihinsel Engeli Bulunan Bireylere Yönelik Genel Tutum ve Bu Bireylerin Medyada Yansıtılma Biçimi

Özel Olimpiyatlar Türkiye için Konsensus Araştırma ve Danışmanlık tarafından 2002 yılında yürütülen Türkiye Engelliler Araştırması Türkiye’de halkın engelli bireylere bakışına dair çarpıcı veriler ortaya koymaktadır.¹⁷ Araştırma kapsamında görüşülen kişilerin %1,5’i evinde bakmak zorunda olduğu zihinsel engeli bulunan bir birey olsa onu çevredekilerden saklayacağını ifade etmiştir. Saklama gerekçeleri olarak ise

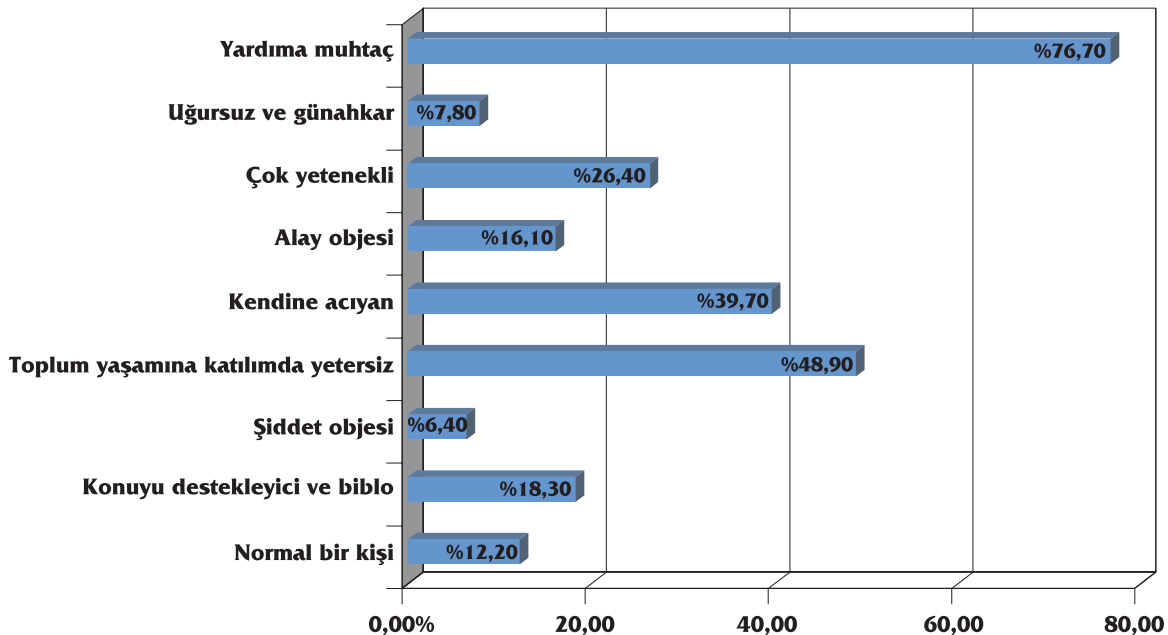
çevreden zarar geleceği (%36,7), utanma (%26,7), çevreye rahatsızlık vereceği (%10) ve bu biçimde daha huzurlu olacağı (%6,7) belirtilmiştir.

Aynı araştırmada “Engelli vatandaşları nasıl tanımlarsınız?” sorusunun yanıtları ise görüşülen kişilerin %56,1’inin zihinsel engellilere acıdığını ve %40,1’inin ise engelli dostu olduğunu göstermiştir. Acıyanlar ve engelli dostlarının zihinsel engeli bulunan bireylere dair tanımlamaları sırasıyla Şekil 2 ve Şekil 3’te gösterilmektedir.¹⁹

ÖZİDA’nın RTÜK işbirliğiyle 2004 yılında gerçekleştirdiği “Televizyon Yayınları ve Özürülük Anketi”nin sonuçları da Türkiye halkının

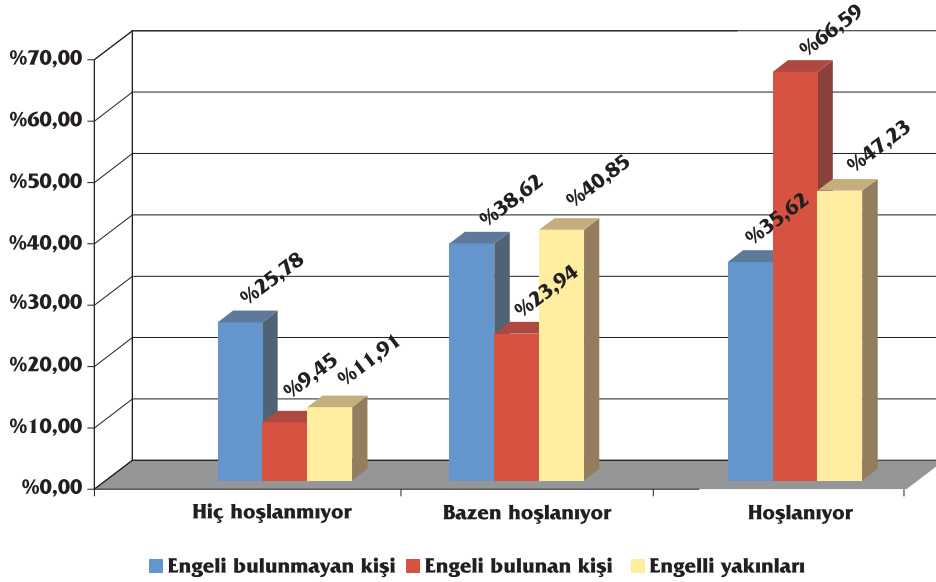
–bedensel ve zihinsel- engelli bireylere bakışına ve medyanın engeli bulunan bireyleri yansıtırma biçimine dair önemli veriler sağlamaktadır. İnternet üzerinden yapılan ankete katılan toplam 3.528 kişinin %22,53’ü televizyonda engelli kişileri görmekten hiç hoşlanmadığını, %36,7’si bazen hoşlandığını ve %40,75’i ise hoşlandığını belirtmiştir. Bu soruya verilen yanıtların engeli bulunan, bulunmayan ve engelli yakınlarına göre dağılımı Şekil 4’te özetlenmektedir:

Aynı araştırmada ankete katılanlara televizyonda fiziksel ve zihinsel engeli bulunan bireylerin yansıtılma biçimleriyle ilgili düşünceleri sorulmuştur. Bulgular Şekil 5’te gösterilmektedir :



Şekil 3

Şekil 4

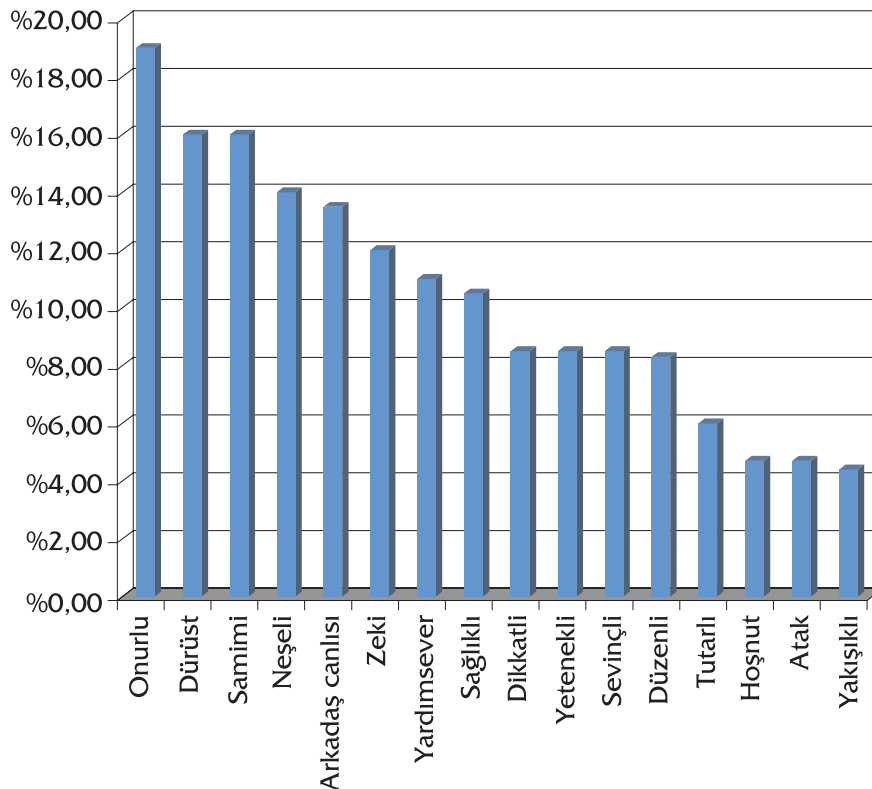


Bu konuda niceliksel bir veriye sahip olmasak da, zihinsel engeli bulunan bireylerin medyada fazla görünürlük kazanmadığı bir gerçektir. Bu bireylerle ilgili haberlerin konuları genellikle büyük başarılar²⁰, acınası durumlar²¹ ve taciz-tecavüzdür²². Kitle iletişim araçlarının düşünceleri ve algıları yönlendirmedeki etkisi verili olduğunda, Konsensus Araştırma ve Danışmanlık'ın yukarıda yer verilen araştırmasının bulgusu olan halkın %56,1'inin zihinsel engeli bulunan bireylere acımasının nedeni de daha net anlaşılabilir.

Sonuç Yerine

Engelliliği bireysel yetersizlik ya da fiziki, ruhsal ve zihinsel rahatsızlık olarak değil; farklı özellikler taşıyan

ve farklı gereksinimleri bulunan bireyleri dikkate almayan ve dolayısıyla bu bireyleri toplumsal etkinliklerin çoğunun dışında bırakan toplumsal organizasyonun neden olduğu dezavantaj ya da kısıtlanma olarak ele almak gerekmektedir. Bu bölümde zihinsel engeli bulunan bireylerin toplumsal yaşama tam katılımı önündeki bazı engeller vurgulanmaya çalışılmıştır. Dışlanma ve ayrımcılığın önlenmesi için yasal düzenlemeler ve kaynak tahsisi ile toplumdaki kalıp yargıların dönüşümünün birbirini beslemesi gerekmektedir. Zihinsel engelli bireylerin vatandaşlık hakları temelinde toplumsal yaşama tam ve eşit katılımı ancak, farklılıkları toplumsal yaşam içerisine dahil edici bir yaklaşımla mümkün olacak gibi gözükmektedir.



Şekil 5

NOTLAR:

1. Türkiye Engelliler Araştırması Temel Göstergeleri, ÖZİDA, <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/oztemelgosterge.htm> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
2. Tufan, İ. ve Arun, O. (Ocak 2006, Ankara), *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi*. <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/troailerianaliz.htm>, [Erişim tarihi: 11.08.2008].
3. <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/3888b0541f8501c9c12563ed004b8d0e?Opendocument> [Erişim tarihi: 12.08.2008].
4. http://ec.europa.eu/employment_social/fundamental_rights/rights/gloss_en.htm#dis [Erişim tarihi: 09.09.2008].
5. http://www.ihb.gov.tr/haklarim/hak_konulari/engelli_haklari.htm#engelli_lerhaftasi [Erişim tarihi: 09.09.2008].
6. <http://www.shcek.gov.tr/Yayinlar/FaaliyetRaporlari/2006FaaliyetRaporu.pdf> [Erişim tarihi: 09.09.2008].
7. http://www.shcek.gov.tr/istatistik/2008_Temmuz.asp [Erişim tarihi: 09.09.2008].
8. http://mevzuat.meb.gov.tr/html/26184_0.html [Erişim tarihi: 09.09.2008].
9. http://sgb.meb.gov.tr/istatistik/meb_istatistikleri_orgun_egitim_2006_2007.pdf [Erişim Tarihi: 12.08.2008].
10. http://www.ozelegitimsitesi.com/index.php?option=com_content&task=view&id=414&Itemid=117 [Erişim tarihi: 12.08.2008].
11. http://mevzuat.meb.gov.tr/html/26184_0.html [Erişim tarihi: 09.09.2008].
12. Hasırcıoğlu, A. (2006). *İşverenlerin Özürlü İstihdamına Yaklaşımı (Sakarya örneği)*. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
13. A.g.e.
14. Fırat, A. (1992), *Küçük İşyeri Sahiplerinin Eğitilebilir Düzeyde Zihinsel Özürlü Çocukları İşyerlerinde Çalışmaya Karşı Tutumları*, Hacettepe Üniversitesi Ev Ekonomisi Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Bölümü Özel Anabilim Dalı Yayını, 11-12 Kasım, Ankara.
15. Baran, N. ve Cavkaytar, A. (2007), *İşverenlerin Zihinsel Engelli Bireylerin İstihdamına İlişkin Görüş ve Önerileri*, İlköğretim Online içinde, 6(2), 213-225, <http://ilkogretim-online.org.tr/vol6say2/v6s2m16.pdf> [Erişim tarihi: 09.09.2008].
16. Bkz. bu raporda yer alan Fatma Zengin Dağıdır'ın Türkiye'de *Zihinsel Engellilik Alanına Genel Bir Bakış*, başlıklı metni.
17. <http://www.ntvmsnbc.com/news/151819.asp> ve <http://www.soturkey.com/engellilerarastirmasi.html> [Erişim Tarihi: 09.09.2008].
18. Çalık, S. (Aralık 2005), *Televizyon Yayınları ve Özürlülük Anketi*. <http://www.ozida.gov.tr/arastirma/tvyayinozuranket.htm>, [Erişim tarihi: 11.08.2008].
19. A.g.e.
20. *Otizm Mucizesi / Otizmin Fazıl Say'ı* <http://www.stargazete.com/guncel/otizm-mucizesi-67957.htm> [Erişim tarihi: 11.08.2008], *Zihinsel Engelli Gencin Büyük Başarısı: "Okuma yazma bilmediği için öğretmeni tarafından sınıftan kovulan genç, annesinin çabası sayesinde okuma yazma öğrendi ve Çin'de yapılan Özel Olimpiyatlar Dünya Yaz Oyunları'nda 50 metre koşu ile uzun atlamada altın madalya kazandı"* <http://www.zaman.com.tr/haber.do?haber-no=607643>, [Erişim tarihi: 11.08.2008].
21. *Babaya Sızlatan Baskı, Çocuklarını iple bağla*, http://www.haber61.net/news_detail.php?id=16976&uniq_id=1221478763 [Erişim tarihi: 11.08.2008], *9 Zihinsel Engelli Çocukla Tek Göz Odada Yaşam*, <http://www.takvim.com.tr/2007/10/10/gnc139.html> [Erişim tarihi: 11.08.2008], *Yıllardır Zincire Mahkum*, <http://www.iskenderungazetesi.com/yazi3821.html> [Erişim tarihi: 11.08.2008].
22. *Zihinsel Engelli Kıza 11 Kişi Tecavüz Etti İddiası*, <http://www.sabah.com.tr/2008/05/12/haber.CE51444C78374CD29060C460A388216A.html>, [Erişim tarihi: 11.08.2008], *İmamdan Engelli Çocuğa Tecavüz*, <http://www.milliyet.com.tr/2007/06/01/yasam/yas05.html> [Erişim tarihi: 11.08.2008], *Zihinsel Engelli Kıza Tecavüz Davası*, <http://www.haberler.com/zihinsel-engelli-kiza-tecavuz-davasi-haberi/> [Erişim tarihi: 11.08.2008].



PROJE ÇALIŞMALARINDA DİLE GETİRİLEN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

RUSİHAK

Projemizin ayırt edici özelliklerinden biri, psikiyatrik teşhis almış/zihinsel engeli olan kişilerin yaşadığı sorunlar ve çözüm önerilerini ilk kez konuyla ilgili tüm tarafların katılımıyla tartışmış olmasıdır. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda genelde, resmi kurumların değerlendirmeleri ya da dernekler vasıtasıyla ailelerin görüşleri çoğu zaman ayrı platformlarda dile getirilmekteydi. Hastanelerde kalan ya da gündüz hastanelerinde tedavi gören kişiler ile bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde kurumda kalan ya da hizmet alan zihinsel engellilere fikirlerini sormamız, ziyaret ettiğimiz kurumlardaki bazı çalışanlarda, ilk başta şaşkınlık yarattı. Genel yaklaşım, bu kişilerin kendilerini ifade edemeyecekleri yönündeydi. Oysa teşhislerine dayanarak söyleyebileceklerini küçümsemek ya da söz hakkı vermemek yerine, onların da herkes gibi insani ihtiyaçları, sorunları, becerileri ve düşünceleri olduğu görüşüyle kendilerine söz hakkı verildiğinde, kendilerini çok güzel ifade ettiler. Aşağıda görüleceği gibi, oldukça gerçekçi, uygulanabilir, makul öneriler dile getirdiler. Çünkü sorunu bizzat yaşayan bu kişiler, “engelli” ya da “hasta” olarak adlandırılrsa ve –biyokimyasal, zihinsel, psikolojik ya da

toplumsal- çeşitli engelleri olsa da, birer birey ve temel ihtiyaçları diğer bireyleriyle aynı. Proje uygulamalarında, dört ana etkinlikte sorunlar ve çözüm önerileri üzerine konuyla ilgili tüm tarafların görüşleri derlendi:

- Kurumsal bilgi derleme sırasında, ağırlıklı olarak çalışanlardan ve az sayıda kurum sakiniinden;
- Küçük grup çalışmalarında, ağırlıklı olarak kurumda kalan ya da tedavi görenlerden ve az sayıda çalışandan;
- İnsan hakları eğitiminde ağırlıklı olarak ailelerden, az sayıda teşhis almış kişi ve uzmandan;
- Yuvarlak masa toplantılarında, ağırlıklı olarak resmi ve yerel kurum temsilcilerinden, dernek temsilcilerinden, az sayıda da olsa ailelerden ve kurumda kalanlardan.

Temel Sorun Alanları ve Öneriler

Yukarıda da belirtildiği gibi, projede altı hastane ve altı merkezde; kurumda kalanlardan, ailelerden, çalışanlardan, resmi ve yerel kurum temsilcilerinden, dernek temsilcilerinden, az sayıda da olsa üniversite öğretim görevlisinden ve avukattan fikirleri sorularak, psikiyatrik sorunlar ve zihinsel engellilikle ilgili sorunlar ve çözüm önerileri derlenmiştir.

Dikkat çeken bir nokta, her grubun öne çıkardığı, öncelik verdiği konu farklı olsa da, neredeyse herkesin aşağıdaki sorun alanlarına değinmiş olması ve öneriler konusunda da ortak çözümler dile getirmiş olmalarıdır.

Dile getirilen sorunlar şu başlıklar altında özetlenebilir:

- 1- Toplumsal önyargılar
- 2- Ailelerin haklarını bilmemesi
- 3- Ailelere yönelik danışma-destek hizmetlerinin olmaması
- 4- Yakını bulunmayan ve psikiyatrik sorun yaşayan kişiler için barınacak yerlerin olmaması, bu kişilerin istismara açık olmaları
- 5- Çalışanlara, ailelere, kurumda kalanlara fikir sorulmaması
- 6- Hizmet veren kurumlarda tedavi ve eğitim olanaklarının kısıtlı olması
- 7- Kurumların fiziki şartlarının uygun olmaması, sportif ve sosyal faaliyetlerin olmaması
- 8- Genel hastanelerde var olan ayrımcılık, buralarda tedavi görememe
- 9- Tedavi, hastalık, engel durumu hakkında yeterince bilgilendirilmeme
- 10- Personel sayısının ve niteliğinin eksik olması
- 11- Çalışanların olumsuz tavırları
- 12- Çalışanlara yönelik hizmet-içi eğitim, süpervizyon

ve sosyal etkinliklerin çok az olması

- 13- Mesleki eğitimin ve istihdam olanaklarının olmaması, işe alınmama
- 14- Raporlar, malullük maaşı, evde bakımla ilgili farklı uygulamaların olması; belgelerin ve hizmetlerin geç verilmesi
- 15- Bürokratik işlemlerin çokluğu, teşhis ve tedaviyi geciktirmesi
- 16- Yasal mevzuattaki sorunlar
- 17- Gerçek bir veri tabanının olmaması, istatistiki bilgilerin tahminlere dayanması
- 18- Önleyici çalışmaların sistematik ve kapsamlı olmayışı

Bu sorun alanlarında, hem var olan olanaklar hem de olması gereken koşullara ilişkin çözüm önerilerinde ise şu ana başlıklar öne çıktı:

1. Önyargı ve ayrımcılığa karşı mücadele / insani bir bakış açısı-iletişim tarzı
2. Ailelerin bilinçlenmesi, örgütlenmesi ve hak savunuculuğunun yaygınlaşması
3. Toplum-temelli hizmetlere geçiş
4. Bağımsız yaşamayı ve yuva kurmayı destekleyen barınma seçeneklerinin olması
5. Kaliteli bakım hizmetleri-evde bakım
6. Eğitim ve rehabilitasyon olanaklarının artması
7. Tanı ve tedavi süreçlerinde kişi merkezli bir yaklaşım/bilgilendirilme
8. Mesleki eğitim ve istihdam olanaklarının artması
9. Personel eğitimi, daha iyi çalışma koşulları
10. Sosyal haklar-yasal düzenlemeler
11. Kurumlar arası işbirliği
12. Önleyici ve koruyucu çalışmaların sistematik olması

1. Önyargılar, Damgalama ve Ayrımcılıkla Mücadele

Kurumda kalanların, özellikle psikiyatrik teşhis almış kişilerin öncelikli vurgusu, toplumun her kesiminde ve her yerde karşılaştıkları olumsuz tavırların, damgalanma ve dışlanmanın iş bulmayı, eğitime devam etmeyi ve iyileşmeyi engellediği idi. Ailelerinde saygı görmemeleri, hastalıklarını kullandıklarının düşünülmemesi, bazen kötü muamele görmeleri, akraba ve komşuların baskısı ve alayları, tedavi görmek için gittikleri kurumlarda çalışanların olumsuz tutumları, işverenlerin işe almaması, hastalıkla ilgili damgalayıcı düşüncelerin sonucu olarak karşılaştıkları sorun alanları olarak sıralandı.

İş bulmak istiyorum. Bu hastalık onur kırıcı bir hastalık, doktor bile "hastalığını sakla" dedi. Hasta da olsam, işi yapabiliyorsam iş verilmeli.

İETT gibi toplu taşıma bölümlerine gidilip hastalıklarla ve özür çeşitleriyle ilgili bilgi verilebilir.

Somut bir örnek olarak, özellikle ulaşım araçlarında “özürlü kartı” gösterdiklerinde (görünür bir özürleri olmadığı için) inanmayan bakış veya sözlere maruz kaldıklarını, rencide olduklarını,

bunun için toplu taşıma birimlerine gidilip hastalıklarla ve özür çeşitleriyle ilgili bilgi verilebileceğini dile getirdiler. Nüfus cüzdanına özür derecesinin yazılmasının ömür boyu engelli olmayı vurgulayan bir damga gibi yanlış bir uygulama olduğunu da vurguladılar (Bu uygulama 2008 yılı ortalarında yürürlükten kaldırılmıştır).

Aileler için de damgalama ve ayrımcılık her soruna damgasını vurmuş genel bir sorundu. Psikiyatrik teşhis almış kişilerin yakınları, bazen en yakınlarının bile verecekleri tepkiden, dışlanmaktan korktukları için hastalıktan bahsetmekten çekindiklerini, yıllarca sosyal hayattan uzak, tek başlarına yaşamak zorunda kaldıklarını belirttiler. Zihinsel engelli aileleri de okulda, yolda, deniz kenarında, otobüste insanların bakışlarından, çocuklarından ve kendilerinden kaçmasından, istenmemelerinden doğan problemlerden bahsettiler. Okul müdürlerinin, öğretmenlerin, doktorların çocuklarını istememesi nedeniyle, eğitim hayatında ve sağlık kurumlarında yaşadıkları zorlukların, çalışabilecek durumda olsa bile “zarar verir” endişesiyle işe alınmamalarının, hep bu engel grupları ve hastalıklarla ilgili önyargıların ve bilgisizliğin sonucu olarak ortaya çıktığını vurguladılar.

Denize gittiğimizde etrafımızda kimse kalmıyor. Diğer veliler rahatsız olmasın diye bize ayrı havuz veriyorlar.

Çalışanların temel vurgusu da ailelerin bilinçsizliği olmuştur. Ailelerin hastalık veya engeli kabul edemediklerini, bu nedenle

çocuklarına kötü davranabildiklerini bazen olanaksızlıktan bu kurumlara terk ettiklerini, kimilerinin başlarından atmak istediklerini söylemişlerdir.

Devlet kurumlarında, özellikle genel hastanelerde psikiyatrik sorunları ya da zihinsel engeli

bulunan kişilere ve onlara refakat eden çalışanlara olumsuz davranılması, doktorların bu gruplarla nasıl

Ailelere eğitim verilsin, doktorlar veya diğer uzmanlar aileyi hastaneye çağırıp konuşabilirler

iletişim kuracağını bilmemesi ya da ilişki kurmak istememesi nedeniyle hastalıkların anlaşılması, hatta genel tıbbi tedaviye zamanında ve hakkıyla erişememenin bazen ölümle sonuçlanması da yine önyargılara ve ayrımcılığa örnek olarak verilmiştir.

Yuvarlak masa toplantılarında kurum temsilcileri ve çalışanlarca da birtakım iyi niyetli düzenlemelerin, öğretmen, müdür gibi kurum çalışanlarının zihniyeti değişmediği için uygulanmadığı vurgulanmıştır. Hem çalışanlarda hem toplumun diğer kesimlerindeki bu önyargıları, sadece belli meslek gruplarının (rehber öğretmen, vb.) çalışmalarının kıramadığı da eklenmiştir. Bir hukukçu da hukuki açıdan zihinsel engellilerin korunması ile ilgili pek çok kanun olmasına rağmen, hâkimlerin bile bu grubu ve haklarını hafife aldığını belirtmiştir. Aileler haklarını bilmezken, bir de yürütme ve yargı organlarının hakları değersizleştirmesinin büyük sorunlara yol açtığını eklemiştir.

Öneriler

Engellilere bakış açısının, önyargılarda ve ayrımcılıkta oynadığı role değinilerek, bu bakış açısının değiştirilmesi önerilmiştir. Ayrımcılığın bazı ailelerde ve kurum çalışanlarında da görüldüğü, “insanlar rahatsız olur” zihniyetiyle bazen çocukların dışarı çıkarılmadığı ve toplumun bilinçlendirilebilmesi için engellilerin toplum içine daha çok çıkarılması, toplum içinde yaşaması gerektiği belirtilmiştir. Kurumlardaki gönüllü çalışmaların acıma duygusuyla değil, insani duyarlılıkla yapılması ve tek taraflı bir yardımın yerini birlikte üretimin alması gerektiği dile getirilmiştir.

Genel olarak, aileler ve ilgili kurum çalışanlarına yönelik spesifik eğitimlerin yanı sıra, kamuoyuna yönelik psikiyatrik sorun ve engel durumlarıyla ilgili bilgi verilmesi, bu insanların ve ailelerinin neler yaşadığının aktarılması, bunların herkesin başına gelebileceğinin vurgulanması şeklinde öneriler dile getirilmiştir. Bu bilgilendirmelerin belediyeler, hastaneler, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, SHÇEK gibi kurumların uzmanları ve kaynakları aracılığıyla yapılabileceği belirtilmiştir. En önemli araç olarak da medya ve özellikle televizyon vurgulanarak televizyonlarda konuyla ilgili programların yapılması, psikiyatri hastaları ve zihinsel engellilerle ilgili doğru bilgilerin ve-rilmesi, kurumların işbirliğiyle kampanyalar yapılması önerilmiştir.

Ayrımcılıkla mücadelede ailelerin hakları konusunda daha duyarlı ve bilinçli hale getirilmesinin ve denetim mekanizmaları olmasının bu bakış açısını değiştirecek en önemli etkenlerden olduğu özellikle vurgulanmıştır.

Medyada bu kurumların genellikle olumsuz haberlerle gündeme geldiği, yapılan iyi çalışmaların da haber yapılması gerektiği özellikle kurum çalışanları ve yöneticilerince önemle vurgulanmıştır. Basında en kötü şeylerin şizofreni ile ilişkilendirildiği, insanlara yanlış bilgi verildiği, basının konu hakkında bilgilendirilmesi gerektiği belirtilmiştir.

2. Ailelerin Örgütlenmesi, Hak Savunuculuğunun Yaygınlaşması: Sorun Yaşayanların Söz Sahibi Olması

Bu öneri, sadece önyargıları kırmak ve ayrımcılıkla mücadele için değil, neredeyse tüm sorun alanlarında temel çözüm noktası olarak öne çıkmıştır.

RUSİHAK çalışmalarında, hem ulusal mevzuatta hem de uluslararası sözleşmelerde var olan haklarını ve almaları gereken hizmetleri öğrenen aileler, bunları bilmediklerini, bu yüzden de haklarını arayamadıklarını dile getirmiştir. Aileler ve dernek temsilcileri, hizmet aldıkları kurumlarda çalışanların da bu hakları bilmediğini vurgulamıştır. Haklarını bildikleri zaman, kurumlarda şikâyet etmek ya da kavga etmek yerine, zaten yapılması gerekeni istemiş olacaklarını, bunun çok önemli olduğunu söylemişlerdir. Ayrıca ailelerin daha duyarlı ve bilinçli hale getirilmesinin ve denetim mekanizmalarında yer almalarının hizmetlerin kalitesini yükselteceği vurgulanmıştır.

Çalışanlar da, ailelerde suçluluk, utanç gibi duyguların olduğunu, haklarını bilmediklerini belirtmiştir. Ailelerin, hasta bakımı ve hastayla iletişim konularında eğitilmesini, psikolojik olarak desteklenmelerini ve hukuki olarak bilinçlendirilmelerini önermişlerdir. Böylece engelli haklarının hayata geçirilip geçirilmediğinin takip edilmiş olacağını, kurumların şeffaflaşacağını belirtmişlerdir.

Çalışmalara katılan bazı aileler de, ailelerin çocuklarına karşı ilgisizliğini önlemek için, ailelere eğitim verilmesi ve cezai tedbirler uygulanması, vesayet makamının denetimi, sağlık ocakları aracılığıyla hizmet sunulması gibi çözümler olabileceğini belirtmiştir.

Hastane dışında yardım alabileceğimiz hiçbir yer yok.

Tüm gruplar, ailelerin haklarını bilmesinin ve hak aramasının hizmetlerin kalitesini yükselteceğini, bakış açılarını değiştireceğini vurgulamıştır. Kurumların ve

derneklerin gerek engelliliğin nedenleri ve sonuçları gerekse hakları konusunda ailelere bilgi vermesi gerektiği belirtilmiştir.

Sivil yapıların toplum-temelli hizmetlere geçişi için baskı grubu olabileceğini, kurumlar arası ilişkilerin zor yürüdüğünü ama tabandan gelen baskının dönüşümü hızlandırabileceği vurgulanmıştır. Teşhis almış kişilere karşı yapılan her türlü kötü muamelenin ilgili birimlere şikâyet edilmesi ve bu konuda duyarlı olmayan tüm kamu kuruluşları ile özel kurumların ve kişilerin ilgili sivil toplum kuruluşlarıyla birlikte hukuki yollarla takip edilmesinin, bu tür bir baskının önemli bir araç olabileceği vurgulanmıştır.

Sivil toplum örgütlerinin çalışmalarının, toplumsal bilinci yükseltmek ve insanlara çevresindeki engelli kişilerle nasıl ilişki kuracağını öğretmek açısından da önemli olduğu ifade edilmiştir. Anadolu'da ailelerin hak bilinci olmadığı; her ilde bir danışmanlık merkezi açılarak ailelerin eğitilmesi, ailelerin örgütlenmesi ve dernek, federasyon gibi yapıların devlet tarafından maddi olarak desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bazı dernek yetkililerince engellilerle ilgili mücadele eden kişilerin psikolojik olarak hazırlanmaları gerektiği; bu kişilerin genelde kolayca umutsuzluğa kapıldığı; oysa değişimin zaman aldığı, hak mücadelesinin uzun sürdüğü belirtilmiş ve etkin stratejilerle, insanların emeğinin ve enerjisinin iyi değerlendirilmesi gerektiği de dile getirilmiştir.

Birden fazla engeli olan (işitme, görme ve zihinsel engelli) çocuğum için "Yapılacak hiçbir şey yok" dediler".

Hizmetlerin planlanmasından, uygulanmasına ve denetlenmesine kadar tüm aşamalarda, dernek temsilcilerinin sürece dahil olması önerilmiştir. Bazı uzmanlar da hem hizmeti veren, hem denetleyenin aynı kurumdan olmaması gerektiğini, sivil ve bağımsız bir denetim sistemi olmasının "Tüm tutulma merkezlerinin, bağımsız kurumlarca izlenmesinin" Türkiye'nin henüz imzalamadığı Birleşmiş Milletler İşkenceye Karşı Sözleşme'nin ek protokolünde bulunduğunu belirtmiştir.

Bu bağlamda hizmet veren kurumlarla (hastane, bakım merkezi, okul, özel eğitim merkezi, belediye, vb.) ailelerin ve derneklerin işbirliğinin ve diyalogunun artması gerektiği özellikle vurgulanmıştır. RUSİHAK'ın yuvarlak masa toplantısı gibi toplantıların bir koordinasyon kurulu aracılığıyla yılda 1-2 kez yapılması ve yapılanların denetlenmesi de gelen öneriler arasındadır.

3. Toplum-Temelli Hizmetlere Geçiş

Ülkemizde gerek zihinsel engelliler gerekse psikiyatrik rahatsızlık yaşayanlar için hizmetler kurum-temelli ve bölgeseldir. Genellikle 100 kişinin üzerinde bazen 1500 kişinin tedavi gördüğü ve barındığı büyük binalar şeklindeki hizmetler, hem çalışanlar hem de hizmet alanlar için büyük sorunlara yol açmaktadır. Kurum bakımı yerine kolayca ulaşılabilir ve ihtiyaç göre hizmet verecek toplum temelli-hizmetler, barınma, bakım, tedavi, istihdam gibi pek çok konuyu içeren bir çözüm seçeneği oluşturmaktadır.

Tedavi amacıyla bölgesel ruh sağlığı hastanelerinde en az 3 hafta bazen yıllarca kalan kişiler, yaşadıkları yerden, ailelerinden, çocuklarından uzakta, maddi ve manevi yoksunluk nedeniyle acı çekmekte; aileler de maddi sorunlar nedeniyle kurumlara kolayca ulaşamamakta, hatta zorunlu olarak geldiklerinde kalacak yerleri olmadığından büyük sıkıntılar yaşamaktadırlar. Kurumlarda kalan kişiler bu durum nedeniyle uygulanan tedavilerin de bir işe yaramadığını belirtmektedirler.

SHÇEK merkezlerinde kalanların büyük çoğunluğu ailelerin yoksulluk nedeniyle kuruma bıraktığı kişiler olup onlar da benzer yalıtılmışlık ve ulaşılama sorunlarını daha derinden yaşamaktadırlar. Çünkü genelde bu grup ömür boyu bakım için bu kurumlara verilmektedir. SHÇEK'e bağlı yatılı bakım merkezlerinde en önemli sorun, kuruma başvuran kişilerin kendi yaşadıkları yere göre değil, boş

*Ailem
Rize'de, teyzem gelmiyor,
halam gelmiyor, dayım gelmiyor, hiç
kimse gelmiyor. Köyde olsam, bahçeye
çıkardım, çay toplardım, bahçe kazardım,
arı kovanına bakarım.*

kontenjane göre yerleştirilmesi ve bu kişilerin ve ailelerin birbirlerine coğrafi olarak uzak olmaları nedeniyle iyice kopmalarıdır. SHÇEK bu konuda geçen yıl Engelsiz Yaşam Projesini başlatmıştır. Bu projede engellilerin kendi yaşadıkları yerde ikamet etmeleri planlanmaktadır.

SHÇEK çalışanları da bu kişilerin ailelerinin kolay ulaşabileceği ve ilişkinin kopmayacağı en yakın kurumlara yerleştirilmesi gerektiğini ısrarla vurgulamıştır. Kurumların çok kalabalık olması nedeniyle ister

*7 tane kardeşim var, hiç görmedim,
merak ediyorum.*

istememez nitelikten çok niceliğin ön plana çıktığını belirtmişlerdir. Ancak kimi çalışanlarca, yukarıda vurgulanan engelsiz yaşam projesinde, yine kurum odaklı bakışın hâkim olduğu; bu

evlerin genelde şehir dışında ve izole bir yerleşim yeri olarak inşa edildiği ve toplum içinde yaşamayı desteklemediği; şehir dışında olmanın hem sakinler hem çalışanlar için yalıtılmışlık duygusu yarattığı ve temel ihtiyaçlara ulaşmayı zorlaştırdığı dile getirilmiş, toplum içinde yaşamayı ve çalışmayı içeren sistemler kurulması gerektiği vurgulanmıştır.

Hastane yöneticileri, hastanelerin bakım yeri olmaktan çok tedavi ve rehabilitasyon hizmetine ağırlık vermesini, bakım konusunda sosyal hizmetlerin daha öne çıkması gerektiğini belirtmiştir. Yine hastane yöneticileri, Türkiye'deki ruh sağlığı sisteminin genel problemlerinin hastanelere aynen yansıdığını, Anadolu'daki hasta büyük şehre gelmeyip kendi şehrinde tedavi görebilse, hastanelerin daha rahat toparlanabileceğini belirtmektedir. Ayrıca gezici ekipler aracılığıyla hasta ve hasta yakınlarına yaşadıkları yerlerde hizmet vermenin hastaneye yatışı büyük ölçüde önleyeceği belirtilmiştir.

*Engelliler orkestra kurabilir mi?
Bateri, trompet çalabilirim.*

Hem Sağlık Bakanlığı, hem SHÇEK bünyesinde toplum-temelli hizmetlere geçişin nüvesi sayılabilecek adımlar atıldığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'na bağlı bazı hastanelerde gündüz hastanelerinin ya da rehabilitasyon merkezlerinin açılmaya başlandığı belirtilmiştir. Aile hekimliği sisteminin katkısıyla bu rehabilitasyon sistemine daha rahat geçileceği de söylenmiştir. Toplum-temelli psikiyatri modeli ve her belediyede bir merkez ve buna bağlı iş merkezi kurulması vurgulanırken yatak sayılarını azlığı nedeniyle, Türkiye'nin 28 ayrı bölgesinde 200 yataklı psikiyatri hastanesi yapılması için Sağlık Bakanlığı'nda ihale açılmak üzere olduğu bilgisi verilmiştir. Oysa bu hastaneler 20 yataklı üniteler, bahçeli, geniş alanlı olsa da, toplum içerisinde yaşamı hedefleri arasına koymadığı ve hizmet alan kesimi sürece dahil etmediği sürece kurum temelli modelden uzaklaşamayacaktır. Bir sonraki bölümde devrulanıldığı gibi toplum-temelli hizmetler, kişinin yaşadığı yerde kolayca ulaşabileceği ve çeşitli ihtiyaçlarına göre hizmet alabileceği bir model olmanın yanı sıra planlama, uygulama ve değerlendirme süreçlerinde hizmet alan kesimin eşit katılımcılar olarak söz hakkı sahip olduğu hizmetlerdir. Bu anlamda yapılan uygulamada bu yön eksik kaldığı sürece kurum temelli model hakim olacaktır.

Derlediğimiz önerilerde psikiyatrik kurumlarda kalan ya da gündüz hastanelerinden hizmet alan kişiler genelde her ilde bir hastane ya da merkez kurulmasını

ve tedavinin olabildiğince gündüzlü olmasını talep etmiştir. Bazıları da sağlık ocakları aracılığıyla temel ilaç tedavi ve takibinin yürütülebileceğini, o zaman

büyük hastanelere dönüşlerin sık

yaşanmayacağını söylemiştir.

Hastanedeyken dışarıda, bahçede gezebilmek istiyorum, özgürce, böyle olursa daha çabuk iyileşiriz.

Geçiş aşamasında pek çok yerde var olan huzurevleri ve SHÇEK'in merkezlerinde gündüz hastanesi gibi hizmet verilebileceğini söyleyenler de olmuştur. Kurum bakımında

güvenlik kaygısı nedeniyle bahçe-

eye bile çıkartılmayan hastaların "Özgürlük istiyoruz" şeklindeki talepleri de toplum-temelli hizmetlerle çözülecek gibi gözükmemektedir. Bu kişiler kapalı ortamda insanların saldırganlaştığını, hareket serbestliğinin önemini vurgulamışlardır ki, çalışanların çoğu da bir işle meşgul olan ve bahçeye çıkabilen, servis dışındaki etkinliklere katılan hastaların sakinleştiğini belirtmiştir.

Zihinsel engelli grupta, tüm kurumlarda öne çıkan konu aile özlemi olmuş, toplum-temelli hizmetlere duyulan

Doğum günümde dedem gelecek, ben bu yurda gelmeden önce, babam ölmeden önce beşik yaptırı, bana da beşik yapmıştı. Anneme köyde yardım etmek isterdim.

ihtiyaç, daha çok

"evimde, köyümde ailemle olmak isterdim"

ifadeleriyle kendini hissettirmiştir. Çocuklarını kurum bakımına bırakan zihinsel engelli aileleriyle görüşülemediğinden, onların fikirlerini tam olarak bilemesek de, büyük çoğunluğunun tedavi, bakım, destek ve eğitim hizmetlerine ulaşabilmeleri durumunda çocuklarından ayrı kalmak istemeyeceklerini tahmin ediyoruz.

Çoğu aileleri tarafından kuruma verilen ya da sokakta bulunan zihinsel engelli gençler ya da genç yetişkin çağdakiler, kendi evinde, köyünde ailesiyle birlikte yaşamak istediğini dile getirdi. Kendi yaşadığı ortamda, yemek yapabileceklerini, bahçede çalışabileceklerini, ev işi yapabileceklerini; yani bağımsız yaşama yönünde somut adımlar atabileceklerini belirttiler. Bazı çocuk ve gençler de arkadaşlarıyla görüşmek, parka gitmek, oynamak istediklerini söyledi.

Aşağıdaki iki tabloda, sırasıyla kurumlarda kalan psikiyatrik teşhis almış ve zihinsel engelli kişilerin alternatif ruh sağlığı merkezi ve toplum-temelli hizmet önerileri özetlenmektedir:

Kurumlarda Kalan Psikiyatrik Teşhis Almış Kişilerin Alternatif Ruh Sağlığı Merkezi Önerileri

Sorunlar ve çözüm önerileri çalışmasında dünyadaki gelişmeler ve Türkiye'deki iyi örnekler hakkında bilgilendikten sonra bazı hastanelerde ortaya atılan alternatif merkez önerileri aşağıdaki gibidir:

İsim: Sevgi Evi / Motivasyon Merkezi / Huzur Havzası

Fiziksel Mekân-Kapasite:

Evimize yakın, akşamları ve Cumartesi-Pazar da kalabileceğimiz bir yer olsun.

Yakınlarımız da istediklerinde kalabilsin.

En fazla 100 kişilik olsun. (50 kişi yatılı, 50'si evinden gidip gelenler olsun).

Şehir merkezinde 2-3 katlı bir yer olsun .

Küçük daireler (2 kişilik) şeklinde olabilir.

Bir odada 2-3 kişi kalsın.

Televizyon, buzdolabı, çamaşır, bulaşık makinesi olsun.

Sosyal ve mesleki olanaklar

Spor merkezi (Basketbol, voleybol, jimnastik, fizik hareket, aerobik) olsun.

Motor atölyesi (bobinaj, tamir), Tesisat atölyesi, Elişi atölyesi olsun.

Yemek yapma yeri-mutfak (fırın) olsun.

Kuaför dükkanı, kuaförlük eğitimi olsun.

Müzik aleti çalmayı öğrenelim.

Satış -yemek ve ürün satışı- yapabiliriz. Sergide satabiliriz.

Gece gezmeleri, Beş çayları, Geziler olsun. Tiyatroya gidelim.

Mescit olsun.

Seçenekler çok olsun, biz seçelim.

Özürü maaşı alsak da işlerde sigortalı çalışabilelim.

Sağlık Hizmetleri

Göz, diş, nöroloji gibi hizmetler olsun.

Merkezde psikolog olsun, psikologla haftada 3 kere görüşelim.

Psikolog ayrı yerde de olabilir, biz gidip gelebiliriz.

İletişim, evlilikte ilişkiler gibi konularda eğitimler verilsin.

Sevgi Evi olursa, hastaneye

ilaç tedavisi için gidilebilir;

Doktorlar hastanede hastalara daha çok zaman ayırabilir;

Hastanede daha iyi hizmet verilmiş olur.

Kurumlarda Kalan Zihinsel Engelli Kişilerin Toplum Temelli Hizmet Önerileri

İsim: Sevgi Evi

18 Yaş Üstü

- Evim olsun, annemle babamla yaşamak isterim
- Okul olsun.
- Okul eve yakın olsun.
- Araba olsun, araba kullanabilelim.
- Sıcak bir ortam olsun (eş, dost, arkadaş)
- Arkadaşlarımla dolaşmak isterim (parka gitmek, oynamak, ...).
- Annemin mezarına gitmek isterim.
- Doğaya yakın olsun.
- Denize gitmek isterim.
- Kendi işimizi kendimiz yapabilelim.

7-15 Yaş

- Çok amaçlı spor salonu olsun.
- Çiçek olsun, odamda yetiştirebileyim.
- Odamda film seyredebileyim.
- Yemek yapmayı öğrenmek isterim.
- Bahçede çadır kurabilelim.
- Okulu bitirip çalışmak isterim, para kazanıp aileme vermek isterim.

Ziyaret ettiğimiz bazı kurumlarda kalan bedensel engelli ve yaşlıların da önerileri alınmıştır. Bu grubun temel vurgusu her ilde bakım ve rehabilitasyon merkezleri olması olmuştur. Ayrıca, kurumda kişiye özel bakıcı olması, kişileri kurum dışına sinemaya, gezmeye götürmesi önerileri olmuştur. Akşama kadar kapalı olduklarını, daha fazla eğlence, piknik, gezme olabileceğini belirtmişlerdir.

Kurumlarda kalan bedensel engellilerin istekleri

- Konuşma engeli de olan tekerlekli sandalyeli bir kadın bir başka bedensel engelli kadının yardımıyla kendini şöyle ifade etti: Fotomodel olmak, defileye çıkmak istiyorum, özel kıyafetler seçebilirim. Televizyona çıkmak, filmlerde rol almak istiyorum, en büyük hayalim gelinlik giymek.
- Tiyatro olabilir, rol alabiliriz, çok yetenekliyim.
- En büyük hayalim Mekke'ye gitmek.
- Çalışmak isterdim, en büyük hayalim yemek yapmak, bilseydim evde kalırdım.
- Bir insana severek yardım edeceğim herhangi bir iş yapmak isterdim.

Yaşlı Sakinlerin İstekleri

- Radyom olsaydı, müzik dinlerdim.
 - Duaları, namaz kılmayı öğrenmek istiyorum.
- Haftada bir veya her gün bir saat ders verebilir. Aylık ücreti neyse veririm.

Ailelerin ve Çalışanların Önerileri

RUSİHAK çalışmalarına katılan zihinsel engelli ailelerinin de en çok vurguladığı

nokta "Biz ölürsek bu çocuklara ne olacak?" endişesidir. Endişelerini giderecek bir sistemin kurulmasının aciliyetini de vurgulamıştır. Bu tür bir sistemin ailelere de destek olması, ihtiyaç halinde kısa süreliğine çocuklarını bırakabilecekleri yerleri kapsaması gerektiğinin altı çizilmiştir. Eğitim veya bakım verilen bu tür merkezlerde her çeşit ihtiyaca cevap verilmesi, dersler, atölyeler, spor, yüzme, bilgisayar,

21 yaşından sonra bu çocuklar ne olacak? Mesleki eğitim, tiyatro, vb. olmalı. Yaşam köyleri olmalı. Aileler öldükten sonra kalacakları yerler lazım.



müzik dersleri, vb. hizmetlerin verilmesi önerilmiş, ayrıca engelli çocukların gidebileceği parklar, tatil köyleri gibi özel yerlerin olması da önerilmiştir.

En azından üç ayda bir genel sağlık kontrolleri olmalı; doktorların hastaları kontrol için hastaneye gelmeye teşvik etmesi gerekiyor.

Psikiyatrik tedavi görmekte olan kişilerin aileleri, hastaların hastaneye kesinlikle isteyerek yatmadığını, yıllardır hastaneye gelip gittiklerini ve kalıcı bir iyileşme olmadığını belirtmiş; sık kontrollere ve hastane dışında yardım alabilecekleri yerlere ihtiyaç duyduklarını dile getirmişlerdir. Rehabilitasyon merkezleri, korunaklı evler, gündüz bakım merkezleri gibi hizmet veren kurumların yaygınlaşması gerektiğini vurgulamışlardır. İl dışından gelen bazı hasta yakınları, çocukları tedavi olurken kalacak bir mekâna duydukları acil ihtiyacı vurgulamıştır.

Hastane çalışanları da psikiyatrik tedaviye ihtiyaç duyan kişilerin yaşadıkları yerlerde evde takip ve rehabilitasyon olanaklarının artırılmasını, yaşadıkları yerlerde en az 2 günde bir takip edilmesini, hastaların sosyalleşmesine olanak tanıyacak ortamların yaratılmasını ve aile hekimliği uygulamasının hayata geçirilmesini önermişlerdir. Bazı hastane çalışanları kronik servislerin kapatılıp, sadece akut servislerin olmasının ve psikiyatrik tedaviye ihtiyaç duyan kişilerin kronik servis yerine aile yanında ya da toplum içerisindeki merkezlerde yaşamasının gerekliliğini vurgulamıştır. Toplum-temelli hizmetlerin olmaması nedeniyle tedavi hizmetlerinin de aksadığı belirtilmiş; ilaç, terapi ve sosyal entegrasyon çalışmasının birlikte yürütülmesi ve taburcu olduktan sonra kişilerin yönlendirebileceği bir iş ve kalacak bir yer bulunmasıyla zincirin tamamlanabileceği vurgulanmıştır. Tedavinin sorunun kökenine müdahale etmesi gerektiği şu örnekle aktarılmıştır: Depresyondaki bir kadının yerine hastaneye gelmeyen, alkol alıp eşine şiddet uygulayan eşin ya da ailenin terapiye alınmasının gerçek tedavi olacağı, şimdiki durumda hastanedeki tedaviden sonra kişilerin aynı sorunların içine gönderildiği ve sık geri dönüşlerin olduğu vurgulanmıştır.

SHÇEK çalışanları da kendi kurumlarının alternatifi olmaması nedeniyle depo gibi görülüp, her tür engel grubunun gönderilmesine ilişkin şikayetlerini dile getirmiş ve psikiyatrik teşhisli, zihinsel engelli, bedensel engelli gibi farklı grupların bir arada olması yerine yaş ve engelin ciddiyetine göre farklı ve küçük ölçekli merkezlerin olması gerektiğini belirtmiştir. Bu kurumlarda kalmaması gereken, toplum içinde bağımsız yaşayabilecek "bavulu hazır" engellilerin

gidecekleri bir yer olmadığı için kurumda kaldığını belirten kimi yöneticiler de şu anki kurum yapısı devam ederken bu kişilere ev tutulması durumunda, kontrol mekanizmasının kendilerinin kapasitesini aşacağını, bunun için ayrı bir yapılanma gerektiğini belirtmişlerdir.

Yuvarlak masa toplantılarında, kimi uzmanlar, kurumlarda doğal olarak, fiziksel kısıtlama ve izolasyon olacağını, insanlar toplumdan ayrıldığında toplumla bağlarının kesileceğini, çözümün toplum-temelli hizmetlerde olduğunu vurgulayarak öncelikle bakış açısının değişmesi gerektiğini, bunun için de toplum temelli hizmetlerin olmayışının sonuçlarının, hem kurumlara hem topluma anlatılması gerektiğini belirtmiştir. Belediye Kanunu'nda toplum-temelli hizmetler için olanaklar olduğu, belediyelere çok iş düştüğü de bu toplantılarda sıkça vurgulanmıştır. Bir uzman da çok geç teşhis konması ve ailenin kabul etmemesi nedeniyle tedavi göremeyen bir otizm vakasından bahsederek toplum-temelli hizmetler olsaydı, bu gibi sorunların erken teşhis edilip, tedavinin ailelerin ayağına gitmesiyle çok farklı bir durum yaşanabileceğini belirtmiştir.

4. Bağımsız Yaşamayı–Yuva Kurmayı Destekleyen Barınma Seçeneklerinin Olması

Bağımsız, özerk ve üretken bir yaşam temel bir insan hakkı olmasına rağmen, özellikle bu iki grup için ülkemizdeki mevcut düzenleme ve uygulamalar, bu kişilerin hep başkalarına muhtaç olduğu görüşüne

Kardeşimin memlekette sevdiği var, gitmek istiyor, yollamıyorlar, orda evlenirdi, daha iyi olurdu.

dayanılarak planlanmış gibi görünmektedir.

"Normal", "sağlıklı" ya da "sağlam" kişilerin çoğu için yetişkinliğe geçiş kendine bir hayat arkadaşı bulmak ve bir işte çalışıp, kendi evinde yaşamak olarak görülürken, her iki grubun da bağımsız bir yaşam kurma isteği, evlenmesi, hatta birini sevmesi bile tuhaf karşılanmaktadır. Proje etkinlikleri sırasında gösterdiğimiz Hırvat belgeselinde API adlı kurum aracılığıyla 20-40 yıl arası kurum bakımında kalıp, toplumda yaşama programı dahilinde birlikte olup evlenen engelli çiftlerin hikayeleri anlatılmaktadır. Bu belgeseli gösterdiğimizde bazı çalışanlar bu grubun evlenemeyeceğini, çocuk doğurmalarının sakıncalı olduğunu söylemiştir. Psikiyatrik teşhis almış kişiler, "Evlenme izniniz var mı, evlenebilmek için ne yapabiliriz?" şeklinde sorular yönelmiştir. Bu kişilerin bağımsız yaşamalarını destekleyecek bir bakış açısı ve sistem olmadığından bağımsız yaşayabilecek durum-

daki zihinsel engelli ya da psikiyatrik tedavi gören kişilerin neredeyse tamamı ya aileleriyle kalmakta ya da hastane ya da bakım merkezlerinde ömür boyu kalmaktadır.

Ülkemizde her iki grup için, özellikle de psikiyatrik teşhis almış kişiler için en acil sorunların başında bu kişilerin, aileleri sahip çıkmadığında kalacak yerlerinin olmaması gelmektedir. SHÇEK'e bağlı kurumlarda zihinsel engelliler için değişik illerde merkezler bulunmakta, ancak mevzuatta "ruhsal-duygusal özürülü grup" olarak adlandırılan ve çoğunlukla psikiyatrik teşhis almış kişileri içeren grup için özel bir barınma-bakım merkezi bulunmamaktadır. Bu alanda hizmet veren özel merkezler açmak yasal olarak daha yeni düzenlenmiş ancak, mevzuat engeli nedeniyle ancak son birkaç aydır 2-3 merkez bu grubu kabul etmeye başlamıştır.

Aileler ilaçların etkisini bilmiyor. Her işte çalışamıyorum. Ama sanki bilerek yapıyormuşum, çalışmak istemiyormuşum gibi düşünülüyor. Hastalar birbirini anlıyor.

Barınma olanaklarının

yetersizliği nedeniyle taburcu olduktan

sonra ailenin gelip almadığı durum-

larda gidecek bir yerin olması

(Bir hasta 1 ay önce taburcu

olduğu halde ailesi gelip

almadığı için hastanede

kaldığını ifade etmiştir) ve aile-

den şiddet gören hastalar için

kalabilecekleri güvenli mekânlar

olması hem hastalar hem çalışanlar

tarafından en acil ihtiyaçlar

arasında sayılmıştır.

Hastanedeki arkadaşlarla ev tutmak istedik, ailem birlikte ev tutmamıza izin vermedi. Hastanedeki arkadaşlar iyileşmek istiyorlar, çaba gösteriyorlar, bir meşguliyet istiyorlar, hayatın içinde olup çalışmalarını, eski hallerine dönmelerine yardım edebilir. Para kazanıp, evlenip herkes gibi yaşayabilirler.

Türkiye'de bağımsız yaşamı destekleyen bir barınma seçeneği olarak Elazığ'da yürütülen korumalı ev projesi örnek teşkil etmektedir. Aile

desteği olmadığı için

yıllardır hastanede

kalıp ardından bu

evlerde kalan psikiy-

atrik teşhisli kişiler,

bu uygulamadan

oldukça memnun olduk-

larını belirtmişlerdir.

Korumalı ev her yerden iyi. Kimseye muhtaç değiliz, çalışanlar bize çok destek oluyorlar. Çarşıya çıkınca hasta gibi hissetmiyoruz. Diğer arkadaşlarım da benim gibi kapalı servisten çıksın. Bir ev ortamında olsunlar.

Aileler de proje bitiminde bu evlerin devam ettirilmesi için hastaların maaş hakkının bakanlıkça verilmesi gerektiği, bu tip projelerin her ilde yürütülmesi gerektiğini vurgulamışlardır.

Yuvarlak masa toplantılarında kimsesiz şizofreni hastaları için belediye yasasına, belediyelerin her 10.000 kişilik nüfusa bir ya da iki merkez açmak için

kaynak ayırması koşulunun eklenmesi önerisi gelmiştir. Bazı katılımcılar da, Türkiye'de bu grubun neredeyse %98'inin aileyle yaşadığı, modernleştikçe aile bağlarının zayıflayacağı ve sahipsiz kişilerin çoğalacağı, bu nedenle aile yapısını koruyan, onları rahatlatan yöntemler bulunması ve evde bakımın ana stratejilerden biri olması gerektiğini vurgulamıştır. Yine bu toplantılarda, engellilerin cinselliğinin yok sayıldığı, oysa onların da hissedip âşık olduğu, bu konuda engelin zihniyette olduğu vurgulanmış, ne yapılması gerektiğiyle ilgili Avrupa'daki örneklere bakılabileceği, hiçbir ülkede bu sorunun tam çözülmediği, uzmanların bu konuyu ailelerin hal-etmesini önerdikleri ancak ailelerin ne yapacağını bilemediği gündeme gelmiştir.

5. Kaliteli Bakım Hizmetleri-Evde Bakım

Daha önce de belirtildiği gibi ülkemizde yatılı bakım hizmetleri ağırlıklı olarak SHÇEK merkezleri üzerinden yürümektedir. Hastanelerin bir kısmı da bakım hizmeti vermektedir. Şu an kendine bakabilecek pek çok kişi uygun mekânların olmaması nedeniyle kurum bakımı altındadır. Ancak, zihinsel engelli grubun yaklaşık yarısı, psikiyatrik teşhis almış grubun da bir kısmı başkalarına bağımlı yaşamak durumunda olacağından kaliteli bakım hizmetleri büyük önem taşımaktadır. Kurum bakımı verilen yerlerle ilgili mekân, personel durumu, maddi olanaklar açısından var olan pek çok sorun, RUSİHAK çalışmalarında dile getirilmiştir.

Ziyaret ettiğimiz ruh sağlığı hastanelerinde gerek kurum koşullarıyla ilgili bilgi derleme çalışmalarında gerekse küçük grup çalışmalarında kurumda uzun süredir kalan ya da tedavi gören psikiyatrik teşhis almış kişilerin hastanedeki koşullarla ilgili önerilerinde, temel insani ihtiyaçlar öne çıkmıştır. Bu kurumlarda kalan engeli bulunan ya da psikiyatrik teşhis almış kişiler kapalı kalmaktan hoşlanmadıklarını, iş yapmayınca mutsuz olduklarını belirterek faaliyet yapmak, spora gitmek, dışarı çıkmak istediklerini belirtmiştir.

Koşullar bölümünde ayrıntılı olarak tarif edilen tutulma koşullarında da görüleceği gibi, temel olarak bu kurumların çoğunda, kalan kişi sayısının çokluğu, binaların ruh sağlığı hastanesi olmak dışında farklı amaçlarla yapılmış olması, çalışanların sayısal ve niteliksel eksikliklerine bağlı olarak günlük yaşamla ilgili pek çok sorun yaşanmaktadır. Hastanelerde çoğunlukla, odalar sabah kilitlenip akşama kadar açılmamakta, sabah ve akşam çok erken saatlerde kalkılıp yatılmakta, dinlenme, yalnız kalma vb. ihtiyaçlar için özel alanlar bulunmamaktadır. Bazı hastanelerde güvenlik kaygılarıyla odalara bile kamera



konmuştur. Odalarda sadece yataklar olup, çoğunda özel eşyalar bulunmamakta, kişiler vakitlerini genelde ortak mekânlarda birlikte geçirmektedirler. Bu ortak mekânlarda da televizyon, kanepe dışında pek eşya bulunmamaktadır. Birçok hastanede bina dışına bahçeye çıkışlar belli saatlerde yapılabilmekte; çoğunlukla tel örgülerle çevrili iç bahçelere çıkışa izin verilmekte, bazı hastanelerde dış bahçe kullanımına hiç izin verilmemektedir. Zihinsel engellilerin kaldığı mekânlarda da yatak, dolap vb. olmasına rağmen çoğunda özel eşyalar bulunmamakta, kişiler vakitlerini genelde ortak mekânlarda birlikte geçirmektedir. Tüm günlerini dolduran sosyal-tıbbi ya da kültürel bir program uygulanmamaktadır. Ancak çeşitli mesleki ya da el sanatları kursları, yaz döneminde kamp, piknik gibi etkinlikler genelde her kurumda uygulanmaktadır.

Bu koşullarda yaşayan kişiler doğal olarak bunlarla ilgili sıkıntılarını dile getirip çözüm önerileri sundular. Ancak özellikle psikiyatrik teşhis almış grubun öncelikli vurgusu, maddi koşullardan çok, insani onur ve haysiyetlerine saygı gösterilmesi, özgürlüklerinin kısıtlanmaması, tedavileriyle ilgili ya da yaşadıkları mekânla ilgili gerekli bilgilerin kendilerine verilmesi yönünde oldu.

Kurumlarda kalan kişilerin mekânsal koşullar ve düzenlemeler ile bakım koşullarına ilişkin önerileri aşağıda özetlenmektedir:

Mekânsal Koşullar ve Düzenlemeler:

- Gündüzleri odaların açık kalması;
- Yatış ve kalkış saatlerinin ileri alınması;

- Yeni gelen hastaların (ajite oldukları için) ilk aşamada eski hastalardan ayrı bir yerde kalması;
- Sigara içilebilecek ve tek başına kalıp dinlenecek yerlerin olması;
- Odalardaki kameraların kaldırılması;
- Aileleri arama imkânına sahip olmaları

Bakım ve Tedavi Koşulları:

- Can ve mal güvenliğinin sağlanması;
- Kantine ulaşabilme;
- Sigara ve çay ihtiyacını devletin karşılaması;
- Öğün aralarında yiyecek bir şeyler olması;
- Daha sağlıklı terlikler giyebilme;
- Özel koşullarda bakım gerektiren hastalara (örneğin diyabet hastaları) yönelik özel diyetler uygulanması ve bakım koşullarının hastalığa göre düzenlenmesi;
- Özel eşyaların kaybolmasının önlenmesi;
- Hastaneye kabulde ellerinden alınan paranın haftalık olarak yeterli oranda verilmesi;
- Hastalık ve tedavi hakkında detaylı bilgi verilmesi;
- Çalışanların daha nazik davranmaları;
- Eğitimli kişilerce bakım yapılması;
- Doktorların eşit ve saygılı davranması, hoş geldin demesi, derdini anlatacak zaman ve rahat bir ortamın sağlanması;
- Fiziksel sıkıntıların ciddiye alınması ve küçümsenmemesi.

Çalışanlar ve yöneticiler de bakım merkezlerinin kurulacağı yerlerin iyi seçilmesi, ses, gün ışığı gibi faktörlerin dikkate alınmasına dikkat çekmiş, şu an var olan hem resmi hem özel merkezlerin fiziki koşullarının uygun olmadığı dile getirilmiştir. Kurum içinde

hizmet verilen grubun yaş ve engel durumu açısından çok çeşitlilik taşımasının büyük sorunlara yol açtığı belirtilerek 0-21 yaş grubuna rehabilitasyon hizmeti ile sadece bakım hizmeti verilebilen, engellilerin durumlarına uygun olarak kuruluşlara nakledilmesi önerilmiştir. Merkezlerde doktor, hemşire olmaması nedeniyle büyük sorunlar yaşandığı, ayda bir psikiyatrist gelmesinin yeterli olmadığı da belirtilmiştir. Bakım kurumlarında bakım elemanı eksikliğinin çok olduğu, yaşlılar için bakım elemanı olduğu, zihinsel engelliler için olmadığı dile getirilmiştir.

Engeli olan kadınlar için büyük şehirlerde, mesela İstanbul'da, bakım merkezi olmadığı da sorun alanı olarak belirtilmiştir.

Ayrıca, kurumda kalan kişilere aşçılık eğitimi verilmesi, uygulama mutfağı açılması; merkezlerin yakınlarına eğlence yerleri, lunaparklar yapılması; her bakıcının en fazla dört kişinin bakımından sorumlu olması; daha çok psikolojik yardım, daha çok fiziksel aktivite sağlanması; bakıcıların sürekli ve yeterli düzeyde eğitimden geçirilmesi, çocuklarla ilişki kurma, onların ruhsal, zihinsel ve fiziksel kapasitelerini geliştirme yöntemleri öğretilmesi de öneriler arasında idi. Çocukların en çok ihtiyaç duyduğu şeyin sevgi olduğu, onlarla birebir temas kurulması gerektiği, doktorların kurumda kalanların kendilerine yönelik yüz yolma, vb. saldırgan davranışlarının birebir ilgi eksikliğinden kaynaklandığını belirttiği de dile getirilmiştir.

Yuvarlak masa toplantılarına katılan uzmanlar da birebir, yakın ilişki ihtiyacının ve engelli çocuklarda oyun oynama ihtiyaçlarının çok fazla olduğunu vurgulayarak ailelere ulaşmak için farklı iletişim yolları denenebileceğini, kurumda kalsalar da çocukların aileleriyle, kurum içinde belli sosyal faaliyetlere katılmalarının sağlanabileceğini belirtmiş; kendilerini ifade etmeleri için tiyatro, resim gibi sanatsal yöntemlerin kullanılmasını önermiştir.

Bu toplantılarda bakım hizmetleri için her belediyenin mahalli, engellilerin rahatça yaşayabileceği mekânlar için özel politikaları ve şehir planları olması, yatılı ve bölgesel hizmet yerine, engellinin aile yanında kalacağı yerel hizmetlerin güçlenmesi, ağır durumda olanlar için, her ilde devlet denetiminde özel ya da kamuya ait yatılı bakım kurumları olması gerektiği de vurgulandı.

Çalışanların Alternatif Merkez Önerisi:

Bazı çalışanlarca alternatif bir kurumsal bakım modeli olarak "İçinde parklar, bahçeler, yollar, sinema, tiyatro ve kafeler olan, çocukların müstakil evlerde kaldığı ve

yeşillik içinde mahalleler kurulması, güvenli ama sınırlamaların olmadığı, kişiyi izole etmeyen, çocuğun çocukluğunu yaşayabileceği ortamlarda, bireyi kendi kendine yeterli hale getirecek ve özgüvenini güçlendirecek rehabilitasyon olanaklarının ve kişiye özel bakım ve tedavi planlarının olması; psikolog, fizyoterapist, doktor, psikiyatrist, çocuk gelişimci, sosyal hizmet uzmanı, hemşire olması" önerilmiştir.

Bakım yerlerinin Almanya'da olduğu gibi 15 m²'den büyük kişisel alanlı merkezler olması gerektiği belirtilmiştir. Bakım merkezlerinde bakım, tedavi ve rehabilitasyonun bir arada olması; fiziki koşulların ve uzmanların buna göre sağlanması gerektiği de ifade edilmiştir.

Evde Bakım Hizmetleri

Neredeyse tüm gruplar kurum bakımının hiçbir zaman ailedeki sıcaklığın yerini tutamayacağını, ailelerin maddi ve sosyal olarak desteklenip çocuğun ailenin yanında kalmasının sağlanmasını ve özellikle kırsal bölgede yaşayan annelere ev ziyaretleri yoluyla psikolojik destek verilmesini önerdiler. Evde bakım annelerin üzerinde olduğu için, onlara birkaç saatlik mola hizmeti verilmesi, ailelerin bulundukları yerde geçici süreler için çocuklarını bırakabilecekleri küçük yatılı kurumlar olması gerektiği de ifade edildi.

Bu noktada kurum bakımına alternatif olarak düşünülen ve 2005 yılında çıkan Özürlüler Kanunu'ndan sonra uygulanmaya başlanan evde bakım hizmeti, RUSİHAK projesi sırasında hemen her kesim tarafından sıkça gündeme getirilmiştir. Bu konuda yaşanan sıkıntılar ve önerilenler şöyle özetlenebilir.

- Ailelere dönük evde bakım ücreti aileleri rahatlattı, ama aileler çocuklarının sorunlarıyla baş başa kalmış oldu.
- Aileye yapılan maddi yardımlar kurum bakımından pahalı oldu, bu yardımla aile çocuğuna yeterli hizmeti veremiyor ve ihtiyaç duyduğu hizmetlere ulaşması zor olduğu için bu hizmetleri alamıyor.
- Ailelerin ne tür ek hizmetlere ihtiyaç duyduğunun yeniden değerlendirilmesi gerekir. Bu süreçte ailelerin bu tür hizmetleri alması konusunda bir demek veya başka bir kurum rehberlik edebilir.
- Çocuk kurumdan aileye geri verilecekse, ailelerine dönüşü için aile mutlaka eğitilmeli ve bilinçlendirilmeli, şehir içinde kamu kurumları ve belediyelerce gündüzlü bakım merkezleri açılması buna destek sağlayabilir.
- Evde bakım için sadece maaş verilmemeli, gezici

Engellilerin ailelerin yanında olmaları daha önemli, ancak evde bakım projesinden sonra Saray Rehabilitasyon Merkezi'nde aile yanına dönen sadece bir kişi oldu. Mevcut evde bakım projesi tek başına yeterli değil. Ailelerin ne tür ek hizmetlere ihtiyaç duyduğunun yeniden değerlendirilmesi gerekir.

ekiplerle hizmet götürülmeli. Değerlendirme ekibi olması lazım, ama böyle bir personel yok.

• SHÇEK çalışanlarının sayısı çok azken uzmanlar evde bakım hizmeti ekiplerinde yer alarak evlere ziyaret ve başka bürokratik işlerle görevlendirildi. Bakım merkezlerindeki uzmanlar, kendi işlerini yapamaz hale geldi.

6. Eğitim ve Rehabilitasyon

Olanaklarının Artması

Zihinsel engellilikte özel eğitim, teşhisin konmasından itibaren hemen devreye girmesi gereken bir alan olarak tanımlanmaktadır. Özel eğitim bu grup için tedavi ve rehabilitasyonun bir parçasıdır.

Psikiyatrik rahatsızlıklar için özel eğitim gerekli değilmiş gibi bir algı olmasına rağmen, aslında örgün eğitim içinde bu tür bir teşhis alan çocuk veya gence de kendi ihtiyaçları doğrultusunda özel eğitim ilkelerinin uygulanması gerekmektedir. Okullarda genelde bu tür rahatsızlıklar uyum güçlüğü olarak adlandırılmaktadır. Şizofreni rahatsızlığının başlama yaşı genellikle ergenlik dönemidir ve bu süreçte ihtiyaç duydukları desteği alamadıkları için lise ve üniversite eğitimini yarıda bırakan pek çok genç bulunmaktadır. RUSİHAK grup çalışmalarında, bu konuda okulda dışlanıp, küçük görüldükleri için sorunlarının daha da arttığını ve performansları büyük ölçüde düştüğü için üniversiteyi terk ettiklerini belirten psikiyatrik teşhisli kişiler olmuştur. Psikiyatrik teşhis almış bir kişi de üniversitedeyken hastalığı nedeniyle kendisine burs verilmediğini belirtmiştir. Orta öğretim okullarındaki rehberlik servisleri az da olsa varken, üniversitelerde henüz bu hizmet yeni başlamaktadır. Burada başka bir sorun da rehberlik uzmanlarına gerek zihinsel, gerekse psikiyatrik sorunu olan kişilerle ilgili yeterli eğitimin ve süpervizyon

desteğinin verilmemesi, dolayısıyla bu gruplara yeterli hizmetlerin verilememesidir.

Üniversitede okurken fiziksel sorunun nedeniyle diğer arkadaşlarıma göre iki kat çalışmam gerekiyordu. Zorlandım. Ailevi sorunlarım da vardı. Hepsini üst üste geldi. Sonra depresyon başladı. Okulu bıraktım. Senelerce evden çıkmadım. İngiltere’de benim gibi engelli olanlara okulda destek olan birimler varmış. Üniversitelerde psikolojik danışma merkezleri olmalı.

Rehabilitasyon, toplum içinde yaşama becerisinin kazandırılması çalışmaları olarak her iki grup için de çok önemlidir. Bu alanda çok önemli bir dal olan uğraşı terapisi eğitimi ve uzmanı ülkemizde bulunmamaktadır.

Kurumlarda daha çok halk eğitim merkezlerinin branş öğretmenleri tarafından verilen psiko-sosyal beceri eğitimleri ya da ağırlıklı olarak el sanatları, resim çalışmaları yapılmaktadır.

Ülkemizdeki özellikle zihinsel engellilik alanında bir başka önemli sorun da kendini ifade edebilenlerin bu tür destek hizmetlerini almasına rağmen, “ağır” durumda olan ya da böyle görülen engelliler için yapılacak bir şey olmadığının düşünülmesidir. Bu durum sosyal hizmet sistemine ve engellilerle ilgili yasalara “ağır durumdakilere bakım hizmeti verilir” şeklinde yansımıştır. Oysa, engel durumu ne olursa olsun her bireye tıbbi tedavi, destek teknolojiler, fizyoterapi, psikolojik destek, uğraşı terapisi, sanat terapileri gibi değişik yöntemlerle yaşamını daha üretken ve mutlu geçirmesi için yardım etme imkânı bulunabilir. Ziyaret ettiğimiz kurumların çoğunda birçok engelliye özellikle “ağır” engelli gruba bu tür desteklerin sunulmadığını gözlemledik.

2006 tarihli Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tesbiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine ilişkin Yönetmelik’te, “Bakıma Muhtaç Özürlü: Bu Yönetmeliğin uygulanmasında, özür lülük sınıflandırmasına göre ağır özür lü olduğu belirlenenlerden, günlük hayatın alışılmış, tekrar eden gereklerini önemli ölçüde yerine getirememesi nedeniyle hayatını başkasının yardımı ve bakımı olmadan devam ettiremeyecek derecede düşkün olan kişilerden, sosyal güvenlik kurumlarına tabi olmayan; ailesini kaybetmiş olanlar ile ailesi ekonomik veya sosyal yoksunluk içerisinde bulunanlar” olarak tanımlanmış ve kişisel bakım hizmetlerine ek olarak, kişinin kendisinin ve ailesinin engeli kabul lenmesine yönelik çalışmaları, sosyal haklara yönelik bilgilendirme çalışmalarını, bağımsız yaşam ve toplumsal yaşama katılım için kültürel ve sportif etkinlikleri ve kişinin depresyon ve kaygı benzeri durumları yaşamasını önlemeye yönelik çalışmaları içermesine rağmen, bu tür hizmetlerin yokluğu projede görü lülen çoğu engelli ve yakını tarafından ifade edilmiştir.

Ailelerin Eğitim ve Rehabilitasyon İçin Önerileri:

- Eğitim ve rehabilitasyon hizmetleri konusunda ailelere destek sağlanması;
- Okullardaki diğer çocukların engellilik konusunda bilgilendirilmesi;
- Kaynaştırılmış sınıflar ve özel eğitim sınıflarının sayısının artırılarak bütünleşmiş eğitimin sağlanması;
- Özel veya resmi özel eğitim kurumlarının sayı olarak artırılması ve nitelik olarak geliştirilmesi (okuma yazma, spor, yüzme, bilgisayar, müzik, vb. hizmetlerin olması);
- Çocuğ un tüm hizmetleri alabileceğ i eğitim komplekslerinin yapılması;
- Devlet okullarının engellilere sunduğ u hizmetler açısından sık sık denetlenmesi;

- Her engellinin farklı özelliklerine göre bireye özgü eğitim verilmesi;
- Ailelerle eğitim kurumu arasındaki diyalog kopukluğunu giderebilmek için sosyal hizmet uzmanlarının ev görüşmeleri yapmaları;
- Ağır engelli çocukların ve yetişkin zihinsel engellilerin gidebilecekleri mesleki eğitim kurumları ve gündüzlü kurumların olması.

Çalışanların Önerileri

Ergenlik karmaşası ile psikoz karıştırılabildiği için, bu dönemde birçok ergenin şizofreni teşhisi aldığı, bu nedenle ergenlik döneminde özellikle psikiyatrik durumlarla ilgili ders verilmesi;

- Aileler ve çocukların okul yönetimi ve öğretmenlerce de damgalanmasının önlenmesi, çocukların yargılanmaması, bu nedenle özellikle eğitimcilerin eğitilmesi.

Hastane Yöneticilerinin Önerileri

- Hastanenin görevinin rehabilitasyon değil, tedavi olduğu ve rehabilitasyon başka kurumların işi olduğu için hastaneler belediye, SHÇEK gibi kurumlarla bu konuda işbirliğinin yapılması
- Rehabilitasyon hastanenin hizmet alanı içinde olduğu için, gündüz hastaneleri ve rehabilitasyon merkezlerinin kurulması

Zihinsel Engellilik Alanındaki Öneriler

- Erken tanı için hamilelik esnasında ve çocuk doğar doğmaz değerlendirme ve düzenli takibinin yapılması;
- 0-6 yaş için özel eğitim desteğinin yaygın olarak sunulacağı kurumların acilen açılması;
- Kreş ve anaokullarında engelli çocuklara özgü bir kontenjan olması;
- Ayrımcılığı önlemek için engelli çocuğu olmayan ailelerin bilgilendirilmesi;
- Bu gruba hizmet veren özel rehabilitasyon merkezlerinde sosyal hizmet uzmanı, çocuk psikoloğu, fizyoterapist ve özel eğitim uzmanı çalıştırılması zorunluluğunun getirilmesi;
- Özel rehabilitasyon merkezlerinin, Özürlüler İdaresi'ne ya da tekrar SHÇEK'e bağlanması;
- Bağımsız ve uzmanlar tarafından yürütülen bir denetim mekanizması kurulması.

Özel eğitim ile ilgili öneriler

Yuvarlak masa toplantılarında katılımcılar tarafından özel eğitim alt sınıflarının ve öğretmen sayısının yetersizliği vurgulanmış ve aşağıdaki öneriler derlenmiştir:

- Sınıf öğretmenlerine özel eğitim bilgisi verilmesi;
- Eğitimde değişik branşlardan sırada bekleyenlerin

- eğitimden geçirilerek özel eğitim sınıflarında görevlendirilmesi;
- Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı olarak hem örgün eğitimde hem özel eğitim kurumlarında çalışan herkese engellilik eğitimi verilmesi;
- Özel eğitimde gönüllülük çok önemli olduğu için zihinsel engelli sınıf öğretmeni veya özel eğitim öğretmeni için puan sisteminin kaldırılması, teşvik edici başka sistemlerin getirilmesi;
- Üniversitelerdeki özel eğitim bölümlerinin artırılması;
- Bilimsel çalışmaların sorun yaşayanlarla işbirliği içinde yapılması (Özel eğitim, rehberlik, psikoloji, sosyoloji vb. disiplinlerin zihinsel engellilik alanıyla işbirliğinin olması gerektiği vurgulanmıştır);
- Okulların proje aşamasında eğitimin gereklerine göre tasarlanması, İngiltere'deki gibi engellilerin herkesle birlikte aynı okullara gidebilmesi, kaynaştırma eğitiminin yaygınlaşması ve rehberlik servislerinin daha etkin çalışması;
- Okullara engellilerle ilgili önyargıları kırmak için uygulamalı dersler konulması, bakış açısının değiştirilmesi.

7. Tanı ve Tedavi Süreçleri

Ülkemizde her iki grubun tıbbi tanılması ve tedavisi ağırlıklı olarak hastaneler üzerinden yürümektedir. Zihinsel engelliler için teşhis konulduktan sonra eğitsel tanılama Rehberlik ve Araştırma Merkezleri'ne verilmiş olup bu tanılamadan sonra özel eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerine yönlendirilmektedirler.

Genel olarak, sağlık çalışanları da dahil bu alanda çalışan uzmanlar arasında, ruh sağlığı hastanelerinin psikiyatrik teşhis almış kişilere hizmet vermekte olduğu ve sosyal hizmet kurumlarında psikiyatriste ihtiyaç bulunmadığına ilişkin bir görüş hakimdir.

Oysa, zihinsel engellilerin kaldığı merkezlerde psikiyatrist bulunmamakla birlikte, davranışları kontrol amaçlı anti-psikotik ilaçlar kullanılmaktadır. Ayrıca bu kurumlarda, pek çok psikiyatrik teşhisli kişi bulunmaktadır. Hem bu hizmet için hem de genel tıbbi bakım için hastanelere gidilmektedir. Bu kurumlarda tedavi olarak fizyoterapi öne çıkmakta olup bu hizmet de yeterince verilmemekte, engellilerin gelişimi olumsuz etkilenmektedir.

Ruh sağlığı hastaneleri de ağırlıklı olarak psikiyatrik teşhis almış kişilere hizmet vermekle birlikte, bu hastanelerin çoğunda zihinsel engeli olanlar da kalmakta (Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde 150 sahipsiz zihinsel engelli kişinin kaldığı belirtilmiştir) ya da tedavi olmaktadır. Bu hastanelerde de genel tıbbi bakımla ilgili uzman bulunmaması en büyük sıkıntıdır.

Bunun dışında, tedavinin pek çok farklı yöntemi de içermesi gerekirken, genelde sadece ilaç tedavisi uygulanmaktadır. Tedavi, tanı sürecinde ailenin yönlendirilmesinden, sosyal çalışmalara, hizmet verenlerin iletişim tarzına kadar pek çok alanı kapsamaktadır.

Aşağıdaki başlıklar altında özetlenen çözüm önerilerinde de tedavinin çok boyutluluğu dikkati çekmektedir:

Medyanın Hastalıklarla İlgili Tutumu-Özel Sektörün Denetlenmesi

Gazete ve televizyonlarda belirli doktorların yaptıkları konuşmalarla, hastalığı olmayanlara hastalık yaydığını, bazı ilaçların reklamını yaparak rant yarattığını belirten psikiyatrik teşhis almış bir kişi, ilaçların köşe yazarlarınca reklam edilmesinin engellenmesini, bu bilgileri verenlerin ve medyanın denetlenmesini önermiştir.

Psikoterapi ruhsal rahatsızlıkların tedavisinde ve önlenmesinde çok önemli iken, devlet kurumlarında bu hizmete ulaşmanın imkansız olduğu, özel merkezlerde ise psikoterapi hizmetinin ihtiyacı olan pek çok kişinin karşılayamayacağı kadar pahalı olması ve sağlık sigortalarının psikolojik tedavileri kapsamaması nedeniyle Sağlık Bakanlığı tarafından psikoterapinin sosyal güvence kapsamındaki tedavi yöntemleri arasına alınması için düzenleme yapılması gerektiği ve bu konuda standartlar belirlenmesi, “parası olanın soyulduğu” bu mevcut sistem yerine daha adaletli bir sistemin kurulması gerektiği de vurgulanmıştır.

Ailelerle İlgili Süreçler-Aile Tedavisi

Psikiyatrik teşhis almış kişiler, çoğu kişinin durum aile üyelerini huzursuz ettiği için hastaneye yattığını, doktorlar evlere gidip, aileyi eğitirse hastaneye bu kadar çok başvuru olmayacağını belirtmiştir.

Aileler de psikiyatrik sorun yaşayan kişiyi tedavi için ikna edememe, bu süreçte desteksiz olma sorunlarından bahsederek, hastanelerin aileyle işbirliği içinde takip sistemi kurmasını, doktorun telefonla takip etmesini, sosyal hizmet uzmanlarıyla evde takip sistemi kurulmasını önermişlerdir.

Çalışanlar da en önemli sorun olarak, tedavi edilerek taburcu edilen hastaların takip edilmemesi nedeniyle geri dönüş oranlarının %80'lere vardığını belirtmiş ve ailelerin durum hakkında bilgilendirilmeleri ve aile eğitimine yönelik tedbirlerin alınmasını önermişlerdir. Maddi durumu iyi olmayan kişilerin ilaç alamadıkları için hastaneye geri döndükleri de vurgulanmış ve aileye ilaçlarını temin etmede devletin yardımcı olması gerektiği belirtilmiştir.

Yuvarlak masa toplantılarında da bireysel terapi yanında ailenin desteklenmesinin önemine değinilmiştir. Ailelerin hastalığı ya da zihinsel engel teşhisini kabul etmemesi ya da gizlemesinin, ancak büyük zorluklarla karşılaşınca, doktora başvurusunun tedaviyi olumsuz etkilediği belirtilmiş, bu süreçte aile üyelerinin birbirini, özellikle anneleri suçlamaya başlaması, ayrılıklar gibi tüm aileyi olumsuz etkileyen süreçlerin yaşandığı vurgulanmıştır.

Ailenin teşhis belli olduktan sonra bir an önce yaşama katılması için öncelikle eğitim verilmesi, erken tedavi olanaklarını yakalamalarının sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Bu konuda kendine yardım gruplarının da çok yardımcı olabileceği, özellikle annelerin sorunu yaşayanlar olarak birbirlerini daha iyi anlayıp çözümünü de daha iyi takip edeceği vurgulanmıştır.

Özellikle zihinsel engellilerin kurumlardan aldıkları eğitimlerde zaman kaybı ve sonuçta çocuk açısından yeti kaybı olduğu için, ailelerin eğitimin içeriği konusunda bilgilendirilmesinin gerektiğine de dikkat çekilmiştir.

Toplum-Temelli Bir Tedavi Modeli Önerisi

Yuvarlak masa toplantısına katılan bir öğretim görevlisinin ifadesi:

“Bir hayalim var. Bir aileye tanıdan sonra hekim “şu kapıya gidin” diyecek. O birimde aileye destek verilecek. Sonra diğer odada tanının aileye neler getireceği ve neler götüreceği anlatılacak. Özel eğitim anlamında nerelere başvurabileceği bilgisi verilecek.”

Diğer katılımcılar da bu hayal için her ilçede bir psikoterapi merkezinin oluşturulup, her merkezde psikolog, psikoterapist, sosyal hizmet uzmanı olabileceğini, merkezin tanı ve tedaviden sonra hastanelere, belediyelere ve yerel yönetimlere yönlendirme ve koordinasyon sağlayabileceğini, her kurumun kendi hizmetini vermesiyle aslında tüm halkın hizmet almış olacağını belirterek toplum-temelli bir tedavi modeli önermişlerdir.

Kurumlardaki Tedavi Yöntemleri ve Tedavi Olanakları, Bilgilendirme

Hastalar, ruh sağlığı hastanelerindeki tedavi ortamı için psikolog ve doktorların sayısının artmasını, haftada bir ya da üç kere sorunlarını

konuşabilmeyi, doktorların kendilerine en az yarım saat ayırmasını, daha uzun süre takip edip daha dikkatle ilaç vermelerini, hastalığın seyri ve ilaçların yan etkisi konusunda işi bilen kişilerce bilgilendirilmek istediklerini

İlaçlarımı kendi elimle içmek istiyorum, hemşireler yorulmasın

belirtmişlerdir. Birkaç hasta da EKT'nin (elektrokonsulsif terapi-elektroşok uygulaması) kalkmasını istemiş, bazıları da ilaçları kendi elleriyle içmek istediklerini belirtmiştir. Ayrıca sportif, sanatsal, bilimsel içerikli çeşitli etkinliklerin varlığının da iyileşmelerine katkı sağlayacağını dile getirmişlerdir.

Aileler, psikoterapinin yok denecek kadar az uygulanması ve salt ilaçla tedavi olmasından yakınarak, hastane içinde sosyal ve kültürel aktivite olanağının artırılması gerektiğini vurgulamıştır. Ayrıca elektroşok tedavisi ve ilaçla tedavi için aydınlatılmış onam alınmadığını belirterek hasta yakınlarının bilgilendirilmesini istemişlerdir.

Servislerde hasta hakları yazısı çok uzakta asılı, okuyamıyoruz. Daha yakına asılsın. Daha çok bilgilendirme yapılsın.

Zihinsel engelli çocuğu olan aileler bu konuyu tanı aşamasındaki bilgilendirme eksiklikleri açısından ele almış, sonraki tedavilerle ilgili bu konuda yaşadıklarından bahsetmişlerdir.

Bazı çalışanlarca da hastaların hasta hakları hakkında etkin bir şekilde bilgilendirilmedikleri

belirtilmiş, bilgilendirmenin yalnızca form imzalatmak ya da en iyi olasılıkla kısaca bilgi vermek şeklinde olduğu, bu süreçte yaşanan sorunlarla ilgili etkili bir bilgilendirme ve yönlendirme olmadığı belirtilmiştir. Çalışanlar, servislerde günaydın toplantıları ve grup terapileri düzenlenmesi, kişiye özgü doktor ve hasta tarafından imzalanan bir tedavi planının olması ve doktor, psikolog, hemşirenin ekip olarak hem hasta hem yakınlarıyla çalışmasını önermiştir.

Yuvarlak masa toplantılarında da ilaç, terapi ve sosyal entegrasyon çalışmasının birlikte yürütülmesi, hastaların her seferinde aynı hekimi görmesi için randevulu hekimlik sistemine

geçilmesi ve hekimin

hastaya yeterince

zaman ayırması vur-

gulanmıştır. Bir resmi

kurum temsilcisi,

çocuğunun geçirdiği bir

hastalık sonrası bir psikiy-

atri uzmanının "İyileşmez, çünkü mongol" dediğini,

oysa kızının şimdi veteriner olduğunu anlatarak dok-

torların ve eğitmenlerin kullandıkları üslubun, karşı

tarafı nasıl etkileyeceğine dikkat etmesi gerektiğini

belirtmiştir.

Zihinsel engelli çocuk sahibi aileler özellikle tıbbi bakım ve fiziksel tedavi olanaklarına ulaşma sorun-

Kızım bağımsız yürüyordu. Fizik tedavi 4 saatten 2 saate düşüncü yürüyememeye başladı.

larını gündeme getirmiş, bazı veliler yeni yönetmelikle birlikte, özel eğitim kurumlarındaki fizik tedavi zorunluluğunun 4 saatten 2 saate düştüğünü, bağımsız yürüyen bazı çocukların yürüyememeye başladığını belirtmiştir. Aileler, zaten az olan tedavi olanaklarının çoğaltılması ve Türkiye'nin her tarafına yayılması için ailelerin tek tek mücadele yerine var olan örgütler veya yeni örgütlenmeler yoluyla talepte bulunulmasını, hastanelerde engellilerin yararlanabileceği özel servislerin oluşturulmasını, hastane ve özel eğitim kurumları ile hasta yakınları arasındaki diyalogun artırılmasını önermişlerdir.

SHÇEK kurumlarında çalışanlar da, kurumlarda sürekli ilaç kullanımının çok fazla olması ve bu ilaçların büyük kısmının kurum doktorları tarafından yazılamaması nedeniyle sadece ilaç yazımı için zihinsel engellilerin hastaneye götürülmesinden, saatlerce hastanede beklemek zorunda kalmaları, kendilerine olumsuz davranılmasından yakınarak kurumların içinde özel sağlık servisleri kurulmasını ya da kuruma psikiyatrist ve nörolog atanmasını istemişlerdir. Bir kurumda kısa bir süre çalışan nörolog zamanında, epilepsi krizlerinin %70 azaldığı belirtilmiştir.

Fizyoterapi mümkün olduğunca erken dönemde başlaması gerekirken bu kurumlarda bu hizmetten çok az sayıda engellinin yararlanabildiği belirtilmiştir. Kurumlardaki küçük yaşta engelli çocukların ellerini hem oynatıp hem de kendilerine zarar vermelerini engellemek için üniversitelerin fizik tedavi bölümlerinden yardım istendiği ama bir sonuç çıkmadığı belirtilmiştir.

Kurum Koşullarının ve Rehabilitasyon Olanaklarının Tedaviye Etkisi

Gerek hastaneler gerekse SHÇEK kurumları için kurum ortamında yalıtılmış ve kapalı bir mekânda kısıtlanmış olarak kalmanın ve zamanlarını değerlendirecek olanakların olmayışının tedaviyi olumsuz etkilemesi tüm taraflarca dile getirilmiştir. Hastalar hastanede çoğu zaman vakitleri boş geçtiği için daha çok bunalıma girdiklerini, vakit geçirecek spor, bilgisayar gibi ilgi alanlarına göre çeşitli eğitimlerle olanaklar yaratılmasını, bu konuda üniversitelerle işbirliği yapılabileceğini, hastalara sorumluluk verilmesini, öğrendikleri becerileri kullanmalarının sağlanmasını önermişlerdir. Madde bağımlısı olarak hastanede kaldığı zaman, meşgale olmadığı için sadece maddeden konuşarak insanların birbirlerini teşvik ettiğini belirten bir hasta da maddeden uzaklaşmak için kendi isteğiyle oradan ayrıldığını dile getirmiştir. Hastanelerde iç ve dış bahçelere çıkışın çok az olması ve genelde kapalı ortamda kalmanın insanları vahşileştirdiğini dile getiren hastalar, özgür



olmak, daha çok bahçeye çıkabilmek istediklerini belirtmişlerdir.

Aileler, hastanelerde yatak, hekim, hemşire, yardımcı personel sayısının yeterli olmaması nedeniyle bazen tedavi süreci sona ermeden hastaların taburcu edildiklerini, hastane koşullarının temizlik, sosyal etkinlikler açısından cezaevine benzer koşullar içerdiğini vurgulamıştır. Bazı çalışanlar da hastaların, demir parmaklıklar arkasına kapatılarak tüm günlerini pek bir şey yapmadan orada geçirmelerine yol açmanın, çağdaş ve insani olmadığını belirterek demir parmaklıklar yerine başka yöntemler bulunması gerektiğini dile getirmiştir.

Çalışanlar da hastaların bahçeye çıkınca sakinleşip, spor yapınca rahat uyuduklarını gözlemlediklerini,

hastanelere kapalı ve açık spor alanlarının

yapılması, spor eğitmeni istihdam edilmesi gerektiğini, bunların tedavi süreçlerini olumlu etkileyecek önemli etkenler olduğunu belirtmiştir.

Hastanede spor aktiviteleri olabilir. İlaçların etkisi ve hareketsizlik nedeniyle kilo alıyoruz.

Özellikle AMATEM’de kalan hastaların, bol spor yapıp, bol sıvı tüketmelerinin vücudun zehirden arınması için gerekliliği vurgulanarak bu bölümlerin acilen spor olanaklarına kavuşturulması gerektiği vurgulanmıştır.

Kurumlarda Genel Sağlık Takibi

Psikiyatrik tedavi görenlerin, ailelerinin ve hastane çalışanlarının en sık dile getirdiği konulardan biri, ruh sağlığı hastanelerinde genel sağlık hizmetlerinin olmayışı ve bu konuda özellikle diş, göz, dahiliye, üroloji ile ortopedi hizmetlerinin hastanede bir birimce verilmesi gerekliliğidir. Bu durum hastaların yaşam koşullarını ve ruhsal durumunu olumsuz etkilediği gibi, özellikle acil durumlarda hastaları, görevli hemşirenin diğer hastanelere götürmesi nedeniyle servisin hemşiresiz kalmasına da yol açmaktadır. Nadiren de olsa bazı durumlarda, tıbbi tedaviye zamanında ve yeterince ulaşamamanın psikiyatri hastalarının ölümüne bile yol açabildiği belirtilmiştir.

Bu koşulların aynıları SHÇEK kurumları için de geçerli olup, bu kurumlarda psikiyatrist olmadığı için bu hizmet de görevli bir hemşire eşliğinde hastanelere gidilmesini gerektirmektedir. Çalışanlar, hastanelerin psikiyatri servislerinden yeterince destek alamadıklarını, SHÇEK kurumlarından giden psikiyatrik tablosu olan ya da zihinsel engelli sakinleri ancak hatırlı kişiler araya girerse kuruma yatırabildiklerini, hastanede psikiyatristlerin sadece ilaç yazdığını ve bu gruba olumlu yaklaşmadıklarını belirterek, zihinsel engellilerin kaldığı merkezlerde, psikiyatrist görevlendirmesi olmasını ya dapsikiyatristin haftada belirli bir süre gelip kurumda ilaç kullanımını düzenlemelerini önermişlerdir.

Kurum yöneticileri de Sağlık Bakanlığı’ndan, kurumda yarı zamanlı çalışacak özel psikiyatrist ve stajyer doktor gönderilmesini istediklerini ancak bir gelişme olmadığını belirtmişlerdir. Personel eksikliği nedeniyle çocukların düzenli ve yeterli sağlık kontrollerinin yapılmamasının bazen ölümlere neden olduğu

da belirtilmiştir. Ayrıca genel hastanelerdeki doktorların engelli muayenesi ve öykü almayla ilgili eğitime ihtiyacı olduğunu, bir şey yok deyip çocuğu geri gönderdikleri bazı durumlarda, çocuğun kuruma döndükten sonra öldüğünü dile getirmişlerdir. Öneri olarak, SHÇEK kurumlarında nörolog, ortopedist, çocuk psikologu gibi uzmanların olması gerektiği belki kurum içine hastane ya da sağlık servisi açılabilceği belirtilmiştir. Ayrıca bu kurumlarda diyetisyenlerin olup, kurumda kalanların özelliklerine göre özel diyet hazırlanması gerektiği de vurgulanmıştır.

Tanılama ve Raporlarla İlgili Öneriler

Bir başka sıkça dile getirilen konu da farklı tanılara göre farklı ilaç verilmesinin ve farklı raporlar düzenlenmesinin yarattığı sorunlardı. Hastalar, özel veya kamu (askeriye dahil) tedavi hizmeti verenlerde tanı

Psikiyatride farklı teşhisler konuluyor. 91'den beri tedavi oluyorum; depresyon, iki uçlu bozukluk, kronik şizofrensin denildi. İlk gittiğim profesör 10 tane ilaç verdi. İlaçlar kötüleştirdi beni. Sonra başka teşhise göre farklı ilaç verdiler. Doktora girmemizle çıkmamız bir oluyor. Sorun biraz sistemde.

açısından birlik olmasını, özel kurumlar da dahil bunun Sağlık Bakanlığı'nca denetlenmesini, özel sektörde ve kamuda bir standart sağlanmasını önermiştir. Aileler, geçmiş tedavi ya da hastaneye yatırılma öyküsünün ruhsal rahatsızlık tespitiinde esas alınmasının

engellenmesini istemiştir. Ayrıca psikiyatrik raporların, askeri kurumlarda kabul edilmesini önermişler, %80 raporu olan bir gencin sadece görüntüsü normal diye askere alınıp, üç ay sonra çok kötüleşmiş olarak terhis edildiği durumlar olduğunu belirtmişlerdir..

Zihinsel engelli çocuk aileleri de zihinsel engellilere zor teşhis konduğunu, bu konuda uzman doktorun ve her ilde tedavi olanağının olmadığını, sağlık kurumlarında engel grupları bilinmediği için rapor verme sürecinde buna bağlı sorunlar çıktığını, bu konuda doktorlara eğitim verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Her sene rapor için hastaneye ve Rehberlik Araştırma Merkezi (RAM)'a gitmek yerine raporların bu grup için süresiz olmasını istemişlerdir. Sağlıkla ilgili raporların dağınık hastaneler yerine sadece belli hastanelerden verilebileceği dile getirilmiştir.

SHÇEK kurumlarında çok sayıda "sınır zekâda çocuk" olduğu, bu

Her sene rapor için hastaneye, Rehberlik Araştırma Merkezi (RAM)'a gitmeye gerek var mı? Raporlar süresiz olsun. Rapor almak eskisine göre daha zorlaştı. RAM'lar çok yoğun oluyor. Çok zor sıra geliyor. Adana'nın sıcaklığında, yazın kalabalıkta beklemek çok zor oluyor.

çocukların burada tutulmasının onların ge-rilemesine neden olduğu da çalışanlarca vurgulanmıştır. Yuvarlak masa toplantılarında, RAM'larda çalışan psikolog sayısının yetersiz olduğu, testlerin ve raporlamanın basit bir şekilde yapıldığı, kullanılan testlerin gözden geçirilip bazı olgularda Sağlık Müdürlüğü ve üniversitelerin katkısıyla bu testlerden başka incelemeler de yapılması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca, sağlık kurumlarının verilen raporlara itirazlar nedeniyle yoğunluk yaşadığı, özrlü raporlarının yanlış kullanımının önlenmesi ve özel rehabilitasyon merkezlerinin aldığı raporların araştırılması önerilmiştir.

8. Personelin Çalışma Koşulları

Hem hastanelerde hem SHÇEK kurumlarında en çok dile getirilen sorunlardan biri personelle ilgili nitelik ve nicelik sorunları olmuştur. Sistemin genelindeki sorunlardan dolayı çoğu personel işini yapamamaktan yakınmakta ya da çok zor çalışma koşulları olmasına rağmen destek görmedikleri için motivasyonlarını kaybettiklerini, ruhsal olarak yıprandıklarını belirtmektedir. Bu sıkıntılar en fazla kurumda kalanlarla en çok vakit geçiren, hemşireler, bakım elemanları gibi gruplarca dile getirilmektedir.

Çalışan görevliler çok fazla çalışıyor, hastalar bazen onlara kötü davranıyor, birbirlerine de kötü davranıyorlar. Bazı çalışanlar da hastalara bağlıyor.

Tedavi bölümünde belirtildiği gibi ziyaret edilen tüm kurumlarda genel sağlık personeli bulunmasının gerektiği özellikle vurgulanmıştır.

Bunların dışında özellikle aileler tarafından sağlık personelinin eğitiminin yetersizliği vurgulanarak, hastane personelinin hizmet içi eğitiminin artırılması, hasta bakımında temizlik işçilerinin değil, eğitim almış hastabakıcıların görev alması, hemşirelerin evrak işleri ile değil hasta ile ilgilenmesi ve evrak işlerini tıbbi sekreterlerin yapması, her serviste psikolog ve sosyal hizmet uzmanının olması, çocuk psikiyatristi sayısının artması gibi talepler dile getirilmiştir. Branşlaşma yoluyla yeterli ve uzman personel yetiştirilmesi gerektiğini de eklemişlerdir. Ayrıca doktorların ve sosyal hizmet uzmanlarının gerek zihinsel engellilerin haklarını gerek kendilerinin sorumluluk ve haklarını bilmemeleri de önemli bir sorun olarak vurgulanmış, tıp fakültelerinde hasta haklarının öğretilmesi önerilmiştir.

Yatılı tedavi gören hastaları, bazı temizlik görevlileri azarlıyor. Bunu doktorlara ve hemşirelere söylüyoruz o an için geçiyor. Ben başhekimime gideceğim. Ama diğerleri sesini çıkarmıyor. Başhekim onlara sözlü uyarı verebilir. Eğer işleri çok yük oluyorsa personel sayısı artırılabilir.

Özel güvenlik görevlisi: Bizim de can güvenliğimiz yok. Asgari ücretle çalışıyoruz, güvenlik görevlileri içinde en az biz alıyoruz, ama en riskli burası.

Çalışanlar kendi çalışma koşulları ile ilgili olarak, hasta veya ailelerinin saldırılarına maruz kaldıkları için can güvenliklerinin risk altında olduğunu, hastaların çoğu zaman bunu bilinçsiz yapıp sonra özür dilediğini, bu konuda iletişim ve kendini koruma üzerine eğitim alabileceklerini belirtmişlerdir. Personel yeterliliği nedeniyle çalışma şartlarının çok ağır olduğunu, bazen izne bile

çıkamadıklarını, röntgen bölümlerinde çalışanların fazladan bir ay izni olması ve yıpranma payı gibi hakların kendilerine de tanınmasını önermişlerdir. Gece nöbetle-rine her bölümde mutlaka bir uzmanın kalması, uzmanların grup sorumlusu olmaması, denetim yükünün meslek elemanlarının üzerine kalmaması gerektiği belirtilerek, idari ve bürokratik işlerin ilgili personelle yürütülmesi önerilmiştir.

Çalışanların değiştiği bir başka nokta da, yöneticilerle personel arasındaki diyalog eksikliğinin giderilmesi, demokratik ve katılımcı bir yönetimin olması, çalışanların karar alma süreçlerine daha etkin katılabilmesi olmuştur. Meslek elemanlarının yıllarca aynı işi yapması yerine yükselme ve yeni eleman yetiştirme imkânı tanınması, işe alımlarda ve yükseltilmede ideoloji yerine bilgi ve yeteneğin belirleyici olması, işe alma kriterlerinin yeniden belirlenmesi ve özellikle destek personelin meslek liselerinin ilgili bölümlerinden alınması önerilmiştir.

Sosyal hizmetlerde atama sistemi yerine kişinin çalışmak istediği alanı (örneğin: yaşlılar, çocuklar, engelliler, vb.) seçebilmesinin daha verimli olacağı belirtilmiş, sadece yardımcı personele değil uzmanlar dahil personelin tamamına, işe başlamadan önce ve çalıştığı sürece özellikle zihinsel engellilerin hakları ile hasta hakları konusunda eğitim verilmesi, eğitimin sürekli olması, eğitimin bu konuda çalışan sivil toplum kuruluşlarınınca yürütülmesi de öneriler arasındadır.

Çalışanlara yönelik psikolojik destek verilmesinin, motivasyonu artırıcı hizmetlerin planlanmasının çok acil bir ihtiyaç olduğu, sosyal etkinliklere kaynak ayrılmasının gerekliliği vurgulanmıştır. Özellikle SHÇEK kurumunun pek çok gayrimenkulü olduğu için bu kurum bünyesinde, hem sakinler hem personel için sosyal tesisler açılabilmesi belirtilmiştir. Yuvarlak masa toplantılarında da benzer görüşler dile getirilmiş, yukarıdakilere ek olarak okullardaki rehber öğretmen ve özel eğitimci sayısının artırılması, RAM'ların fiziki ihtiyaçlarının (servis aracı, gereç) karşılanıp personel sayısının çoğaltılması önerilmiştir.

Üniversitelerde daha çok özel eğitim ve sosyal hizmet bölümleri açılmasının çok acil bir ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Belediyelerin sosyal hizmet uzmanı ve psikolog/psikolojik danışman kadrosu olması gerektiği de vurgulanmıştır.

SHÇEK'in evde bakım incelemeleri nedeniyle artan iş yükü için kurumların halkla ilişkiler bürosu olabileceği, ön incelemelerin burada yapılabileceği belirtilmiş, bu konuda çok çeşitli itirazlar ve bunların getirdiği yoğun bir iş yükü olduğu için kurumların avukatının olması gerektiği de vurgulanmıştır. Hastanelerde de kurum avukatı olması önerilmiştir.

Her kademedeki çalışanlara kendilerini geliştirebilmeleri için masrafları karşılanarak, kongre ve sempozyumlara katılma fırsatı verilmesi, kurumlarda internet bağlantısı ve çalışanların kullanma imkanı olması, Milli Eğitim'in meslek-içi eğitim kurslarını sertifikalandırılması önerilmiştir.

9. Mesleki Eğitim ve İstihdam

Daha önceki başlıklarda da sık sık bahsedildiği gibi, ülkemizdeki en büyük sıkıntılardan biri her iki grubun da iş yaşamına katılamaması ve buna bağlı olarak tedavi, barınma, bağımsız yaşama, toplumsal yaşama katılım, aileye yük olma açısından sorunlar yaşanmasıdır. Özel ihtiyacı olan bireyler için açılan korumalı işyerleri ülkemizde yok denecek kadar azdır. Bunların çoğu derneklerin açtığı atölyelerdir. Mesleki eğitim alanında zihinsel engelliler için devletin az sayıda da olsa iş okulları ve mesleki eğitim okulları varken, psikiyatrik teşhis almış grup için böyle bir uygulama bulunmamaktadır. Bu grup yalnızca hastanelerin ve derneklerin açtığı atölyelerde ve gündüz hastanelerinde bazı uğraşlara katılabilmekte ve çoğunlukla ailelerine bağımlı olarak yaşamaktadır.

Bu konuda en büyük sorunun, bu konuda sorumlu bir kurumun olmaması ya da konunun sistematik olarak ele alınmaması olduğu söylenebilir. Kurumlar arası işbirliği bölümünde de görüleceği gibi, İŞKUR, Halk Eğitim, Belediyeler, Tarım İl Müdürlükleri gibi pek çok kurum bu konuda kurs açabileceklerini belirtmiştir.

Kurumlarda kalan psikiyatrik teşhis almış ve zihinsel engellilerin ortak talebi kendi işlerini yapabilmektir. Bunu sadece para kazanmak için değil, yaşamlarının bir anlamı olması, kendilerini mutlu etmeleri,

İş başvurusu için gittiğimde ömür boyu ilaç içtiğimi duyunca iş vermiyorlar.

Yatılı kurumda kalan zihinsel engelli çocuk ve gençler: Biz de burada serayı kazdık, domates ektik, meslek olarak öğreniyoruz.



iyileşmeleri açısından da istemektedirler. Yuvarlak masa toplantısına katılan bir hasta dernekte mum üretimini öğrendiğini bu sayede insanlarla iletişiminin geliştiğini, evde bakım yerine çalışmayı tercih ettiğini belirtmiştir. Bir diğeri de %80 özürölülük oranı nedeniyle iş verilmediğini, şizofren damgası olunca, iş bulmanın zor olduğunu, oysa çalışmayı istediğini, bu gruba evde bakım ücreti de verilmediğini söylemiştir. Çalışmalara katılan bedensel engelliler de işadamlarının engellileri küçümsemeyip, onlara uygun fırıncılık, marangozluk gibi iş sahaları açmasını önermiştir.

Ailelerin de en çok vurguladığı nokta, çocuklarının işe alınmaması, iş okullarının, mesleki kursların yetersizliği olmuştur. Bazı aileler hastalara, hastanede iş imkânlarının sağlanmasını önermiştir.

Ailemi görmek istiyorum. Şirkette çalışırken gidiyordum, şimdi para yüzünden gidemiyorum, yaz kampına gittiğim için işten çıkarmışlardı.

Psikiyatri hastalarının toplumla bütünleşmesini sağlamak için, belediyelerin farklı alanlarda özellikle meslek edindirmeye ilişkin psikiyatri hastalarına dönük kurslar açması da önerilmiştir. Yuvarlak masa toplantılarına katılan, ailelerin kurduğu bazı derneklerin yetkilileri de zihinsel en-

gellileri çalıştıran fabrika yetkililerinin, en çok verimi zihinsel engelli gruptan aldığını söylediğini, bu görüşlerin diğeri iş adamlarına aktarılabileceğini belirttiler. Orta-ağır zihinsel engelli grubun fiziksel olarak verimli olduğunu, eğitilebilir grubun ise hem akademik, hem fiziksel pek çok şey yapabileceğini eklediler.

Kurum çalışanları da, iş konusunun çok büyük sorun olduğunu, kişileri hiçbir yere yönlendiremediklerini, sahipsiz hastalar için sokağın alternatifinin olmadığını,

kaymakamlık, belediye dahil hiçbir kurumun bu durumun sorumluluğunu üstlenmediğini dile getirmişlerdir. Korumalı işyerleri çoğalırsa hastaneye yatışların da azalacağını belirtmişlerdir. Türkiye’de özel sektörün belli eğitimlerden geçerek bu grubu istihdam etmesinin sağlanmasını ve engellilerin başarılı olabileceği iş alanlarında belli mesleki eğitimler (inşaat, mobilyacılık, bahçe işleri, vb.) verilerek sadece engellileri istihdam eden işyerlerinin açılmasının teşvik edilmesi ni önermişlerdir. Toplumsal önyargıların kırılmasının bu süreçteki rolüne değinilerek, insanların bu gruplardan korktuğu, işverenlerin iş kalitesi açısından bu kişilere güvenemediği belirtilmiştir. Hem devletin, hem STK’ların, özel sektöre projeler götürüp fon kuruluşlarının maddi desteğiyle çalışmalar yapılmasını sağlayabileceği belirtilmiştir. .

Yuvarlak masa toplantılarında sağlıklı bir insanın bile boş kalınca sorun yaşadığı belirtilmiş, özellikle yetiştirilme çağından sonra özel eğitim yerine mesleki eğitimin gerekliliği vurgulanmış, iş okullarındaki yaş sınırlamasının kalkması ve bu okullardan mezun olanlara iş bulmada destek sunulması önerilmiştir. Döner sermaye sistemiyle kurumlarda mesleki eğitimlerden elde edilen paranın bizzat kişiye dönüşü olması gerektiği de bu toplantılarda vurgulanmıştır.

Özel sektördeki engelli kotasının ruhsal ve zihinsel problemleri olan kişileri çalıştırmayı özendirecek şekilde düzenlenmesi ve tüm tarafların olduğu bu tür toplantılara özel sektör temsilcilerinin de katılması önerilmiştir. En büyük sıkıntının engelli kişilerin yeterince eğitilmiş olmaması olduğu, işverenlerin eğitilmiş insan istediği belirtilerek mesleki eğitime ağırlık verilmesi vurgulanmıştır. Bazı katılımcılar ise, korumalı işyerinin özel kotadan daha uygun bir

çözüm olduğunu, Avrupa’da mesleki rehabilitasyonun daha çok korumalı işyerleri üstünden ilerlediğini belirtmiştir.

Bu toplantılara katılan İŞKUR yetkilileri, korumalı işyeri konusunda İŞKUR’un finansmanı olduğunu, derneklerin bu konuda proje sunmasını beklediklerini ifade etmişlerdir.

Bazı katılımcılar belediye desteğiyle Ankara’da bulunan ve zihinsel engelli kişilerin çalıştığı Down Cafe gibi korumalı işyerlerinin kurulabileceğini belirtmiştir. İstanbul Büyükşehir Belediyesi yetkilileri, psikiyatrik teşhis almış grup için mesleki beceri atölyeleri açtıklarını, işverenlerin engellilerin özellikleri hakkında bilgilendirilmesi konusunda çalıştıklarını ifade etmiştir. Halk eğitim merkezi yetkilileri de, İstanbul Kadıköy’de Down sendromlu çocuklara garsonluk eğitimi vererek açılan kafenin toplumun duyarsızlığı nedeniyle kapanmak zorunda kaldığını belirterek, toplumun engelli bireylerin çalışmasına alışmasını sağlayacak kampanyaların yürütülmesini önermiştir.

Bir yetkili de, şizofreni tanısı olan birini yanına işe verdiklerini, 3 yıl sonunda heyetin kendisinin fikrini aldığını ve bu kişinin öğretmenliğe geri dönerek hiçbir sorun yaşamadığını belirterek hastaların işyerlerinde takibi ve işyerindeki diğer kişilerle bağlantı kurulması gibi bir yöntemin çok işe yaradığını dile getirmiştir.

10. Sosyal Haklar ve Yasal Düzenlemeler

Ülkemizde her iki gruba da yasal alanda çeşitli sosyal güvenceler getiren pek çok düzenleme olmasına ve son yıllarda bu konuda çok önemli adımlar atılmasına rağmen, toplumsal yaşamın içinde pek çok zihinsel ve psikiyatrik teşhis almış kişi bunlardan yararlanamamaktadır. Bu konuda en çok vurgulanan nokta haklarını bilmemek, hakkını arayamamak, dolayısıyla bu konuda bilgi verici çalışmaların hem devlet hem de dernekler tarafından yürütülmesi talebi olmuştur.

Kardeşime 90’da otizm teşhisi konduğundan beri, bir mücadele içindeyiz, her alanda sorun yaşıyor, ne yapacağınızı öğreninceye kadar çok zaman geçiyor, öğrenseniz de bürokratik engelleri aşmak çok zor.

Kurumlarda kalanlar, özellikle psikiyatrik teşhis almış kişiler, sosyal haklarını (maaş, bakım ücreti vs) bilmediklerini, kurumda yaşadıkları sorunlarla ilgili danışabilecekleri avukatların olmasını istediklerini belirtmiştir. Daha önce de değinildiği gibi, hastalar, kurumlarda hasta hakları konusunda yeterli bilgilendirmenin yapılması gerektiğini vurgulanmış, hatta doktorların tıp fakültesindeyken bu konuda eğitim almasını önermiştir.

Aileler, engel derecesinin eğitim ve maaş almada farklı derecelendirildiğini belirterek, ailelerin bu konuda takipçi olmasını önermiştir: “Eğitim hakkı için özür-lülük derecesinin az olması gerekiyor ama maaş almak için özür-lülük derecesinin yüksek olması gerekiyor. Özür derecelendirilmeleri arasında fark var”.

Çalışanlar da genel sağlıkla ilgili yaşanan sorunlar nedeniyle, tüm doktorların hasta hakları ve zihinsel engelli kişilerin hakları konusunda ayrıca bilgilendirilmeleri, ulusal ve uluslararası kurallara uymaları için Bakanlık ve Özür-lülük İdaresi tarafından kurumlara yazı gönderilmesini önermişlerdir.

Kurumda kalıyorum. Çocuklarımı göremiyorum. Resmi nikahım yok. Haklarımı öğrenmek istiyorum.

Özellikle taciz ve tecavüz olaylarında ister kurum içi isterse kurum dışında olsun mağdurların şahsi olarak temsil edilip haklarının korunması için konusunda uzman avukat tayini için barolara başvurulması ve avukatın mağdurla mutlaka görüşmesinin gerekliliğini vurgulamışlardır.

Yuvarlak masa toplantılarında, engelli maaşındaki sorunlar gündeme getirilmiş, baba ya da annenin sosyal güvencesi varsa özür-lülük maaşı için başvurduğunda engellinin sağlık güvencesini de kaybettiği, yeşil kart maaşla geldiği için, bir yıl süren işlemler süresince güvencesiz kaldığı belirtilmiştir. Yine son yıllarda uygulanan evde bakım hizmetinde ücretten faydalanma konusunda mevzuattan doğan sıkıntılar olduğu, bu hizmetten faydalananlar içerisinde psikiyatri hastalarının oranının yalnızca %1 olduğu vurgulanmıştır. Yoksulluk nedeniyle, özür-lülük yardımı ve evde bakım hizmetinde aşırı yoğunluk olduğu, bazen suistimal edildiği, bazı ailelerin boş yere umutlanıp SHÇEK elemanlarına tepki gösterdiği, kamuoyunun bu yardımların kime nasıl verildiğiyle ilgili doğru olarak bilgilendirilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Raporlardaki yüzdeler için belirli bir kriter olmamasının ve her kurumun farklı oranlarda rapor verebilmesinin yarattığı sorunlara değinilmiş, “%80 engeli bulunan kişiler çalışamaz” ifadesinin değişmesi gerektiği, şizofreni teşhisi almış birinin alevlenme dönemi dışında her işte çalışabileceği belirtilmiştir.

Medeni Kanun’un kabulünden bu yana, zihinsel engelli bireylerin hukuki açıdan korunması ile ilgili pek çok kanun olmasına rağmen, hem hukukçuların bilgisizliği ve önyargıları hem de zihinsel engelli kişilerin kendilerini koruyamaması ve ailelerin haklarını bilmemesi nedeniyle pek çok sorun yaşandığı belirtilmiştir. Vasilik konusunda kurum bakımı altındakiler için kurumun elemanının vasi olduğu, tayinler nedeniyle sık sık vasi değiştiği belir-

tilerek ya kuruma vesayet verilmesi için düzenleme yapılması ya da aile yerine başka profesyonellerin vasi olmasının daha iyi olabileceği söylenmiştir.

Ulusal düzeyde bir planlama yapabilmek için verilere ihtiyaç olduğu belirtilerek hem ruh sağlığı hem de zihinsel engelli kişilerle ilgili eylem planının yapılıp pek çok ülke gibi on yılda bir yenilenmesi önerilmiştir. Sayıları belirlemek için çalışmalar olduğu, ancak ailelerin gizlemesinin engel oluşturduğu da vurgulanmıştır.

Her kişiye ilişkin detaylı bilgilerin kaydedildiği bir veritabanının oluşturulması, farklı kurumların bu bilgileri takip edebilmesi için Özürlüler İdaresi ile Nüfus Müdürlüğü'nün bu çalışmayı birlikte yapabileceği belirtilmiştir. Kimi uzmanlar da aile hekimliği sisteminin ve belediyelerin yerel kayıt sisteminin bu çalışmaya dahil edilebileceğini söylemiştir. Bu tür bir veritabanının kişilerin ve ailelerin sosyal ihtiyaçlarına odaklı olması gerektiği böylece evde bakım, özel eğitim, yatılı-gündüzlü bakım gibi hizmetlerin bu ihtiyaçlara göre planlanabileceği de vurgulanmıştır.

11. Kurumlar Arası İşbirliği

Daha önceki başlıklarda da belirtildiği gibi, akıl ve ruh sağlığı alanında sorunlar çok boyutlu olduğu için çözüm de pek çok kurumun ve ilgili tüm tarafların çözüme katkı sağlaması ve işbirliği yapmasına bağlıdır.

Proje kapsamında her ilde düzenlenen yuvarlak masa toplantılarına, ildeki üst düzey kamu yetkilileri (Valilik, İl Sağlık Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler Müdürlüğü, Halk Eğitim Merkezi, Milli Eğitim Müdürlüğü, İş-kur), belediye temsilcileri, öğretim üyesi ile ziyaret edilen kurumların yöneticileri, çalışan temsilcileri, hasta/zihinsel engelli temsilcisi, dernek üyesi hasta yakınları katılmıştır. İl özelinde yaşanan sorunlar konusunda genel önerilerden sonra tek tek kişi ya da kurum olarak neler yapabilecekleri sorulmuş, bu toplantılarda pek çok işbirliği fikri ortaya çıkmıştır. Bir ilde bu toplantıya katılan aileler, belediyeden ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nden yatılı bakım merkezi konusunda destek sözü almış, iki ay sonra da dernek kurarak bu konuyu daha güçlü bir grup olarak takip etmeye başladıklarını iletmışlerdir. İki ilde de toplantıya katılanlar, yılda 2 kez toplanarak İl Koordinasyon Kurulu şeklinde çalışma kararı almışlardır.

Aşağıda çalışmalar sırasında katılımcıların kurumlararası işbirliği konusundaki önerileri sıralanmıştır:

Hastanelerde diğer kurumlarla işbirliği içinde yapılabilecekler

- Belediyeler, hastanede asfalt, çevre düzenleme, spor sahası yapımı konusunda destek olabilir. İl dışından gelen hasta ve hasta yakınlarının kalacak yer bulması için de belediyeler destek olabilir.
- Milli Eğitim Müdürlüğü ve halk eğitim merkezleri, müzik, tiyatro, resim, vb. alanlarda daha çok öğretmen verebilir. Ek ders ücreti olmadığı ve öğretmenler tercih etmediği için kısa süreliğine kadro olması yerine, sürekli kadro ve ücretlerde iyileştirmeler olabilir.
- Diğer kurum görevlileri hastaneye ziyarete gelebilir, birlikte çalışıp yeni fikirler üretebiliriz.
- Polis gelmeyen aileleri bulabilir. İsmi, adresini bilmeyenlere polis yardım edebilir.
- Gönüllüler ve hastaneler işbirliği yapabilir. Gönüllü hizmetler kişiler ya da dernekler aracılığıyla sağlanmalı. Önemli olan hizmetleri isteyerek, severek yapmak.

İyi Bir Örnek

Darülaceze, SHÇEK, Belediye gibi diğer kurumlarla birlikte, çok ayaklı düşünmek lazım. Hastane olarak belediyenin özürü merkezindeki personele eğitim vermeye başladık. Bizim hastalarımız oralarda uğraş terapisi görebilecek.

SHÇEK'in Diğer Kurumlarla İşbirliği İçinde Yapabilecekleri

- Yasal olarak bakım SHÇEK'te, tedavi Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunda gözüküyor. Sağlık kurumlarında rehabilitasyon olmuyor. SHÇEK kurumlarında yapılan ise tedavi sonrası rehabilitasyon değil, sosyal rehabilitasyon ağırlıklı hizmet. Sağlık Bakanlığı bünyesinde tedaviyle birlikte rehabilitasyon hizmetinin sağlanması lazım.
- Her kurum kendi işine yoğunlaşıyor, ama yapılması gereken pek çok iş SHÇEK'e kalıyor. Üniversitelerin katılımı az.
- Belediye olarak, gündüzlü bakım ve rehabilitasyonla ilgili bir AB projesi yazıp STK ve belediye ortaklığında bir merkez kurulmasına destek olabiliriz.

Genel İşbirliği Önerileri

- Ailelerin sosyal ve ekonomik sorunlarının çözülebilmesi için kurumlar arası işbirliği lazım.
- Farklı kurumlar benzer hizmetler veriyor. Ama bunlar arasında koordinasyon yok.
- Yeni envanter çalışmaları, yerel yönetimlerin inisiyatifile yapılabilir. Veri tabanının oluşturulup tek bir merkezde toplanması gerek. Bakanlık düzeyinde ana çatı olarak bir koordinasyon yapısı oluşturulabilir. Daha sonra illerde alt komisyonlar oluşur, her il kendi yapısı-

Vesayetle ilgili sorun yaşıyorum. Ülkede hasta haklarına dair kanunlar kâğıt üzerinde kalıyor, uygulama yok. 19 yaşında hastalandım, askere gittim ve döndüm. Ama bana vasi atandı. Oysa ben askerliğini bile yapmış biriyken, bana vasi atanmamalıydı. Vasimle sorun yaşıyorum. Hastane vasi gerekir raporu verdi. "ilerde hastalanabilir" gerekçesiyle Adli Tıp iptal etmedi. Vesayetim kalsın istiyorum. Vesayetin iptali için aklı dengenin yerindeliği bile yeterli değilmiş.

na göre vali başkanlığında farklı komisyonlar kurabilir.

- Özürlüler İdaresi Başkanlığı acilen taşra teşkilatı kurmalı, alınan kararlar taşra teşkilatı olmadan MEB ve SHÇEK üzerinde kalıyor, bu kurumların iş yükü çok artıyor. Ayrıca Özürlüler Şuralarında alınan kararların hemen hayata geçirilmesi gerekir.
- Federasyon gibi daha üst düzeyde kurumlar yasa çıkarma, vb. için çalışabilir.
- İş-kur, Sağlık Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Belediye birlikte çalışmalı.
- SHÇEK'te bulunan koruma altındaki çocukların Adalet Bakanlığı, Ulaştırma Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı dahil tüm bakanlıklarla işi oluyor. Söz konusu işlemlerde bu gruba özel bir prosedür uygulanmalı.
- Adalet Bakanlığı'nda engelli gruplar için özel bir kadro olmalı.
- Üniversitelerle bağlantı çok önemli, bağlantılar kurumsallaştırılmalı. Üniversiteler, kurumlarda engellilere nasıl davranılacağı konusunda yol gösterici olmalı.
- Çalışmalarda STK faktörü eksik kalıyor. İş-kur fonu gibi, STK'lar için de bir havuz oluşturulabilir. Mesela trafik cezaları bu havuza aktarılabilir. Böylece projesi olan STK'ların önü açılır.
- İl özel idareleri STK'ları desteklemeli.

Çeşitli Kurumların “Yapabiliriz” Dedikleri

- Belediyelerde binde 12 oranında engelli çalışan olması gerekiyor. Zihinsel engelli kişilere gerekli eğitim verilirse belediyeler çalıştırır. Bu konuda STKlar ve kamu kurumları belediyelerden talepte bulunmalı. Dernekler projeye gelirse, bakım ve rehabilitasyon merkezi gibi kurumlara destek verebiliriz. Buna göre bütçe ayarlanır.
- Sağlık Müdürlüğü olarak hekimleri zihinsel engellilik alanında eğitebiliriz.
- Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi olarak belediye ve derneklere gereken bilgi ve proje desteğini veririz.
- SHÇEK olarak ailelere ve gönüllülere evde özürli bakımı eğitimi verebiliriz.
- Valilik olarak dernekler önerileriyle birlikte başvurursa detaylı görüşürüz.
- İŞKUR- Dernekler projeye gelebilir, proje hazırlamada da yardımcı oluruz. İşverenlerin eğitilmesi konusunda değişik kurumlarla birlikte çalışabiliriz.
- Derneklerin koordinasyonu ve önerileri takip etmesi gerekiyor. Dernekler başını çekerse belki bu toplantıda bir araya gelenler ara ara toplanabilir ve şehrimiz için projeler üretebilir.

İyi Bir Örnek

“Kadıköy Belediyesi ve Kaymakamlığı'nın işbirliğiyle kurulan Sosyal Polis Timlerine eğitim verildi. Bu polisler sokakta yaşayan hastaları tespit edip gerekli yerlere yönlendirebilecek hale geldi.”

İyi Bir Örnek

“Elazığ Barosu olarak adli yardım komisyonumuz var, talep edene yardım ediyoruz. Hasta ve hasta hakları komisyonu kurabiliriz. Bu komisyon hastaları evlerde ziyaret edip haklarını anlatabilir, sorularını yanıtlar. Hastaneye, hasta hakları birimine gönüllü destek verilebilir.”

12. Önleyici ve Koruyucu Çalışmaların Sistemli Bir Şekilde Yapılması

Çalışmalar sırasında özellikle zihinsel engellilik alanında önleyici çalışmaların önemi özellikle vurgulanmıştır. Gerek doğuştan gerek sonradan engelli olma oranları dünya ortalamalarından oldukça yüksektir. Bu konuda gelen öneriler, toplum-temelli yaygın ve sistematik çalışmalara vurgu yapmıştır.

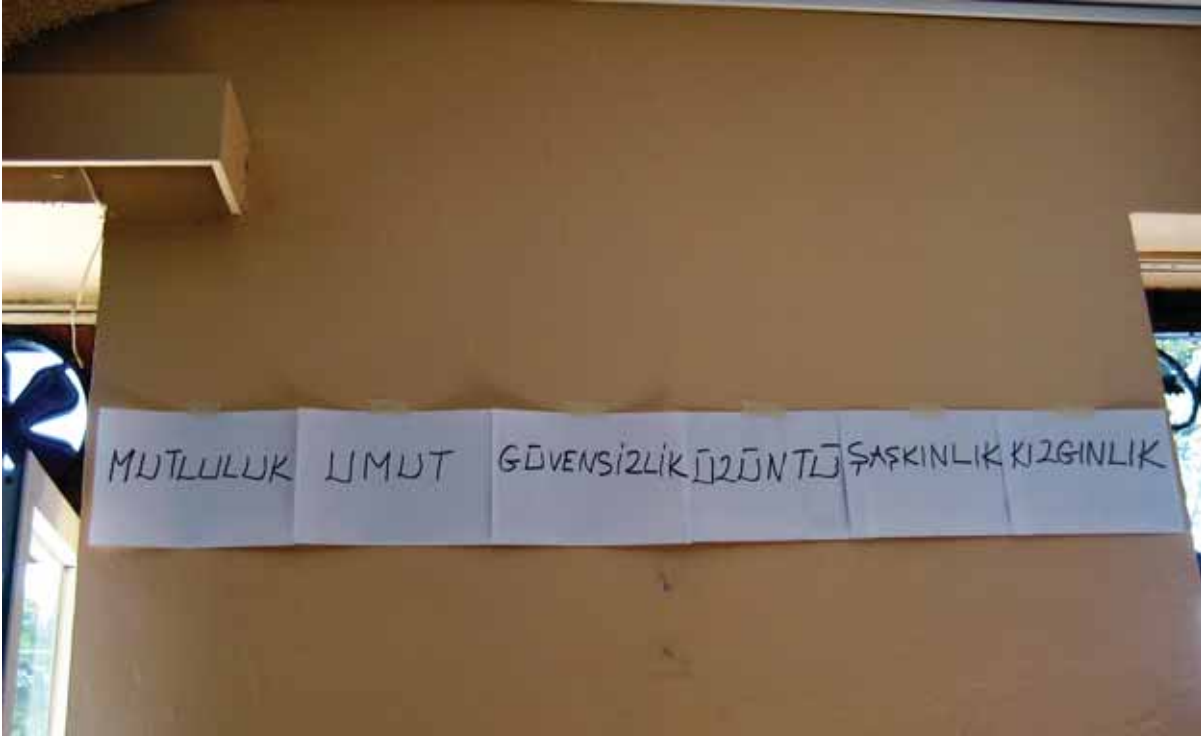
Psikiyatrik tedavi görenler, ruh sağlığı alanında erken çocukluktan ergenliğe koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin gerekliliğini dile getirmiştir. Bir hasta, Aileden ve Kadından Sorumlu Devlet Bakanlığı'nın, ruhsal gelişimin tamamlandığı 0-7 yaş döneminde, önce anneleri, sonra babaları, ardından diğer aile üyelerini eğitmesi ve bunları denetlemesi gerektiğini belirtmiştir. Bir diğeri de her ilçede olan sağlık ocaklarında bir tane psikiyatri doktoru olsa ataklar olmadan önleyici çalışmaların yapılıp, hastalığın sebeplerinin araştırılabileceğini, bu kadar uzun süre hastanede kalmak zorunda kalmayacaklarını söylemiştir.

Çalışanlar da engelliliği önlemek için Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili kurumların toplumu bilinçlendirmesini, bakabilecekleri sayıda çocuk yapmanın vurgulanmasını istemişlerdir. Sigara yasağı gibi, akraba evliliğinin de bir kampanya olarak yasaklanıp yaygın tanıtımının yapılması da gelen öneriler arasındadır. 0-1 yaş için Türkiye'nin her yerinde annelere yönelik eğitimlerin yanı sıra, bu yaş grubuyla çalışan uzmanlara da engellilikle ilgili eğitimler verilmesi gerektiği de vurgulanmıştır. Hamilelik dönemindeki genetik tahlillerin devlet tarafından herkese ücretsiz sağlanması ve ailelere engellilik ile ilgili bilgi verilmesi önerilmiştir.

Yuvarlak masa toplantılarında da korumanın tedaviden daha ucuz, basit ve insancıl bir yöntem olduğu vurgulanarak, akraba evliliği, hamilelik ve lohusalıkta bakım, ev kazaları ve kazalarda müdahale, çocukla iletişimle ilgili bilgilerin Halk Eğitim Merkezlerinde ve halka hizmet veren diğer alanlarda dile getirilmesi önerilmiştir.

4. Bölüm

Dünyadan İyi Örnekler ve RUSİHAK'ın Önerileri



DÜNYADAN İYİ ÖRNEKLER

Duysal Karakuş

1960'lı yıllarda yurttaşlık haklarına¹ verilen önemin artmasıyla birlikte, ruh sağlığı alanında da insan haklarını temel alan yönelimler başlamıştır. Ancak dünyada ruh sağlığı alanında problem yaşayan bireylerin kendilerini ait hissetmedikleri ya da mevcut koşulları altında yaşamak istemedikleri kurumlarda tutulduğuna hâlâ rastlanmaktadır.

İtalya'da 1978 yılında yürürlüğe giren 180 sayılı kanunla beraber psikiyatri hastaneleri kapatılmaya ve yerine toplum-temelli hizmet veren sosyal servisler açılmaya başlanmıştır. Takip eden yıllarda Loren Mosher, Soteria evleri uygulamasıyla şizofreni teşhisi almış kişilerin küçük, toplum-temelli hizmetlerin verildiği evlerde iyileşebileceklerini göstermiştir.² 1948 yılından başlayarak dünyanın değişik ülkelerinde hizmet vermeye başlayan kulüp evleri kişi odaklı, toplum temelli, hak temelli hizmetlerin önemli örneklerinden biridir.

Odağımızı Avrupa'ya çevirdiğimizde, ruh sağlığı alanında farklı farklı uygulamaların var olduğunu görüyoruz.

Almanya'da kurumsuzlaştırma (deinstitutionalization) süreci tamamlanmıştır; Yunanistan'da kurumsuzlaştırmaya yönelik adımlar atılmaktadır. Bazı ülkelerde ise büyük psikiyatri hastaneleri hâlâ mevcuttur.³

Son yıllarda ruh sağlığının önemini vurgulayan makaleler⁴ ile AB'nin ruh sağlığı konusunda öngördüğü stratejileri özetleyen Green Paper⁵ Avrupa ülkelerinin dikkatini bu alana yöneltmiştir. 2005 yılında yayımlanan Green Paper ruh sağlığı koşullarının iyileştirilmesini ve bu yönde Avrupa Birliği'ne üye olan ve aday olan tüm ülkelerde kullanılacak stratejilerin oluşturulmasını vurgulamaktadır. Anılan metin, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 yılında yayımladığı hareket planından etkilenmiştir.⁶ Adı geçen hareket planında öne çıkan alanlara baktığımızda toplum merkezli, kişi odaklı ve hak temelli hizmetlerin önemini vurgulayan aşağıdaki koşulların yer aldığını görebiliriz:

- Tüm bireylerin ruh sağlığının sağlanması,
- Ruh sağlığı alanında merkeziliğin sağlanması,
- Damgalama ve ayrımcılığın önlenmesi,
- Ruh sağlığı problemlerinin ve intiharın engellenmesi,
- Ruh sağlığı alanında birincil bakım hizmetlerinin yetkin bir şekilde sağlanması,
- Daha ağır ruh sağlığı koşulları olan kişilere etkili toplum temelli hizmetlerin sunulması,
- Yeterli ve liyakatli işgücünün sağlanması,
- Ruh sağlığı alanında iyi düzeyde bilgilendirme yapılması,
- Adil ve yeterli fonların tedarik edilmesi.

Dünyadaki bu yönelimden yola çıkarak baktığımızda, Türkiye'deki mevcut durumdan ve strateji eksikliğinden kaynaklanan sorunların büyük bir kısmı elinizdeki raporun farklı bölümlerinde belirtilmiştir. Bu bölümde ise dünyadaki yönelimden örnekler vererek Türkiye'nin de akıl ve ruh sağlığı alanında etkili ve kapsamlı bir strateji oluşturmaya katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Barınma

Kanada, Toronto, Ontario'da Houselink Toplum Evleri (Houselink Community Houses) evsiz ya da farklı nedenlerle toplum tarafından dışlanmış ve ruh sağlığı alanında problem yaşayan bireylerin sürekli kalabilecekleri ve tedavilerine devam edebilecekleri toplum temelli bir organizasyondur. Yaklaşık 400 kişiye hizmet verilirken aynı zamanda 70 kişiye de içinde eğitim ve iş olanaklarının da bulunduğu farklı hizmetler sunulmaktadır. Bu evlerden hizmet ve tedavi alan bireyler bir süre sonra işlerine, ailelerine, kendi sosyal hayatlarına geri dönmeyi başarabilmektedir. Kâr amacı gütmeyen bu organizasyon Ontario Sağlık Bakanlığı'nın da içinde bulunduğu kurumlardan alınan fonlarla sürdürülebilirliğini sağlamaktadır. Hizmetten faydalanan bireyler de organizasyonun yönetim kurulunda bulunarak isteklerini, önerilerini sunmakta ve kendi adlarına konuşabilme imkânına sahip olmaktadır.⁷

Yunanistan'da "Psychargos" adlı yerleşim evleri ruh sağlığı alanında problem yaşayan bireylerin hizmetine sunulmuştur. Bu evler için kira yardımı da yapılmaktadır. Malta'da da benzer bir program uygulanmaktadır.⁸

İstihdam

Çek Cumhuriyeti'nde ruh sağlığı alanında problem yaşayan bireyler çalışmaları halinde devlet tarafından verilen maddi desteği de kullanabilmektedir.⁹ Danimarka'da fiziksel ya da psikolojik rahatsızlığı olan ve çalışamayacak durumda olan tüm bireylerin finansal destek almaları yasalarla sağlanmakta, aynı zamanda birçok firma sosyal sorumluluk nosyonuyla ruh sağlığı alanında sorun yaşayan bireyler için istihdam imkânı sunmaktadır.¹⁰

Güney Kıbrıs'ın Nicosia şehrinde mesleki rehabilitasyon birimi her yıl 40 kişiyi yeterli destek ve mesleki rehberlik sunarak işe yerleştirmektedir.¹¹

Avrupa'nın farklı şehirlerinde ruh sağlığı alanında problem yaşayan kişilerin yeteneklerine uygun işlere yerleştirildiği ve yerleştirildikleri işle ilgili destek aldığı sosyal şirketler bulunmaktadır.¹²

Destekli istihdam servisleri zihinsel engelli bireylere iş ararken ve/veya çalışırken ihtiyaç duyacakları her konuda destek sağlayan hizmetlerdir. Hırvatistan, Yeni Zelanda, Romanya, Macaristan ve Kanada'da da bu hizmetleri veren organizasyonlar bulunmaktadır.¹³ Yeni Zelanda Destekli İstihdam Servisleri Birliği'nin sağladığı destekli istihdam hizmetlerinin ilkeleri aşağıda yazıldığı gibidir: ¹⁴

- Açık İstihdam: Zihinsel engelli bireylerin işgücü alanına dahil edilmeleri.
- Ücretler ve Haklar: Herhangi bir iş yerinde maaşların ve ilgili koşulların beklenen normlara uygun olarak sağlanması ve sürekliliğinin olması.
- Hemen Yerleştirme: Uzun süren alıştırma eğitimleri olmadan işgücü piyasasına ulaşma imkânı. Bu imkân sağlanırken kişi-iş uyumunun çok dikkatli uygulanması.
- İçerilme: Kişi, engelinin algılanan şiddetine (kişinin becerilerine bakılmaksızın ya da kendisine deneme şansı tanınmaksızın engellilik derecesine ilişkin varılan yargı) bakılarak programdan yoksun bırakılamaz.
- Bireysel ve Süreğen Destek: Destekli iş bulma hiz-

meti verilirken zaman sınırlaması yoktur. Ayrılan zaman, kişinin ihtiyaçları ve işte kalma süresinin en yüksek düzeye çekilmesi esasına dayanılarak şekillendirilir.

• Tercihler ve Kariyer Gelişimi: Hizmetler ve bu hizmetlerin hedeflenen sonuçları, kişinin tercihleri, amaçları ve devam eden kariyer arayışlarına bağlılığına göre temellendirilir.

Sosyal İçerme

Finlandiya’da toplum-temelli hizmetlerin sağlanmasında ve bu hizmetlerin geliştirilmesinde hizmet alanların da hak sahibi olduğu güçlü bir sosyal-psikiyatrik yönelim başlamış durumdadır. Damgalanmaya karşı örgütlü bir hareketlenme gerçekleşmeye başlamıştır. STK’ların ve psikiyatristlerin de desteklediği kampanya girişimlerinde artış olmaya başlamıştır. Bu kampanyaların sonunda damgalama alanında bir rahatlatma gözlemlenmiştir. Hükümetin ruh sağlığı alanında ki programı toplum-temelli hizmetleri ve sosyal içerilmeyi vurgulayan Green Paper’dan etkilenmiştir.¹⁵

Almanya’da kurumsuzlaştırma yani büyük yatılı ve kapalı kurumlar yerine toplum içinde rehabilitasyona geçiş tamamıyla gerçekleştirilmiştir.¹⁶

Yunanistan’da da kurumsuzlaştırma süreci başlamıştır. Psikiyatri hastanelerini kapatarak daha yerel düzeyde ve küçük ölçekli hastanelere dönüşüm sürecinde olan Yunanistan kurumsuzlaştırma sürecindeki adımlarını bu yönde atmaktadır.¹⁷

Hırvatistan, Zagreb’de kurulan İçerilmeyi Teşvik Birliği, zihinsel engelli bireylerin sahip oldukları hakları kullanabilmeleri ve topluma katılabilimleri için toplum-temelli hizmetler sunmaktadır. Bu hizmetler kapsamında çocuklara onların ihtiyaçları doğrultusunda özel manevi bakım, eğitim ve destekli iş olanakları sunulmaktadır. Bu hizmetlerden yararlanan bireyler, bu hizmetin sağladığı olanaklar sayesinde sıradan bir vatandaşın gündelik yaşamında yaptığı tüm işleri kendi başlarına yapabilmekte, evlenme hakkı gibi çok temel insani haklarını kullanabilmektedir.¹⁸

İtalya’da her yıl Ekim ayında medyanın, büyük organizasyonların, kendi kendine yetmeye yönelik grupların da içinde bulunduğu ruh sağlığı alanında farkındalığı artırma amacıyla etkinlikler düzenlenmektedir. Yılın Ruh Sağlığı adı verilen bu ayda yerel kooperatifler veya servisler tarafından yönetilen evlerde yaşayan bireyler bu etkinliklere katılmaktadır.¹⁹

Kanada’da bulunan Kanada Ruh Sağlığı Birliği (Canadian Mental Health Association) çok aşamalı ve savu-

nuculuktan, ruh sağlığı alanında önleyici çalışma programlarına kadar geniş bir yelpazede toplum-temelli hizmetler sunmaktadır. Ulusal düzeyde, farklı bölgelerde ve merkezi bir sistemle çalışan kurum, ruh sağlığı alanında problem yaşayan bireylere iş bulmaları için destek sağlayıp eğitim sürecinde karşılaşılabilecekleri sorunlarla başa çıkma konusunda öneriler sunarak sosyal hayata katılımın niteliğini artıran çalışmalar yapmaktadır.²⁰

İtalya’da 1978 yılında Basaglia’nın kendi hastanesinde başlattığı içeriği dışarıya; dışarıyı içeriye taşıma çalışması sonucunda Trieste’deki bir hastane boşaltılıp, hastane binaları kamunun kullanımına açılmıştır. Basaglia’nın temel felsefesi hastanın hastane koşullarına uyması yerine, psikiyatrinin hastalığın gerisindeki insanı tanıması ve acısını hissetmesi gerektiğiydi.²¹ Bu demokratik psikiyatri hareketinin devamı olarak 1978 yılında yürürlüğe giren 180 sayılı kanun uyarınca tüm psikiyatri hastaneleri kapatılmış ve hizmetlerin hepsi toplum-temelli hizmetlere dönüştürülmüştür. Oldukça yenilikçi ve kültürel anlamda da bir devrim sayılan bu kanun uygulama düzeyinde de karşılık bulmuştur. Ancak ülkenin ataerkil ve otoriter yapısının bu yasanın -teorik ve pratik anlamda-bütünlüklü olarak uygulanmasına engel teşkil ettiği alanlar görülmüştür.²²

Litvanya’da Viltis (Umut) adlı bir sivil toplum kuruluşu gelişimsel engeli olan kişiler ve ailelerinin mahallelerinde rahatça yaşayabilecekleri yerleşim alanlarının ve toplum-temelli hizmetlerin genişletilmesi için çalışmaktadır. Aynı STK yine gelişimsel engeli olan gençlerin sosyal ve mesleki becerilerinin gelişmesi için günlük aktivite merkezlerinin açılması için de çalışmalar sürdürmektedir. Gelişimsel engelinin doğası gereği ulaşım araçlarını kullanamayacak bireyler için deneme amaçlı başlatılan bir ulaşım hizmetinin yaratılması da bu STK’nın hizmetleri arasındadır.²³

Kendi Kendine Yetme Toplum Merkezi ve Kaynak Evi (Fountain House), Polonya, Kielce’de ruhsal kriz geçiren bireylere destek amaçlı bütünleşmiş ve sistemli hizmetler sunmaktadır.²⁴

İskoçya’da damgalama karşıtı program dahilinde “Beni Gör/Fark Et” adlı bir program uygulanmıştır. Program kapsamında çeşitli festivallerde, televizyon kanallarında ve sosyal hayatın diğer alanlarında damgalama karşıtı bilgilendirici yayınlar sunulmaktadır. Çalışmaların fonunun tamamı İskoç hükümeti tarafından sağlanmaktadır. 2008–2011 yılları için planlamalarını yapan bu program 5 ayrı ruh sağlığı organizasyonu ile da beraber çalışmaktadır.²⁵ İsveç’te 1995’te gerçekleştirilen ruh sağlığı reformu

sayesinde 1994–2002 yılları arasında psikiyatri hastanelerindeki yatak sayısı 10.000’den 4.000’e inerken, toplum-temelli hizmet veren evlerin sayısı 2.000’den 8.000’e yükselmiştir.²⁶

Sağlık

Danimarka’da ruh sağlığı sorunları yaşayan tüm bireyler her vatandaş gibi genel sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmakta; bu bireylerin hastane dışında aldığı tüm hizmetler de psikiyatri sistemi tarafından karşılanmaktadır.²⁷

Hollanda Ulusal Toplum Sağlığı Politikası’nda (2007–2010) depresyonu önlemek sigara kullanımı, uyuşturucu kullanımı, alkol ve diyabetten sonra beşinci sırada yer almaktadır.²⁸

Finlandiya’da uygulanan Verimli Aile Projesi (Efficient Family Project) ruh sağlığı alanında problem yaşayan ebeveynlere yöneliktir. Bu projenin amacı, bu ailelere ve çocuklarına destek sağlamanın yanı sıra çocukların da ruhsal rahatsızlıklar yaşamasını önlemeye yönelik bir yöntem geliştirmektir.²⁹

Fransa’da Electricite De France adlı şirket tarafından geliştirilen APRAND adlı program, kaygı ve depresyona karşı önleyici müdahaleyi kapsamaktadır. 140.000 şirket çalışanından hastalık izni alanlar depresyon ve kaygı konusunda izlenmiştir. Bu iki alandan biri ya da her ikisinden de etkilendiği görülen çalışanlara bilgilendirme ve danışmanlık sağlanmıştır. Bu sayede her iki alanda da %20 oranında bir düşüş gözlemlenmiştir.

Kendi Hakkının Savunucusu Olma

Fransa’da ruh sağlığı alanında problem yaşayan kişilerin ayrımcılıkla, damgalanmayla ve/veya hastane koşullarıyla ilgili ya da hak-temelli bir sorunla karşılaştıklarında kendi adlarına konuşabilmelerini destekleyen savunuculuk pratiklerde artış olmuştur.³⁰

Yunanistan’da ruh sağlığı alanında sorun yaşayan bireylerin vatandaşlık ve insan haklarını koruyan özel bir yasa çıkartılmış, aynı zamanda bu hakların korunması için toplumsal farkındalığı arttırmaya yönelik çalışmalar yapılmıştır.³¹ “Damgalama-Karşıtı Program” adı altında hizmet alanlara, bu kişilerin ailelerine ve ruh sağlığı alanında çalışanlara eğitimler verilmiştir. Program aynı zamanda “Damgalama Avcısı” adı verilen gönüllülerin ve diğer savunucuların koordinasyonunu sağlarken, ruh sağlığının önemini vurgulamaktadır. Bu sayede Yunan toplumunun ruh sağlığı alanındaki tavırlarını şekillendirmek mümkün olmuştur.³²

Çek Cumhuriyeti’nde etkisiz olan uygulamalar ve ruh sağlığı alanındaki aksaklıklar yerel vatandaşlık hakları servislerine iletilmektedir.³³

Litvanya’da Ruhsal Rahatsızlığı Olan İnsanlar Birliği, belediyelerin, sağlık kurumlarının ve STK’ların katıldığı sekiz yuvarlak masa toplantısı düzenlemiştir. “Ruh Sağlığı-Amacımız” adı altında düzenlenen bu toplantıların konusu ise toplumsal bakım kanununun toplumdaki karşılığının hayata geçirilmesidir.³⁴ Viltis (Umut) adlı STK, engelli kişilerin haklarıyla ilgili yeni anlayışların hâkim olduğu uzun vadeli yasal programların başlatılması için çalışmaktadır.³⁵

Eğitim

Litvanya’daki Viltis (Umut) adlı STK gelişimsel engelli olan bireylere ve ailelerine Baltık Denizi kıyısındaki bir psikososyal rehabilitasyon kampı içinde yazın dinlenip öğrenebilecekleri olanaklar sunmaktadır.³⁵ Okul öncesi ve/veya okul çağındaki gelişimsel engelli olan çocuklara özel eğitim verilen yerler dışında genel eğitim sistemi içinde eğitim vermek amacıyla özel grupların ve sınıfların açılmasına yönelik çalışmalar yürütmektedir.³⁶ Olası aile içi krizleri önlemek ve ailelere çocuklarının engeli hakkında bilgi vermek amacıyla aile destek gruplarının oluşturulması için de çalışmalar yürütmektedir.³⁷

Desteklenmiş Karar Verme (DKV)

DKV tüm bireylerin hür irade hakkı olduğu ve engelli olmalarından bağımsız olarak bu haklarına saygı duyulması gerektiği ilkelerine dayanmaktadır. Bu bağlamda, tüm bireyler karar verme konusunda hür iradeye sahiptir ki, bu aynı zamanda engelli bireylerin karar verme yetilerinin desteklenmesi hakkına sahip olduğunu da göstermektedir. Örneğin kişiler karar verirken aile ile dayanışma içinde olabilir ve güvenilen diğer kişiler de yasal olarak gözetilir. Başka bir deyişle DKV, zihinsel engelli ve/veya ruh sağlığı alanında problem yaşayan bireylerin hür irade haklarını kullanabilecekleri düzenlemelerin yapıldığı bir hukuki sistem tasarlamaktadır.³⁹

Birleşik Krallık, Yeni Zelanda, Kanada’da farklı organizasyonlar DKV hizmetini sunmaktadır. Birleşik Krallık, Buckinghamshire, Central Milton Keynes ‘deki MacIntyre merkezini buna örnek olarak verebiliriz. Bu dernekten hizmet alan yetişkin ve çocuklara ömür boyu süren bakım, eğitim ve destek olanakları sunulmaktadır. Kişi odaklı bir yaklaşımla planlanan program sayesinde bireyler hayatlarında değişiklik yapabilir, amaçlarına ulaşabilir, gelecek planları yapabilir ve hayatlarını sürdürebilmek için sistemler organize edip “kendileri için anlam teşkil edecek hayatı” yaşarken destek alabilir⁴⁰

Soteria Evleri

İlk kez 1971 yılında Loren Mosher tarafından kurulan Soteria Evleri 1983 yılına kadar varlığını Amerika Birleşik Devletleri'nde sürdürmüştür. Bu yıldan sonra ise ekonomik nedenlerle kapanan Soteria evleri günümüzde Macaristan, İsveç, Almanya ve İsviçre'de varlığını sürdürmektedir.⁴¹

Bu evlerin en önemli özellikleri aşağıda sıralanmıştır:

1. Olanaklar

Küçük, toplum temelli.

Açık, gönüllü katılıma dayanan ve ev benzeri ortam sunulması.

İçinde çalışanlar dahil -1 kadın ve 1 erkek olmak üzere 2 çalışan- 10 kişinin yatılı kalması.

24 ve 48 saatlik aralıklarla uzun süreli ve bire bir görüşmelerin yapılması.

2. Sosyal Çevre

Saygılı, tutarlı, temiz ve öngörülebilir; barınma, güvenlik, koruma, içerilme, dürtü kontrolü sağlanan bir ortam.

Destek sağlama yetisine sahip bireyleri dikkate alarak ve bireylerin ihtiyaçlarından yola çıkılarak sosyalleşmenin sağlanması

Zamanla aile yerine geçebilecek bir ortam.

3. Sosyal Yapı

Özerkliği koruyan kişisel güçlü yanların sürdürülmesi, hiyerarşik düzenin ortadan kaldırılması, gereksiz bağımlılığın gelişmesini önleyici karşılıklı ilişkilerin yüreklendirilmesi.

Çalışanlar ve evlerde kalanlar arasındaki rollerdeki farklılaşmayı en asgari düzeye indirgeyen ve esnek rol, ilişki ve diyalogların olması.

Evdeki yemek, temizlik, sanat aktivitesi gibi gündelik işlerin yürütülmesinde paylaşım.

4. Çalışanlar

Ruh sağlığı alanında eğitim almış kişiler; bu alan dışından özel eğitimler almış kişiler; daha önce bu evde kalmış kişiler

Çalışanlar süpervizyonla desteklenir.

Aileler de sosyal destek alır.

5. İlişkiler – Bunların tümü programın temelini teşkil eder.

Çalışanlar ideolojik olarak da bağımsızdır. Örneğin psikoza açık fikirlilikle yaklaşılır.

İyileşme konusunda pozitif beklentiler sunulur.

Psikoz yaşayan kişinin deneyimi ve kişinin içinde bulunduğu gerçeklik esas alınır ve o kişinin yaşadıkları gerçekmiş gibi anlaşılmasına çalışılır

Psikiyatri jargonu kullanılmaz.

6. Terapi

Tüm iletişimin terapötik olmasına özen gösterilir.

Ailelerle ise resmi terapi seansları yapılabilir.

7. İlaç Kullanımı

Neredeyse hiç kullanılmaz veya çok az kullanılır.

Kullanım amacı da ilaçların etkilerinin dengelenmesi içindir.

Benzodiazepinler kısa dönemli olmak koşuluyla uyku düzeni sağlama amacıyla kullanılabilir.

Kalış sonrası takipler ve gerektiğinde destekler de toplumsal ağlar tarafından sağlanmaktadır.⁴²

Kulüp Evleri

Kulüp evleri bir yandan bir sosyal servis, öte yandan ise aynı amaç uğrunda çalışan insanların bir araya geldikleri mekânlardır. Adını 1948'de New York'ta kurulan Kaynak Evi'nden (Fountain House) alan Kulüp Evleri anlayışı, isminin yarattığı hissi, yani üyelik ve ait olma duygularını da teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Kurulduğu dönemde daha çok destek grubu şeklinde hizmet veren evler, vermek istediği mesajı adı ile iletmek amaçladır. Kulüp evlerinin sahiplendiği değerler ise şöyledir:

Anlamlı ilişkiler ağı: Kulüp evinde çalışanlar ve hizmet alanlar arasında statü, görev dağılımı gibi konularda fark yoktur ve işleyiş uyumlu bir biçimde hep birlikte organize olunarak sağlanır. Kişiler bu sayede birbirlerinin güçlü ve geliştirmesi gereken yönlerini öğrenir ve uzun süren, derin dostluklar kurulur. Çalışanların amacı eğitmek veya tedavi etmek değil, sadece destek olmaktır.

İşleyişe ise aşağıdaki içerik hâkimdir:

1- İşgünü: Günlük çalışma süresi diğer şirketlerdeki gibi 8 saattir; hizmet alanlar ve çalışanlar aynı işi yapmakta ve elde edilen gelir kulüp evine kalmaktadır.

2- İstihdam Programları: Hizmetten yararlanan bireyler aynı zamanda ücretli işlerde çalışabilmektedir. Bunlar geçiş dönemi işleri ve bağımsız işler olarak ikiye ayrılmaktadır. Geçiş dönemi işleri toplum-temelli hizmetler içerisinde haftada 15–20 saatlik yarı zamanlı işler olabilmektedir. Bu iş sürecince hizmet alanlara ihtiyaçları doğrultusunda destek sunulmaktadır. 6 aydan 9 aya kadar süren bu dönem sonrasında kişi isterse başka bir geçiş dönemi işine veya bağımsız bir iş programına geçebilmektedir. Bağımsız iş programında ise kişi kendi istediği tam zamanlı bir işe başlayabilmektedir. Bu süreç içinde kişiye sürekli destek sunulmaktadır. Bu programda destek iş yerinde değil ama kulüp evlerinin içinde verilmektedir.

3- Akşam, hafta sonu ve tatil programları: Bu programlar sosyal aktiviteleri içermektedir.

4- Toplumsal destek: Kişinin hayatının diğer alanlarında ihtiyaç duyduğu konularda da destek ve asistanlık sunulmaktadır.

5- Ulaşılamama durumu: Aktif üyelerden herhangi biri kulüp evine gelmezse veya hastanedeyse mutlaka aranıp, nasıl olduğu sorulmaktadır. Böylece kulübe gelmeyen kişilere ya da acil ihtiyacı olan herkese hemen ulaşılabilir.

6- Eğitim: Eğitimleri yarıda kalmış bireylere eğitimlerini tamamlamaları amacıyla sertifika programları ve/veya farklı eğitim olanakları sunulmaktadır.

7- Barınma: Güvenli, düzgün ve makul barınma koşulları tüm üyelerin hakkıdır. Kulüp evleri bu konuyla da ilgilenmekte ve bu hakkın yerine getirilmemesi durumunda fonlar sayesinde hemen çözüm üretmektedir.

8- Karar verme ve yönetim: Üyeler ve çalışanlar bir araya gelerek açık bir oturumda idari konuları ve gelecek planlamasını tartışmaktadır.

Kulüp evlerinin aynı zamanda bağımsız bir idari yönetimi veya danışma kurulu da vardır. Bu kurul/idare fon geliştirme, denetim, halkla ilişkiler ve istihdam olanaklarının geliştirilmesi ile görevlidir.⁴³

BM Engelli Hakları Sözleşmesi uyarınca, toplum içerisinde yaşam ve toplumsal hayata katılım bir insan hakkıdır. Bu bölümde bu hakların layığıyla yerine getirilmesi için çabalayan örneklerden bazılarına değinilmiştir. Bölümün başında da belirtildiği üzere, amaç Türkiye'deki iyi örneklerin yaygınlaştırılması, durumun dünyadaki standartlara uygunlaştırılması ve zihinsel engelli ya da psikiyatrik teşhis almış kişilerin sosyal hayata tam ve eşit katılımının teşvik edilmesidir.

NOTLAR:

1. http://classes.kumc.edu/grants/hrsa/mental_health_timeline.htm [Erişim tarihi: 29.09.2008].
2. www.wikipedia.org, http://www.soterianetwork.org/index.php?option=com_content&task=view&id=33&Itemid=35 [Erişim tarihi: 29.09.2008].
3. [http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version\(1\).pdf](http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version(1).pdf) [Erişim tarihi: 29.09.2008].
4. [http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version\(1\).pdf](http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version(1).pdf) [Erişim tarihi: 29.09.2008].
5. Green Paper Improving the mental health of the population:Towards a strategy on mental health for the European Union, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf [Erişim tarihi: 29.09.2008].
6. [http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version\(1\).pdf](http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version(1).pdf) [Erişim tarihi: 29.09.2008].
7. www.houselink.on.ca [Erişim tarihi: 29.09.2008].

8. [http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version\(1\).pdf](http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version(1).pdf) [Erişim tarihi: 29.09.2008].
9. A.g.e.
10. A.g.e.
11. A.g.e.
12. *Mental Health in the EU: Key Facts, Figures and Activities - A Background Paper Provided by the Support Project* [Erişim tarihi: 29.09.2008].
13. www.osmhi.org [Erişim tarihi: 29.09.2008].
14. www.assenz.org.nz [Erişim tarihi: 29.09.2008].
15. [http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version\(1\).pdf](http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version(1).pdf) [Erişim tarihi: 29.09.2008].
16. A.g.e.
17. A.g.e.
18. www.osmhi.org [Erişim tarihi: 29.09.2008].
19. [http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version\(1\).pdf](http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version(1).pdf) [Erişim tarihi: 29.09.2008].
20. www.cmha.ca [Erişim tarihi: 29.09.2008].
21. <http://mentalhealth.sawha.gov/publications/allpubs/KEN-01-0108/social.asp> [Erişim tarihi: 29.09.2008].
22. [http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version\(1\).pdf](http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version(1).pdf) [Erişim tarihi: 29.09.2008].
23. A.g.e.
24. A.g.e.
25. www.seemescotland.org.uk [Erişim tarihi: 29.09.2008].
26. [http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version\(1\).pdf](http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version(1).pdf) [Erişim tarihi: 29.09.2008].
27. A.g.e.
28. *Mental Health in the EU: Key Facts, Figures and Activities - A Background Paper Provided by the Support Project* [Erişim tarihi: 29.09.2008].
29. A.g.e.
30. A.g.e.
31. [http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version\(1\).pdf](http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version(1).pdf) [Erişim tarihi: 29.09.2008].
32. *Mental Health in the EU: Key Facts, Figures and Activities - A Background Paper Provided by the Support Project* [Erişim tarihi: 29.09.2008].
33. A.g.e.
34. [http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version\(1\).pdf](http://www.mhe-sme.org/assets/files/From%20Exclusion%20to%20Inclusion-Final%20version(1).pdf) [Erişim tarihi: 29.09.2008].
35. A.g.e.
36. A.g.e.
37. A.g.e.
38. A.g.e.
39. www.cmha.ca [Erişim tarihi: 29.09.2008].
40. A.g.e.
41. www.wikipedia.org, http://www.soterianetwork.org/index.php?option=com_content&task=view&id=33&Itemid=35 [Erişim tarihi: 29.09.2008].
42. http://www.soterianetwork.org/index.php?option=com_content&task=view&id=33&Itemid=35 [Erişim tarihi: 29.09.2008].
43. www.icdd.org



KURUM-TEMELLİ HİZMETLERİN BİR ELEŞTİRİSİ VE TOPLUM- TEMELLİ HİZMETLER

Can İlbey

Giriş:

Toplumsal Akıl, Algılayış ve Kurumlar

Bundan yüzyıllar önce, ortaçağda sağır kişiler için kullanılan ifadelerin çoğu 'delilik'le ilgiliydi. Ortaçağda yaşayan insanların çoğu işitmeyen kişilerin doğal olarak zekâ özürü olduğunu düşünürdü ve bunu düşünmeleri için yeterli toplumsal 'nesnel' neden vardı. Yaygın bir eğitimin olmadığı, tüm ilişkilerin pratik kaba emekle yüz yüze ilişkilerden ibaret olduğu, bireyin ancak hiyerarşik toplumsal ve siyasal süreçlerin içinde var olabildiği, bu süreçlere tabi olduğu ve dolayısıyla bu süreçleri çocukluktan itibaren pratik, güç ilişkileri içinde öğrenmek zorunda kaldığı bir tarım toplumunda sağırılığınızdan ötürü 'işe yaramaz' bir insan haline gelmeniz çok doğal(!) idi. Aslında adapte olmanızı engelleyen sadece sağırılığınız değil, aynı zamanda toplumsal yapıydı. Öyle ki sonuçta çalışmıyor, karşıdakinin söylediklerini duyamıyor ve ya-

pamıyor, sonuçta o toplumsal yaşantı içinde aktif bir özne olamıyordunuz. Mevcut hayat içinde aktif bir özne olamamak ise bilişsel, zihinsel, sosyal gelişiminizi engelliyordu. Başka bir deyişle, var olan toplumsal düzen ve onun parçası olan bireylerin hayata, insana genel bakışı, işitmeyen kişinin zorunlu olarak zekâ yoksunu gibi algılanmasına ve hatta olmasına neden oluyordu. Yani, belirgin bir farklılığı bir engel haline getiren, çoğunluk yani toplum ya da topluma adapte olabilenlerin yaşam şekilleriydi.

Benzer bir durumun izini kadınların konumu üzerinden de sürmek mümkün. 20. yüzyıl içinde kadınların toplumsal hayata daha çok katılmaları olgusuyla karşılaştık ve bunun sonucu olarak kadın sorunu ile ilgili geçmişten bugüne neler olup bittiğine dair ciddi bir entelektüel ve bilimsel bilgi birikimi oluştu. Oysa 100-150 yıl kadar önce kadınların seçme ve seçilme hakkı dahi yoktu. Toplumsal yaşantıda (ki, ana ekserisini çalışma yaşantısı oluşturur) kadınları görmek neredeyse istisnaydı. Kadın, tüm fizyolojik-biyolojik farklılıklarıyla beraber, bağımsız bir birey, bir özne olarak algılanmıyordu. Tüm hayatını ev içi işlerle geçiren, toplumsal karar alma mekanizmalarında yer almayan, eğitim olanaklarından yoksun kalan birey doğal olarak 'geri' kalıyordu. O dönemde seçme ve seçilme gibi sorumluluk gerektiren hakların kadınlara da tanınması gerektiğini söylediğinizde, ortalama bir kişiden (kadın ya da erkek) alacağınız cevap kendi içinde bir anlamda tutarlı olacak ve büyük olasılıkla şaşkınlık ve kızgınlıkla reddedilecektiniz.

Toplumsal düzen burada o kadar geniş bir şeyi ifade eder ki, tüm insanların hayatlarını yaşamak için yaptıkları herşeyi kapsar. Bina yapmak da, evi şu ya da bu şekilde yapmak da, bilimsel kurumların içinde bilgi üretmek de buna dahildir. O dönemde yazılmış sıradan bir bilimsel kaynağı inceleyen kişi kadınların 'doğal olarak'(!) erkeklerle çocuk arasında bir yerde durduğunun, zayıf yaradılışlı olduğunun yazıldığını ya da dolaylı olarak buna referansla konuşulduğunu görebilir.

Ruh sağlığı meselesine geçmeden önce kadın sorunuyla ilgili bir başka mevzudan da bahsetmem gerekiyor.

Kadınların toplumsal hayatta kendi iradeleri dahilinde birer özne olarak yer almalarına eşlik eden daha yakın tarihli iki akımdan bahsedilebilir. Bir taraftan eşitlik talepleri ile gösterilebilecek mevcut baskıcı önyargılı düzeneğe katılma, o şeyin bir parçası olma isteği. Diğeri ise kadınsılık ve erkeksilik kavramlarının kendisini sorgulayan, kendini farklılıklar üzerine kuran perspektif.

Bu durumu sosyolog Nilüfer Göle bir yazısında çok isabetli tahlil etmiş:

"Sanayi toplumunun temelini oluşturan üretim 'erkeksilik' (maskulin) ile özdeşleşmiştir. Erkek, erkeklik-insanlık mertebesine erişebilmek için nasıl Kamusal, Evrensel, Akılcı alanda kendini gerçekleştirmek zorundaydı, kişilik alanında da 'anne'den ayrılarak, 'kadınsı' alandan koparak, özel alanın dışına çıkarak yetkin erkek olacaktır. Dolayısıyla erkek kendini eylemlerini doğa üzerindeki -dolayısıyla kadın doğası üzerindeki hâkimiyeti ile tanımlamaktadır..."

Kadının öteden beri toplumsal alanın dışında değerlendirilmiş, erkek düzeninin karşısında bir (bilinmeyen) kara kıta olarak ve Helen Cixous'un deyişiyle kültür tarafından bastırılmasına neden olmuş kadın bedenini sahiplenme çağrısı, kadın kimliğinin yeniden keşfedilmesini sağlayacağı kadar, kadınları da tarihsel olarak farklılığın temsil edildiği yer olarak günışığına çıkaracaktır.

Liberal geleneğin devamı olan (kadın hakları insan haklarının bir uzantısıdır anlamında) ve kadınların kendisini kanıtlamasının birim ölçütü olarak erkekliliği ve erkekliliğin toplumsal ve kültürel yapısını eylemine hedef alan eşitlikçi dinamizmin tersine, kimlik oluşturmaya yönelik yön, özgürleşmek adına kadınsılıktan kurtulmayı istemek şöyle dursun, eylemin merkezine farklılık kavramını yerleştirerek erkek kültürü ile özdeşleşmiş 'Evrensellik' ve 'Tekçiliğin' eleştirisini getirir. 68 karşı kültür hareketinin mirasını devralan kadın hareketinin bu yönü, eşitlikçi hareketin başından atmaya çalıştığı 'kadınsılığa' çağrıda bulunur: kadın hareketini tüm sömürgecilğe karşı hareketler ile bir tutarak, kadın kimliğini ortaya çıkarabilmek için, 'siyah güzeldir' sloganının ifade ettiği anlamda kadının ezilmişliğine sebep olan farklılığını temel alır. [...]

Bir anlamda, kadın hareketinin ikili bir eylem ve dinamikle işlediği söylenebilir: Hem sanayi toplumuna kadınların katılımını gerçekleştiren bir eylem, hem sanayi kültür modeline karşı, onu eleştiren bir eylem."

Benzer biçimde, genel kabul gören bir bedene -işiten ve normal bedene/erkek bedenine- sahip olmayan kişide, böylesi bir toplumsal yapıda 'geri kalmaya' mahkûm olur. Ve konumu, giderek pekişip, doğal olarak algılanmaya başlar. Bireysel gibi algılanan sorunların çoğu, aslında toplumsaldır ve sorunun çözümü de mevcut toplumsal yapıda değişiklik yapmaya bağlı olacaktır.

Kadınlık ve sağırılık hakkında anlatılan durumun akıl ve ruh sağlığı ve akıllılık meselesiyle aynı olduğunu söylemek büyük bir hata olurdu. Yine de hak eşitliği ve özgün bir birey olma talebinde bulunan ve kendisini mevcut toplum içinde bir özne olarak görmeye çalışan tüm 'azınlık' ve farklılık durumlarında olanlar

için, yukarıdakilerle bazı benzerlikler ve dolayısıyla bunlardan çıkarılacak kimi dersler var.

İki yıl kadar önce RUSİHAK'ı kurduğumuzda benzer çelişkileri yaşadığımız ya da yaşayacağımıza dair hislerimizin doğru çıkması bizleri şaşırtmıyor: Bir taraftan tedaviye ulaşamayan hastaların var olan tedavi hizmetlerine ulaşma hakkını savunuyoruz; diğer taraftan mevcut tedavi yollarını, insanı sadece hasta olarak ele alan, ayrımcılık yaratan ve hatta 'hastalığın' üretilmesine katkıda bulunan toplumsal düzeneği ve bununla eşgüdüm halinde çalışan- tedavi yöntemlerini eleştiriyoruz. Bir taraftan tedavi alan bireylerin mevcut zihniyetle şekillenmiş toplumsal düzene 'eklenme' haklarının önündeki engellerin kaldırılması gerektiğini savunuyor, diğer taraftan hastalık denilen şeyin kendisini ve bireyde farklılığı yüzünden ortaya çıkan, yeti yitimini besleyen bu toplumsal düzeni (adapte olunması gereken, kategorize eden akli) sorguluyor ve eleştiriyoruz. Bir yandan hastanın kendisini normalleştiren süreçlere katılmasını isteyip, eşitlik talebinde bulunuyor; diğer yandan mevcut engelleri ve ayrımcılığı üreten norm ve normalleri reddetme ihtiyacı hissediyor, farklılıkların altını çiziyoruz. Çok karşılaştığımız pratik bir sorunla örneklememiz gerekirse; istihdam alanında zihinsel engeli bulunan ve psikiyatrik teşhis almış kişiler için kota belirlenmesi hak yaratmakla birlikte, ne yazık ki bu olgu damgalamayı da beraberinde getiriyor.

Tüm bu anlatılan çift-kutupluluk hali bir çelişki olarak görülmemeli, daha çok herhangi bir alanda, hak-temelli taleplerde bulunmanın doğal bir sonucu olduğu şeklinde yorumlanmalıdır. Bizim gibi dernekler için, bu durumun, sorunları da çözüm arayışlarını da statik olarak kavranmaktan uzakta tutan yapıcı bir işlevi olduğunu düşünüyoruz. Sonuçta hazır reçete sorun tarifleri ve çözüm arayışlarına karşıt olarak, çözümün yine hayatın pratik yapısı içinde katılımcı, üretici, dinamik süreçlerle ortaya çıkması gerektiğini düşünüyoruz. Genel olarak hayatı, herhangi bir alanında engellenen kişilerin lehine değiştirmek istiyorsanız, hem sorunu yaşayan kişi olarak orada (engeli yaratan toplumsal düzende) bir özne olarak var olmanız hem de kendi kimliğinizle bir özne olabildiğiniz ölçüde eleştirel akli çalıştırıp mevcut pratiği değiştirmeniz ve aynı zamanda kendinizi değiştirecek ve yeniden tanımlayacak süreci işletmeniz gerekir.

Psikiyatrik tedavi gören bireyler tedavi olanağı yakaladığında, karşılaştıkları mekanizma bireysel düzlemde son derece yıpratıcıdır: bir kurumda kapalı kalma, hayata katılamama, kendi kararlarını verememe, psikiyatrik ilaç ağırlıklı tedavi ile akut dönemin iyileşmesi/ortadan kalkması, hemen ardından eve dönüş, işsizlik, iletişimsizlik ve sonra mevcut durum yüzünden

tekrar başa dönüş. Toplumdan yalıtılma ile de pekiştirilince, sizi kendi rızanızla 'ruhsal hasta' kategorisi içine sokan ve oradan çıkmanızı engelleyen sürecin içine giriverirsiniz. Çoğu zaman insanı bezginleştiren ve kendini tekrar eden bu süreç kişide doğal olarak pek çok sosyal, ilişkisel kayıplara ve yeti kaybına neden olur ki, sonunda kişiyi gerçekten 'geriletir' ve hatta bilişsel fonksiyonlarında durgunluğa neden olur. Bu durumda elimizdeki en iyi seçenek toplum-temelli sağlık sistemidir. Bu sistemde bireyler hastadan ziyade, (diğerleri gibi) kimi sorunları olan birer özgün birey olarak kabul edilir, kararlarına önemli ölçüde saygı duyulur ve kendilerine sağlanacak hizmetlerle ilgili tüm karar süreçlerine katılımları sağlanır.

Ruh Sağlığı Alanında Mevcut Durumun Eleştirisi

Psikiyatrik tedavi alan ve zihinsel engelli bireylerin tedavisindeki mevcut yıpratıcı paradigmayı sorgulamak amacıyla, hem profesyonel sağaltım alanlarına hem de toplumun genel tutumuna ilişkin olarak, farklılıkların nasıl olup da engellilik yarattığını sormak gerekir. Hangi toplumsal süreçler bu engellilik halini üretir? Toplumsal yaşantıdaki mevcut akli çerçeve ve bilimsel yöntemler bu süreçlerin neresinde durmaktadır? Nasıl değiştirilebilir? Bu sorulara cevap vermede aşağıdaki birkaç paragraf bize yardımcı olabilir.

Belirgin bir ruhsal bozukluğun tarifini yaparken, aynı oranda ruh sağlığı 'normalliği' tanımı yapıyoruz. Var olan engelli hizmetleri, kişinin mevcut toplumsal/politik/mimari vs. koşullardan yararlanmasını sağlarken, aynı zamanda kişinin özgürlüğüne/olanaklara erişimine/bağımsızlığına ket vuracak bir biçimde uyumsuzluk yaratmakta. Bu durumda, ya akıllılığa/sağlamlığa dair norm (normal) kavramı psikiyatrik tedavi gören bireyleri de içine alacak şekilde genişletilmeli ya da daha iyisi, tüm normlar gibi başka bir perspektiften sorgulanabilir olmalıdır.

Psikiyatrik tedavi gören ve zihinsel engeli bulunan kişilerin de özgür kişilikleri ve iradelerinin bulunduğu; kişiler arasındaki farklılıkların, insanı bir başkasından ayıran özelliklerin, tüm insanlarda olduğu gibi, "şizofren", "otistik" denen bireylerde de bulunduğu kabul ediyoruz. Oysa gündelik yaşamda, şizofreni ya da otizm tanısı almış bir birey çoğu zaman sadece aldığı tanı ile tanımlanır. Çoğu tedavi kurumu, tanı ve tedavi yöntemlerinden kaynaklanan bu isimlendirmeden ötürü, zamanla damgalamayı da içeren süreçleri çalıştırır. Kategorilere ayırmaya dayalı bakış açıları, aynı teşhisi almış kişilerin diğer özelliklerini görmezden gelir; böylesi kişilerin hem diğerlerinden farklı hem de diğerlerine benzer özellikler taşıyan özgün kişilikleri oldukları gerçeğinin de göz ardı edilmesine neden olur. Aynı teşhisi almış bireyler kurumsal ve

toplumsal olarak genelde aynı muameleye tabi tutulmaya başlanır ve her zaman benzer tepkileri verir gibi algılanır. Sonuç olarak kendisine biçilen rolü kabul edip, hasta konumunda yaşayan kişi, zamanla kendi kişisel özelliklerini törpüleyip, kişisizleştirilmiş biri olarak hasta kategorisine razı olmak zorunda kalır.

Bireylerin bu kişisizleştirme deneyimini yaşamamaları için bürokrasi ağırlıklı, kurum-temelli sağlık sistemlerinin sorgulanması gerekir. Ayrıca hastanın bilgilendirilmesi yanında uygulanacak tedavi yöntemlerinin seçiminde hastanın iradesine ve tercihlerine başvurmak, seçim yapmasının sağlanmasının da ötesinde yeni seçenekler üretebileceğini kabul etmek hastanın dar kalıplı bir yaşantının içinde boğulmasını engelleyecektir.

Toplumun ayrımcılık ve kötü muamelenin ne olduğu ve olmadığına dair genel kanısının değişmesi, hukukun ve siyasal yürütme organlarının ise daha özenli ve iyi planlanmış programlar yürütmesi gerekir. Toplumun genel yargısı ayrımcılığın ancak kasıtlı biçimde yapılabileceği yönünde. Bu tarifi ciddiye alacak olursak, dünyada hiçbir ayrımcılık olmadığı sonucuna da hi varmamız mümkün. Kim bile isteye ayrımcılık yaptığını kabul eder ki? Ayrımcılık ve kötü muamele çoğu zaman farkına varmaksızın, bilinçdışı savunma mekanizmalarıyla bireyin davranışlarında ve tutumlarında açığa çıkan olgulardır ve sıklıkla toplumsal, kurumsal, politik normlardan ve bu normlara uygun davranan bireylerden kaynaklanıyor gibi görünmektedir.

Herkes herkesi sevmek zorunda değildir. Farklılığından ötürü ayrımcılığa maruz kalan grupların talepleri de, zaten herkes tarafından sevilme değil, özgün ve özerk bir kişilik olarak tanınmaları ve hak, fırsat ve imkân eşitsizliğini yaratan koşulların ortadan kaldırılmasıdır. Aynı şekilde sorunun çözümü, ayrımcılığa tabi olan kişileri daha fazla sevmek, onlara acımak ya da özel imtiyaz alanı açmaktan değil; karşınızdaki insanı özgün yönleriyle bir birey, kendi kararlarını verebilen bir özne olarak görmekten geçer. 'Pozitif Ayrımcılık' kimi yerlerde toplumsal iktidar ilişkilerinde ortaya çıkan 'negatif ayrımcılığı' bertaraf etmek için kullanılıyorsa, uygulanmasında bir sakınca yoktur. Ancak devlet ve toplumun, engelli ya da ayrımcılığa maruz kalan kişilere sadece özel imtiyaz alanları açması, sorunu bütünlüklü olarak ele almak yerine, yama yapması gibi düşünülebilir. Ayrıca soruna maruz kalan bireylerin belirli bir alan içine tıkalı kalmaları, değişik bir şekilde toplumdan yalıtılmaları anlamına gelebilir.

Toplum Temelli Sağlık Sistemi

Somut olarak RUSİHAK, toplum-temelli sağlık hizmetlerini öneriyor. Bunun uygulanması yönünde pek çok önyargı mevcut. Tedaviye dair tüm kurumsal ya-

pılaşmanın 'eski tip' oluşundan ve tabii ki bireylerin düşüncelerinin bu yapının sınırları dışına çıkamayışından kaynaklanan engeller bulunuyor.

Toplum-temelli sağlık hizmetleri zannedildiği gibi, kurum hizmetinden daha pahalı değildir. Aksine, ruh sağlığı alanında depo hastane pratiği kamuya daha fazla yük bindirir. Hem ilaç ağırlıklı tedavilerin (ilaç çok pahalıdır) hem de hastayı kapalı tutmanın maddi yükü çok ağırdır. Bu noktada gelecekle ilgili olası bir tehlike mevcuttur. Devlet, olası bir maddi bunalım döneminde, kamu harcamalarında kısıtlamaya gidecek, maddi yüklerinin ağırlığından ötürü, toplum-temelli sağlık hizmeti olanağı üretmeden ve buna uygun yapılanmayı başlatmadan hastanelerin sayısını azaltmak ya da yatılı tedavi gören kişileri taburcu etmek zorunda kalabilir. Burada öneri, kaynakların yeni bir sağlık hizmeti yapılmasına harcanmasıdır; sağlığa daha az yatırım yapılması değil.

Toplum-temelli hizmetler konusunda yapılan ve sayıları gittikçe artan araştırmaların sonuçları toplum temelli hizmetlerin kurumsal hizmetlerden/kurum bakımından daha az başarılı olmadığını kanıtlar niteliktedir. Bu çalışmaların bir kısmına bu raporda yer verilmiştir.

Yeni yapılanma için, istenirse eğitilmiş personel bulunabilir. Terapist, psikolog, rehber ve psikolojik danışman, eğitilmiş sağlık personeli sayısı az değildir. Ancak toplum temelli hizmetler verecek personelin yetiştirilmesi ve psikiyatristler dışındaki sağlık personelinin sayısının artırılması için üniversitelerde uygun düzenlemelerin yapılmasında, yeni bölümler açılmasında fayda vardır. Burada çıkabilecek sorunlar, niceliksel ve maddi koşullardan çok, toplumsal ve (hem hastalar üzerindeki hâkimiyetin kaybindan, hem de birtakım mesleklerin diğerlerinden daha önemli olduğunu düşünülmesinde ötürü doğabilecek) kurumsal statü kavgalarının sağlık personeli içinde yaratabileceği dirençlerdir. Katı pozitivist tutumun yaygın olduğu bir toplumda bu tabii ki pek çok sorun çıkabilir.

Son olarak yukarıda ele aldığımız eleştiriler ve toplum-temelli ruh sağlığı sistemi anlayışıyla uyum içinde bulduğumuz, 2007'de bizzat engellilerin de katılımıyla hazırlanan Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nden bahsetmek istiyoruz. Bu sözleşme de gösteriyor ki, bu yazıdaki eleştiri ve öneriler sadece RUSİHAK'a ait değil. Sözleşme'nin Giriş Bölümü (e) Maddesi'nde engellilik tarifi şöyle yapılıyor: 'Engelliliğin gelişen bir kavram olduğunu ve engellilik durumunun, sakatlığı olan kişilerin topluma diğer bireyler ile eşit koşullarda tam ve etkin katılımını engelleyen tutumlar ve çevre koşullarının etkileşiminden kaynaklandığını kabul ederek...'. Görüldüğü üzere,

Sözleşme engellilik olgusunun tıbbi bir durum oluşunun yanında, sosyal bir sürecin sonunda üretilmiş olduğu gerçeğini de kabul ediyor. Tüm 'engellilerle' ilgili yeni bir yaklaşımı ifade eden bu Sözleşme pek çok bakımdan ruh sağlığı alanıyla da ilgili yeni düzenlemelerin yapılması yönünde katkı sağlayacak gibi duruyor. Sözleşme'nin getirdiği yeni yaklaşımın dikkat çekici yönü basit yönetmeliklerle geçirilemeyecek bir zihniyet değişikliğini (ve ona uygun yeni yapılanmaları) savunuyor olmasıdır.

Türkiye'nin bu sözleşmeyi büyükelçilik düzeyinde imzaladığını ve imza töreninde Türkiye büyükelçisinin söz alan az sayıda diplomattan biri olarak Türkiye'nin sözleşmenin gerektirdiği reformu acilen başlatacağı sözü verdiğini hatırlatır, gerekli düzenlemelerin ve kurumlaşmaların yapılması beklentisi içinde olduğumuzu belirtmek isteriz.

Ayrıca 18 Şubat 2008 tarihinde yayınlanan Avrupa Birliği Türkiye Katılım Ortaklığı Belgesi'nde ruh sağlığı alanında kurum - temelli hizmetlerden toplum-temelli hizmetlere, yani yatılı kurumlara dayalı bir ruh sağlığı sistemi yerine yerel, kolay ulaşılabilir ve yaygın bir ruh sağlığı sistemine geçilmesi ve bunun için gereken maddi kaynakların ayrılması, Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne katılımı için orta vadeli öncelik olarak belirlenmişti.

Maalesef toplum-temelli hizmetlerin bir çırpıda kurum temelli hizmetlerin yerini almasını bekleyemeyiz. Ülkemizdeki akıl ve ruh sağlığı sistemi Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'yle belirlenen konuma, yani hizmetlerden yararlanan kişilerin özerkliğine ve biricik oluşlarına saygı ve toplumsal yaşama eşit vatandaşlar olarak katılım hakkı içselleştirilip hizmetlere yansımaya dek, halihazırda kurumlarda yaşayan ya da yatılı tedavi gören, zihinsel engeli bulunan ya da psikiyatrik teşhis almış kişilerin koşullarının iyileştirilmesi için yapılması gereken daha pek çok düzenleme var. Kurum temelli hizmetlerden toplum temelli hizmetlere geçilirken, kurumların yapısı, nicelik ve niteliği, bürokratik mekanizmalar da değişime uğrayacak gibi duruyor. Daha küçük ölçekli, katılımcı, bireyin ihtiyaçlarına cevap veren farklı kurumsal yapıların ortaya çıkması gerekiyor. Bunların etkin çalışmasına bağlı olarak toplumsal yapıdaki engelliliğe bakış açısı da zaman içinde değişecektir.



RUSİHAK'IN ÖNERİLERİ

Bu bölümdeki öneriler ruhsal rahatsızlığın ya da zihinsel engelliliğin doğasını merkeze koyan tıbbi bir yaklaşımdan ziyade, sorunu bizzat yaşayan kişinin uluslar arası insan hakları ilkelerince belirlenmiş haklarını, tedavi ve rehabilitasyon ile sınırlandırılmayacak kadar çok boyutlu olan ihtiyaçlarını, kendine özgü öyküsünü, toplumsal yaşama katılımının önündeki engelleri ve yaşadığı zorlukları olduğu kadar güçlü yanlarını da merkeze koyan sosyal ve hak-temelli bir yaklaşıma dayanmaktadır. Kişinin toplumsal yaşamın her alanına eşit bir vatandaş olarak katılımının önündeki engellerin, doğuştan gelen ya da sonradan gelişen sıkıntılardan olduğu kadar, toplumsal yaşamın örgütlenme biçiminin katılımın ve sosyal içermenin önünde bir engel teşkil etmesine bağlı olabileceği göz ardı edilmemelidir. Buna göre, her alanda kişinin ihtiyaç ve haklarını merkeze alan toplumsal yaşama tam katılımı öngören düzenlemeler gerekmektedir.

Genel öneri: Kurum-Temelli Hizmetlerden Toplum İçerisinde Yaşamı Teşvik Eden Toplum-Temelli Hizmetlere Geçiş

Sadece özel ihtiyacı olan bireyler kurumlara ve toplumsal yaşama değil, kurumlar ve toplumsal yaşam da özel ihtiyacı olan bireylere uyum sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Sosyal içerme ancak bu şekilde mümkün olabilir. Bunun için sorunu birebir yaşayan grupların kendilerine sunulan hizmetlerin planlanma, uygulanma ve değerlendirilme aşamalarında aktif rol almaları şarttır. Avrupa Birliği'nin Türkiye ile Katılım Ortaklığının İlkeleri, Öncelikleri ve Koşullarına İlişkin 18 Şubat 2008 tarih ve 2008/157/AT sayılı Konsey Kararının 28. maddesinde vurgulanan Türkiye'nin kurum-temelli hizmetler yerine "toplum-temelli hizmetler"e geçmesi gerekliliği tam da bu anlama gelmektedir.

Toplum-temelli hizmetler, sanıldığı gibi aksine sadece coğrafi olarak yaygın hizmetler değildir, aynı zamanda yararlanan kişilerin tüm süreçlerde aktif ve eşit katılımı söz hakkı sahibi olduğu hizmetler anlamına gelmektedir.

Uzun vadede bunların yasal teminat altına alınması temel adım olacaktır.

Kısa ve orta vadede bu katılımın sağlanması için atılabilecek adımlar şunlar olabilir:

1. Sorun Yaşayanların Aktif Katılımı

• Kurumlarda (hastane, merkez, vb.) şikayet kutusu yerine, hizmetlerin kalitesiyle ilgili sözlü ve yazılı uygulamalar yapılabilir. Örneğin, hastane içinde işletme müdürü ve ekibi sağlık işletmeciliği bölümlerinden mezun kişilerden seçilir, Bu ekip, hasta ve yakınlarına ayaktan ya da yatılı tedavide belli aralıklarla olumlu ve olumsuz buldukları durumları, önerilerini sorar. Bunlar değerlendirilerek ilgili personele iletilir.

• Benzer bir çalışma, tüm personeli kapsayacak şekilde çalışanların fikrini almak üzere belli aralıklarla yapılabilir.

• Yöneticiler dahil, tüm personele (temizlik vs. de dahil) iletişim eğitimleri (karşıdakini dinleme, suçlama ya da savunma yapmadan kendini ifade etme, problem çözme basamaklarına ilişkin eğitimler) verilebilir. Sağlık Bakanlığı'nın ve SHÇEK'in hizmet içi eğitim çalışmalarına bu tür ekip çalışmasına yönelik iletişimi artırıcı eğitimler eklenebilir. Yatılı bölümlerde fikir alma, uygulaması günaydın toplantılarında yapılabilir. Has-

tane yönetimini ilgilendiren konular not alınır, gerekli yerlere iletilir, bir sonraki toplantıda da sonuçlar açıklanabilir. İnsanlara her istediklerinin yapılacağı değil, kendilerinin dikkate alındığı mesajının gitmesi verilmeye çalışılabilir.

• Ailelere de temel iletişim eğitimleri ve sorun paylaşma toplantıları ile ulaşılabilir. Bir iletişim uzmanı eşliğinde personel ve aileler birlikte bu toplantılara katılıp sorunlarını ve çözüm önerilerini paylaşabilirler.

• Bu tür katılımcı bir ortam için devlet kurumlarının özerkliği artırılmalı, yani ihtiyaç duydukları konularda hizmetin kalitesini yükseltecekse makul ve şeffaf olmak kaydıyla personel alımından, bina yapımına çeşitli özerklikleri olabilmelidir. Bürokratik işlemlerin azalması, personelin ve kurumun daha verimli olmasına katkı sağlayacaktır.

• Denetleme aşamasında hizmet verilen ve veren tüm kesimlerin fikri sorulabilir (hastalar, aileler, en alt kademededen itibaren tüm personel, vb.).

2. Toplum-Temelli Hizmetlerde Personel Niceliği ve Niteliği

Ülkemizde akıl ve ruh sağlığı alanında var olan uzman personel sayısının yetersizliği sık sık gündeme gelmektedir. Toplum-temelli hizmetlere geçildiğinde hizmet verecek uzmanların istihdamı, eğitimi ve kurulacak sistem için önerilerimiz şunlardır:

• Toplum-temelli hizmetler, konuyla ilgili tüm yetkili kurumların ve tarafların bir arada olduğu bir ekiple planlanmalıdır. Bu ekipte valilik, sağlık bakanlığı, sosyal hizmetler, Özürlüler İdaresi Genel Müdürlüğü, Milli Eğitim Bakanlığı, İŞKUR, özel sektör, belediye, muhtarlık, üniversite, meslek odaları, hizmet alan grubun kurucusu olduğu sivil toplum kuruluşlarından temsilciler olmalıdır. Farklı kaynakların, koordinasyon içinde etkili bir şekilde nasıl kullanılabileceği bu ekip tarafından planlanabilir.

• Bu ekip liderliğinde, yurtdışında, farklı ülkelerde toplum-temelli hizmetlere geçiş süreci incelenerek, ülkemize uygun olabilecek yöntemler tartışılabilir. Toplum-temelli hizmetlerin felsefesi, uygulanış biçimleri ile ilgili sosyal hizmet bölümlerinin de katkısıyla yeni programlar geliştirilmelidir. Bu programlara, sanat terapisi, psikodrama, oyun terapisi gibi farklı yöntemler de dahil edilmeli, sadece bilgi aktarımı değil, deneyime dayalı öğrenme yöntemiyle davranış değişikliğine katkı sağlayacak eğitimler yapılmalıdır.

• Özellikle 1999 depreminden sonra, kısa zamanda organize olup hizmet verildiği için, deprem bölgele-

rinde çalışma yürüten ekiplerin tecrübeleri gözden geçirilebilir.

- Hizmet verecek uzmanların unvanlarından çok, yaptıkları işin niteliği, programların içeriği ön planda olmalıdır. Farklı fakültelerde akıl ve ruh sağlığı alanında hizmet verebilecek tüm uzmanlar (psikiyatri hemşiresi, hemşire, klinik psikolog, psikolog, psikolojik danışman, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişim uzmanı, özel eğitim uzmanı) toplum-temelli hizmetlerle ilgili ortak eğitimlerden geçirilerek ortak bir bakış açısı yaratılmaya çalışılabilir.

- Az sayıda ve zor yetişen uzmanlar (psikiyatristler, nörologlar ve klinik psikologlar gibi) danışman konumunda olabilir, birebir hizmet veren kişilerin eğitiminde rol alabilir.

- Bakım elemanı, sağlık memuru, gibi hasta veya engelliyle daha çok vakit geçiren kişiler de toplum temelli hizmetlerle ilgili eğitimler almalıdır. Bu alanda eğitici yetiştiren kurum ve kuruluşlar çeşitlendirilebilir, verilen eğitimlerin koordinasyonu ve kalitesi bahsedilen ekip tarafından takip edilebilir.

- Özellikle Avrupa'da uygulanan kişi-merkezli planlama yönteminde olduğu gibi, sadece uzmanlar değil, hizmet alacak kişinin yakınındaki kaynaklar da toplum-temelli ve insan-odaklı hizmetlerin verilmesinde etkin kılınabilir.

3. Hizmetlerin Sürekli Değerlendirilmesi, Yeni Araştırmalara Işık Tutması

Yeni bir veri kayıt sistemi kurulmalıdır. İstatistik kurumu çalışmalarında kurumlar arası işbirliğini sağlamalı, sorunu tüm yönleriyle ele alan, ihtiyaçları saptayan veri tabanlarının oluşmasında, tüm çalışanların ve toplum-temelli merkezlerin katkıda bulunabileceği bir sistem kurulmalıdır.

Yapılan çalışmalar, üniversitelerle işbirliği içinde bilimsel olarak incelenebilir, bu bilgilerin ilgili taraflarla paylaşımını sağlayacak, dergi, e-yayın, sempozyum, ulusal ve uluslararası kongreler gibi etkinlikler düzenlenebilir.

Hizmetlerin kalitesinin daha da artırılması için kurumların özerk bir yapıya sahip olması, kendilerini geliştirmek istedikleri konularda proje bazlı çalışmalar yapması, yerli ve yabancı uzman kuruluşlarla işbirliği yapması, bu konuda özel birimlerin oluşturulması gibi çalışmalar yapılabilir.

4. Maliyet

Kurum bakımı ile toplum-temelli hizmetler karşılaştırıldığında farklı modellere ilişkin farklı mali hesaplama-

malar mevcuttur. Toplum-temelli hizmetlerin önleyici ve kişiyi toplumsal yaşama ve ekonomik iş gücüne kazandırıcı yanı ve mevcut kurum bakımına dayalı sistemde aynı kişinin tekrar tekrar kuruma yatış yaptığı göz önünde bulundurulduğunda, uzun vadede toplum-temelli hizmetlerin maliyetinin kurum bakımına göre daha düşük çıkacağı öngörülmektedir. Diğer taraftan, model seçiminde maliyetin ne kadar belirleyici olması gerektiği de tartışmaya açık bir konudur. Özellikle kanser gibi maliyeti yüksek tedaviler gerektiren hastalıklarda gereken tedaviden kaçınılması etik açıdan nasıl uygunsuz bir karar olursa, uzun süre psikososyal destek gerektiren ruhsal rahatsızlıklar ve zihinsel engellilik durumunda da benzer bir etik ilkenin gözetilmesi gerekmektedir.

5. Kurumlardaki Yaşama İlişkin Öneriler

A. Belirli Standartların Hayata Geçirilmesi

Kurum bakımı ve tedavisinde kurum çalışanlarının keyfiyetine izin vermeyecek şekilde kurumlarda uygulanan tedavi ve rehabilitasyon yöntemlerinin ve tutulma koşullarının uluslararası insan hakları ilkeleri ile uyumlu belirli standartlar çerçevesinde düzenlenmesi ve izlenmesi gerekmektedir. Diğer taraftan, bu yöntem ve koşullar her bir bireyin kendine özgü özelliklerini ve ihtiyaçlarını dikkate almayı engelleyecek, tektipleştirmeye yol açacak nitelikte olmamalıdır.

B. Çalışan Memnuniyeti

Kurumlarda psikiyatrik teşhis almış ve zihinsel engelli bireylere sunulan hizmetin kalitesinin artırılabilmesi için çalışanların memnuniyeti ve yaptıkları işten aldıkları tatmin oldukça önemlidir. Ziyaret edilen tüm kurumlarda çalışanların motivasyonunun oldukça düşük olduğu ve ağır bir iş yüküne sahip oldukları gözlemlenmiştir. Çalışanların memnuniyetinin artırılması için önerilerimiz şunlardır:

- Her kademedan, özellikle de kurumdan hizmet alan kişilerle en çok vakit geçiren hemşire, sağlık memuru, bakım elemanı gibi çalışanlara yönelik düzenli bir psikososyal destek programı uygulanmalı ve motivasyon arttırıcı etkinlikler düzenlenmelidir.

- Her kademedan çalışanın fikirleri alınmalı ve yeni hizmetler bu fikirlere dayanarak planlanmalıdır.

- Çalışanlara ilişkin özlük hakları ve sosyal olanaklarda iyileştirmeler yapılmalıdır.

- Çalışanların güvenli bir ortamda çalışabilmeleri için gerekli önlemler alınmalı ve destekler sunulmalıdır.

• Her kademedeki çalışanın dünyadaki gelişmeleri izleyebilmesi için düzenli eğitim ve süpervizyon olanağı tanınmalıdır.

C. Fiziki Koşullar

Odalar 1 ya da 2 kişilik odalar şeklinde düzenlenmelidir.

Bazı kurumlarda halen mevcut olan koğuş tipi oda sistemi terk edilmelidir.

Servisler hijyen açısından düzenli olarak denetlenmeli, hijyen açısından belirli bir standarda erişilmelidir.

Tüm odaların gün ışığı alması sağlanmalı, iyi ısınmayan odaların ısıtma sistemleri iyileştirilmelidir.

Odaların içerisine özel banyo ve tuvaletler dahil edilmelidir.

Tuvaletler, odalar gibi özel alanların kamera sistemiyle gözetlenmemesi gerekmektedir.

Odalara perde ve tül takılmalı, hastaların mahremiyeti sağlanmalıdır.

Yeni binalar planlanırken, sosyal mimari alanında çalışan uzmanlarla bağlantıya geçilmeli, yapılacak mimari düzenlemelerde tüm personelin ve hizmet alanların ihtiyaçları ve fikirleri alınmalıdır.

Binanın içinde sürekli yaşayacak kişilerin binaların döşenmesinde, düzenlenmesinde de söz sahibi olması, tek tip odalar yerine bu kişilerin kalacakları odaları, kendi fikirlerine göre düzenleme imkanları olmalıdır.

D. Bakım

Genel tıbbi bakım ve tedavi

Genel tıbbi tedaviye erişim için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Genel hastanelerle ruh sağlığı hastaneleri arasında bir işleyiş mekanizması kurulmalı, hastaların tedavisi gecikmeden ve ayrımcılığa uğramadan yerine getirilmelidir.

Özbakım: Banyo, dış bakımı, saç bakımı

Bazı kurumlarda görülen bitlenmeye karşı saçları tıraş etme uygulamasına son verilmelidir.

Özbakım becerisi olmayan kişilerin dış bakımına gerekli özen gösterilmelidir. Gerekirse dış macunu ve dış fırçası verilmeli, dış hastanelerinden bir ekip, terapist eşliğinde bu kişilere pratik dış bakımı eğitimi verilmelidir.

Kurumlarda kalan kişilerin ayaklarında oluşan deformasyonların önlenmesi için çorap ve ortopedik terlik sağlanmalıdır.

Banyo ve tuvaletlerde tuvalet kağıdı, şampuan ve sıvı sabun sürekli bulundurulmalıdır.

E. Beslenme

Tüm kurumlarda üç öğün yemek dışında ara öğünler de bulunmalıdır.

Diyabet hastaları gibi özel beslenme gereksinimleri olan kişilere özel yemek sağlanmalıdır.

Fiziksel engeli de bulunan ağır zihinsel engelli kişilerin beslenme sırasında refakatsiz bırakılmamaları gerekmektedir.

F. Can ve Mal Güvenliği

Kurumlarda kalan kişilerin özel eşyalarını odalarında tutmalarına izin verilmelidir. Her kişiye ait bir kişisel dolap olmalı ve anahtarı sadece kişinin kendisinde bulunmalıdır.

Kişilerin kendi paralarını kullanma konusunda kontrolün personelde olması yerine, kişiye kurumda kalacağı süre konusunda net bilgi verilmeli ve parasını bu süre boyunca yetecek şekilde kullanabilmesi için danışmanlık sunulmalıdır.

Kişisel giysilerin kaybolmaması için her hastanın üzerinde isminin yazılı olduğu bez torbalar olmalı ve giysileri bu torbalar içinde teslim alınıp teslim edilmelidir.

Epilepsi hastaları gibi özel tıbbi durumu olan hastaların beden bütünlüğüne özel dikkat gösterilmelidir.

Zihinsel engelli kişiler fiziksel ve cinsel taciz gibi durumlara karşı özel olarak korunmalıdır.

Hastaların genel tıbbi bakım ve tedavisi zamanında ve yeterli düzeyde sağlanmalıdır.

G. Gece Nöbetleri Sırasında

Hastaların ve çalışanların güvenliği açısından gece nöbetleri sırasında kurumlarda bulunan çalışan sayısı arttırılmalı, olası bir tehlikede anında ve etkili bir iletişim mekanizması kurulmalıdır.

Gece nöbetleri sırasında kurumda kalan uzman personel sayısı azaltılmalı, uzmanların kurumda kalan kişilerle birebir çalışmaya vakit ayırabilmesi sağlanmalıdır.

Gece nöbetleri sırasında acil müdahale gerektiren tıbbi durumlar için özel önlem alınmalı, hastalar zamanında tıbbi yardıma ulaşabilir hale gelmelidir.

H. Hareket Serbestliği

Odaların kapısının gün içerisinde kilitlenmemesi gerekmektedir.

Bahçeye çıkış saatleri arttırılmalı, iç bahçeler dışında dış bahçeden de yararlanma olanağı tanınmalıdır.

Uzun süre kurumda kalan kişilerin hafta sonları ve tatillerde ailesinin yanına ya da kurum dışındaki mekanlara gitmeleri sağlanmalıdır.

Kurum dışında düzenlenen etkinlikler arttırılmalı, kurumda kalan kişilerin sosyal yaşama katılımları için olanaklar yaratılmalıdır. Bu konuda gönüllü kuruluş veya kişilerle işbirliği yapılabilir.

I. Haberleşme Olanakları

Çoğu kişinin ekonomik sorunlardan ötürü yakınını kurum bakımına bıraktığı düşünüldüğünde, başka bir ildeki kurumda yakınını ziyaret etmesinin mümkün olmadığı açıktır. Zihinsel engeli bulunan bireylerin kuruma yerleşimi, boş yatağa göre yapılmamalı; yakınlarının bulunduğu ildeki kuruma yerleştirilmelidir. Bunun mümkün olmadığı durumda, yakınlarının belirli aralıklarla kişiyi ziyaret edebilmesi için bir ödenek ayrılmalıdır. Uzak illerden gelen yakınların 1-2 gece kalabileceği misafirhaneler olmalıdır.

Kurumda kalan kişilerin cep telefonları ellerinden alınmamalı, istediklerinde yakınlarını arayabilmelerine izin verilmelidir. Kendi imkanlarıyla telefon açamayacak durumda olan kişilere istedikleri zaman yakınlarını arayabilme imkanı tanınmalıdır.

İ. Tedavi ve Rehabilitasyon

Kurumlarda çalışan personelin tümü için düzenli eğitim programları ve motivasyonu artırıcı çalışmalar yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı ve SHÇEK tarafından düzenlenen psikiyatrik tedavi gören ve zihinsel engeli bulunan kişilerle iletişim ya da yeni rehabilitasyon yöntemleri gibi, çalışan haklarından ziyade, hasta hakları konusundaki eğitimlere tüm personelin katılması sağlanmalıdır.

Kurum çalışanlarının dünyadaki gelişmeleri izleyebilmeleri ve mesleki donanımlarını arttırabilmeleri için eğitim faaliyetlerine katılmaları konusunda her bir çalışana eşit olanak tanınmalıdır.

Servislerde hemşire, hastabakıcı ve psikolog sayısının artırılması gerekmektedir.

Psikiyatristlerin ve psikologların servislerde geçirdiği vakit ve servisleri ziyaret etme sıklıkları arttırılmalıdır.

Kurumlarda uzun süre kalan kişilere yönelik mesleki eğitim verilmeli, az da olsa gelir getirici faaliyetlere dahil edilmeleri sağlanmalıdır.

Kurumda kalan kişilerin tedavi süreçlerine ilişkin alınacak kararlarda onlarla en çok vakit geçiren hemşire, hastabakıcı, vb. personelin gözlem ve görüşleri ile hasta ve hasta yakınlarının geri bildirimleri mutlaka dikkate alınmalıdır.

Tedavi ve rehabilitasyon alanında çalışan üniversite bölümleriyle yakın ilişki kurulmalı, yeni yöntemlerin kurumlara daha kolay uyarlanması için ortak çalışmalar yapılmalıdır. Kurum bakımı ve tedavisi üzerine bilimsel çalışmalar (sosyal psikolojik özellikleri, hizmet alan grubun ihtiyaçları, vb) araştırılmalıdır.

Tedavide kişinin sorumluluk almasının önemi göz ardı edilmemeli, kendi bakımından, ürettiği işlerin değerlendirilmesine kadar, kişinin özgür iradesini olabildiğince kullanması ve sorumluluk alması desteklenmelidir.

J. İlaç Tedavisi

Kurumlarda bakım ve tedavi gören kişilerin ilaçların etkisine ilişkin geri bildirimleri dikkate alınmalı, ilacın hasta üzerinde etkili olup olmadığına hasta ile birlikte karar verilmelidir.

İlaç tedavisi psikoterapi, psikososyal rehabilitasyon gibi diğer tedavi yöntemleri ile birlikte uygulanmalıdır.

Zihinsel engellilere uygulanan psikiyatrik ilaç tedavileri gözden geçirilmeli, gerekiyorsa dozları azaltılmalı, alternatif tedaviler denenmelidir.

Psikiyatrik ilaç tedavisine karar verilmeden önce hastanın genel tıbbi durumu, olası riskler ve önceden görmüş olduğu ilaç tedavileri detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir.

K. EKT

EKT uygulaması kişinin herhangi bir yakınının ya da hastane personelinin değil, kişinin kendi onayına tabi olmalıdır.

EKT tedavisine karar vermeden önce diğer tedavilerin denenme süreci daha uzun olmalıdır. Bu uygulama, hastanın kurumda kalma süresini uzatmayacak şekilde düzenlenmelidir. Gerekiyorsa tedaviye ayaktan devam edilebilir.

L. Rehabilitasyon

Kurumlardaki psikolog sayısı artırılmalı, hastalarla düzenli bireysel ve grup terapisi yürütülmelidir.

Kurumlarda kalan kişilerin iyileşmeye dair umutlarını, motivasyonlarını arttırıcı faaliyetler yürütülmeli, özgüvenlerini yeniden kazanmaları sağlanmalıdır.

Mesleki eğitim ya da üretkenliğe teşvik edici programlar uygulanmalı, kurumlar içerisinde kişilerin ilgi ve becerilerine cevap verebilecek atölyeler kurulmalı, zaman içerisinde hata yapmalarına izin verilerek, dışarıda da işlerine yarayacak yeni beceriler edinmeleri, eski becerilerini yeniden kazanmaları sağlanmalıdır.

Kurumlarda uzun süre kalan kişilerin kurum dışında eğitim ve üretim faaliyetlerine katılmaları için başka kurumlarla işbirliği yapılmalıdır.

Kurumlarda sportif ve kültürel etkinlikler düzenli bir program dahilinde uygulanmalıdır. Mevcut spor alanları yeniden kullanıma açılmalı, yoksa yenileri yapılmalıdır.

Tüm kurumlarda uygulanan rehabilitasyon faaliyetlerine katılan kişi sayısı mutlaka arttırılmalı, herkes kendisine uygun rehabilitasyon olanaklarından yararlandırılmalıdır.

Bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde fizyoterapi uygulanan kişi sayısı mutlaka arttırılmalı, yavaş ilerleme göze alınarak ağır engellilerle gerekiyorsa daha uzun süre ve daha sık uygulanmalıdır.

M. Bilgiye Erişim ve Aydınlatılmış Onam Bilgilendirme

Hasta ya da zihinsel engelli kişi kuruma kabul edilirken kendisine ve yakınına anlayabilecekleri şekilde tedavi süreci, olası faydalar, riskler ve yan etkiler, tahmini tedavi süresi, yatış ve taburculuk süreci hakkında detaylı bir sözlü ve yazılı bilgilendirme yapılmalıdır. Merak ettikleri konular hakkında soru sorabilmelerine fırsat verilmelidir. Kurumda kaldıkları süre boyunca herhangi bir soruları ya da şikayetleri olduğunda başvurabilecekleri birimin irtibat bilgileri verilmelidir.

Onam (istemli, istemsiz)

Vesayet sisteminin düzenlenmesi; istemsiz yatışlarda, sadece vasinin ya da hekimin tutanağının değil, bağımsız hukuk görevlilerinin hastalarla bizzat görüşerek yapacağı değerlendirmenin de esas alınması gerekmektedir.

Kurumda kalan kişilerin fikirlerini ve geri bildirimlerini almak amacıyla birimlerde ve servislerde düzenli toplantılar organize edilmeli, soru sormalarına, fikir belirtmelerine izin verilmelidir. Özel bir şikayeti olan kişilerle birebir görüşülmelidir.

Tedavi sürecine ilişkin hasta ve hasta yakınlarının fikri-

ni almak ve gerekli iyileştirmeleri planlamada kullanılmak üzere değerlendirme formları düzenlenmeli, okuma yazma bilmeyen hasta ve hasta yakınları için form doldurmak yerine yüz yüze görüşme yapılmalıdır.

Hasta Hakları Uygulamaları

Hasta hakları birimleri kurumda tedavi gören kişilerin ve yakınlarının kolayca erişebileceği bir yerde olmalı, yönlendirme tabelaları yeterince büyük ve merkezi noktalarda yer almalıdır.

Ruh sağlığı hastanelerindeki hasta hakları kurullarına hasta ve hasta yakını derneklerinden gönüllü temsilciler ve hukukçular katılmalıdır.

Yatılı servislerden hasta hakları birimine erişim sağlanmalıdır. Gerekliyse hasta hakları birimi görevlileri servisleri ziyaret ederek hastaların şikayet ve önerilerini almalıdır.

SHÇEK'e bağlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde engelli hakları birimleri kurulmalı, bu birimlerde sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hukukçu gibi uzmanların yanı sıra engelli derneklerinden gönüllülerin katılımı sağlanmalıdır.

Uluslararası insan hakları standartları uyarınca kurumlardaki koşulların izlenmesine ve iyileştirilmesine yönelik, farklı meslek gruplarından oluşan bir sivil izleme mekanizması hayata geçirilmeli, bu mekanizmada hasta-hasta yakını ve engelli-engelli yakını dernekleri aktif görev almalıdır.

6. Toplum İçinde Yaşama İlişkin Öneriler:

A. Psikososyal Destek

Ailelere düzenli bir psikososyal destek hizmeti sağlanmalıdır.

Psikoterapi hizmeti, sağlık sigortası kapsamına alınmalıdır. Kişilerin özellikle ergenlik döneminde psikolojik destek almaları sağlanmalıdır.

Anne-çocuk sağlığı merkezleri aracılığıyla anne-bebek etkileşiminde psikolojik destek ve danışmanlık sağlanmalıdır.

Sorunu yaşayan kişilerin ve yakınlarının başvurabileceği danışma merkezleri kurulmalıdır ve buralarda farklı meslek gruplarından (psikolog, sosyal hizmet uzmanı, avukat, vb.) kişiler istihdam edilmelidir. Bu merkezlere o bölgedeki sivil toplum kuruluşlarından temsilciler de destek sunabilir.

Muhtarlıklar ve belediyeler yoluyla hasta-hasta yakınları, engelli-engelli yakınları, hakları ve mevcut olanaklar konusunda bilgilendirilmelidir. Evde bakım ücreti alan ailelere maddi desteğin yanı sıra eğitim, danışmanlık ve yönlendirme hizmeti sunulmalıdır.

B. Barınma-Evde Bakım

Barınma imkânı olmayan ve sokakta yaşayan zihinsel engelli ve psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilere barınma imkanı tanınmalıdır. Bu konuda, sağlık bakanlığı, belediyeler, sosyal hizmetler ve sivil toplum kuruluşları ortak çalışmalar yapabilir.

Açılacak barınma merkezlerinin fiziki koşulları detaylı araştırılmalı, iyi planlanmalıdır.

Kurumlarda kalan kişilerin ailelerine döndürülmesi konusunda yapılan çalışmalar, ailelere ihtiyaç duydukları destekler (tıbbi destek, psikolojik destek, danışmanlık, fizyoterapi, eğitim hizmetleri, vb.) sunularak güçlendirilmelidir.

Aileler için, ihtiyaç duyduklarında çocuklarını kısa süre bırakabilecekleri tam donanımlı merkezler kurulmalıdır.

Çeşitli sebeplerden dolayı (dışlanma, istismar, vb.) ailesinin yanında kalmak istemeyen kişiler için de sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içerisinde işletilen bağımsız yaşam merkezleri kurulmalıdır.

C. Eğitim

Özel eğitimin süresini sınırlandırmayı öngören yasa tasarısı yürürlüğe girmemelidir.

Zihinsel engeli bulunan kişilerin eğitimi için, Milli Eğitim Bakanlığı daha fazla kurum açılmalıdır.

Yetişkin zihinsel engellilere yönelik mesleki eğitim ve istihdam olanakları artırılmalıdır.

Zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış kişilerin eğitim yaşamını sürdürebilmeleri için kolaylıklar sağlanmalıdır.

Okullarda yöneticiler dahil tüm personele bu grupların özellikleri, ihtiyaçları ve hakları konusunda eğitimler verilebilir.

Eğitimlerini başarıyla ve kesintisiz sürdürebilmeleri için bireysel eğitim danışmanları atanabilir. Sınavlarda durumlarına özel düzenlemeler yapılabilir.

Psikiyatrik rahatsızlıkların ergenlik döneminde ortaya çıkışı göz önüne alınarak, ortaöğretim ve yüksek öğ-

retim kurumlarında psikolojik hizmetler yaygınlaştırılmalı ve hizmet verecek uzmanlara bu grubun özellikleri hakkında bilgi verilmelidir.

D. İstihdam

Engellilerin istihdam edilmesini düzenleyen kota uygulamasının yanısıra zihinsel engelli ve psikiyatrik tedavi gören kişiler için ayrı bir istihdam kotası belirlenmelidir.

İŞKUR, konuyla ilgili taraflarla işbirliği içinde, işverenlere, firmalara korumalı işyeri kavramını tanıtmaya yönelik etkinlikler düzenlemelidir.

Zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış kişileri çalıştırmayı kabul eden işyerlerine sorunun nasıl bir sorun olduğunu anlatan eğitimler verilmeli, çalışma koşullarında kolaylaştırıcı faktörler (doktor ziyareti için izin almada kolaylık, çalışma saatlerinin daha esnek düzenlenmesi, vb.) şart koşulmalıdır. Özel ihtiyacı olan kişi işyerine değil, işyeri onun ihtiyaçlarına uyum sağlayabilmelidir.

Bazı ülkelerde uygulanan, psikiyatrik teşhisli ya da zihinsel engelli kişilerin belli kişilerin gözetiminde iş yaşamına ve toplum yaşamına uyum sağlamasına dayalı danışmanlık sistemi geliştirilip yaygınlaştırılabilir.

E. Ayrımcılığı Önleme

Okullarda ayrımcılığa karşı dersler konabilir, ya da müfredata eklenebilir. Özel ihtiyacı olan bireylerle ilgili tüm veli ve öğrenciler bilgilendirilebilir.

Basın mensuplarına genel insan hakları, ruh sağlığı, haberlerin insanları etkileme şekilleri ve ruhsal bozukluklarla ilgili terimlerin doğru kullanımı, etik standartlar gibi konularda eğitimler verilebilir. Bu konuda basın meslek odaları, üniversiteler ve ilgili sivil toplum kuruluşları birlikte çalışabilir.

Kurumlarda eşit bir bakış açısının yerleşmesi için hizmet verilen kesimin ihtiyaçlarının merkeze alınması sağlanmalıdır. Özel sektörde sunulan hizmet anlayışı devlet kurumlarında da gelişebilir. Kurumlarda güvenlik kaygısı yerine insanların ihtiyaçlarını merkeze alan bir iletişim tarzının yerleşmesi için çalışılmalıdır.

Kadınların çifte ayrımcılığa uğramasını önleyici önlemler alınmalıdır.

Kronik hasta gibi hastalığa ve iyileşmeyeceğine vurgu yapan terimlerin değişmesi için çalışmalar yapılmalıdır.

5. Bölüm

Yol Gösterici Yazılar ve Proje Dokümanları

RUH SAĞLIĞI TEDAVİSİ GÖRMENE DEMEK?

Kişisel bir Tecrübe

Kemal

İlk doktora gittiğimde, doktorun ofisinde ağlamıştım. Sonra kendimi birdenbire psikiyatri servisinde buldum. O zaman her odada dört kişi kalıyordu ve uzun bir koridoru vardı. O koridorda volta atan çok hasta vardı, onlardan biri de bendim ve ilk korkum, kendimi hastanede bulduktan sonra, penceredeki demir parmaklıkları görmemle başlamıştı. Sanki bir hastanede değil de bir hapis-hanedeydik. Geceleri korkum artıyordu. Diğer hastalardan bazıları, biraz şaka biraz da ciddi olarak beni korkutuyorlardı. Hastanedeki ilk düşüncem buradan kaçmaktı. Ama kaçamıyordum. Asansör vardı. Bazı hastaları dışarı çıkartıyor bazı hastaları da içeri kapatıyorlardı. Ben de dışarı kaçmak için asansörlü kapıyı gözlüyordum. Ama bir türlü kaçamıyordum. Diğer korkum da sigaramın bitmesiydi. Çünkü sigara bulmakta zorluk çekiyorduk. Daha sonra bana 60 mg norodol iğne yaptılar. İşin garip tarafı ne için iğne olduğumu bilmiyordum ve beni zehirliyorlar hezeyanına sahiptim. Burada önemli olan şey de ilacın yan etkileri hakkında hiçbir şeyin anlatılmamasıydı. Ve ben tablet ilacı reddettiğim için bana kalçadan iğne yapıyorlardı. Ve ilacın yan etkilerini anlayan diğer hastalar da bağırıp çağırıyorlardı. Acaba yan etkisi az olan ilaç bulunamaz mıydı? Ya da icat edilemez miydi? Ve iğne vurulduktan sonra aşırı derecede sıkıntı oldu. Ve üç paket sigara içmeye başladım. Hastanenin içinde korku doluydum. Bazı hastalar camları kırıyordu, bazı hastalara da deli gömleği giydireyorlardı. Ve burası bir cezaeviydi sanki. Ya da ben yanlış algılıyordum. Burası bir hastane olabilir miydi? Şimdi bile merak ediyordum. Hastalara ücretsiz sigara verilemez miydi? Çünkü sigara kavgaları oluyordu. Ve hastanede yatarken, hafta sonunun gelmesini çok istiyordum. Çünkü o garip ve çilekeş babam bana sigara getiriyor ve biraz harçlık veriyordu. Bazen cama çıkıp ağlıyordum. Allah'a yalvarıyordum beni buradan çıkarsınlar diye ve hastanede ilk öğrendiğim terbiyeli ve uslu olmam lazım geldiğiydi. Çünkü başka türlü bu hastaneden dışarı çıkamazdım. Ve hastanenin dışında da terbiyeli ve uslu olmam lazımdı. Dışarıda hezeyanlarım ve halüsinasyon-

larım devam edebiliyordu. Aklıma Şu mısralar geliyordu:

*Yağmur yağsa ağlasam
Yağmur usul usul yağsa, beni incitmese
Tanrı dualarımı kabul etse
Kutsal hezeyanlar ve halüsinasyonlar aklıma gelse
Tanrı benim de hezeyanlarıma ve halüsinasyonlarıma
sahip çıksa
Yağmur yağsa ağlasam
Yağmur usul, usul yağsa beni incitmese.*

Terbiyeli ve uslu olmam lazımdı. Yoksa ömür boyu bu hastaneden ya da demir parmaklıklı cezaevinden çıkamazdım. Bir daha ailemi göremezdim. Hasta bakıcılar hastaları bazen dövüyorlardı. Ya da deli gömleği giydiriyorlardı. Ya da tek başına hücre dediğimiz odalara bırakılıyorlardı. Ve içimden hep dualar ediyordum. Tanrım ya da Allahım beni buradan kurtar diyordum. Ve tek çıkış noktam terbiyeli ve uslu durmaktı. Başka çarem yoktu.

Şimdi düşünüyorum da, hastanedeki insanlık dışı bu müdahalelere ve imkânsızlıklara karşı, belki de hastaneye yatmasaydım belki de intihar edecektim. Bazen düşünüyorum da Türkiye'deki Ruh ve Sinir Hastaneleri daha iyi, güzel ve bakımlı olamaz mı?

‘34 YAŞINDA, ÜNİVERSİTE MEZUNU, ŞİZOFRENİ TEŞHİSİ ALMIŞ BİR OĞLU’ OLAN ANNE İLE SÖYLEŞİ

RUSİHAK: Sizin de oğlunuzun psikiyatrik bir teşhisi var. Bize biraz anlatır mısınız, hastalık nasıl başladı? İlk başladığında ne yaptınız? Daha sonraki aşamalarda neler oldu? Nelerle karşılaştınız?

ANNE: Hastalık üniversiteye başladığı yıl başladı. İlk depresyon teşhisi kondu. Gececek umuduyla çok sevindim o zaman. Geçici bir hastalık olduğunu düşündük. Çeşitli doktorlara gittik. Yanlış teşhisler kondu. Kesik kesik tedaviler oldu. Üniversiteyi bitirdiği yıl şizofreni teşhisi kondu, Çapa’da. O anda nerde olduğumu bilemedim, sanki kuyuya düştüm, çıkamayacağım sandım. Yıkıldığımı hissettim. Hiç bugünlere geleceğimizi düşünmemiştim. Başta oğluma da söyleyemedim teşhisi. Bu arada çok zor günler geçirdik. Hastalığı bilemiyorduk. Doktorlar bize yeterince açıklama yapmıyordu.

RUSİHAK: O zaman size verilen hizmetlerden memnun muydunuz?

ANNE: Yeteri kadar ilgilenmiyorlardı. İlacı verip yolluyorlardı. İyi geldi diye çocuğum da bırakmak istedi ilacı, iyiyim dedi bıraktı. Böyle kesik kesik tedaviler olduk. Açıklama yapmadılar. Teşhis koymakta güçlük çektiler. Yeteri kadar bilgi vermediler. Hep bizim çabalarımızla. Derken teşhis konmasıyla Şizofreni Dostları Derneği’ni tanıma imkânımız oldu. Orada ben terapilere katıldım, oğlum da katıldı. Çok faydasını gördük. Ondan sonra daha bilinçli olduk, hastalığı öğrendik. Yani doktoruyla da bilinçli konuştuk. Oğlumu razı etme çabaları zor oldu derneğe gitme konusunda. Arkadaş ortamı var diyorduk. Sonradan alıştı. Önce kandırarak götürdüm. Bir şekilde gittik. Zamanla gitmeye başladı. Önceleri çekimserdi. Etrafındaki kişiler ilgilenince, bu ona çok iyi geldi.

RUSİHAK: Oğlunuz kaç yıldır rahatsız?

ANNE: 1992’de başladı. 1996da teşhis kondu. Uzun süre farklı teşhisler kondu. Doğru teşhisin konması 4 yıl sürdü.

RUSİHAK: Üniversitede ne tür zorluklar yaşadınız?

ANNE: Bazen mecbur kalıyordum, hocalarla konuşmaya okula gidiyordum. Hocaları hiç anlamıyordu hastalığımı, hiç belli olmuyor diyorlardı. Gitmek istemediği zamanlar oluyordu ama yine de devam etti, mezun olabildi. Sonra staj yaptı. Sanat okulunda öğretmenlik stajı yaptı. Matbaacılık üzerine. Onu da başarıyla tamamladı. Belediyenin açmış olduğu kurslara gitti. 90'la 100'le geçti sınavları.

RUSİHAK: Kendinizi en çok yalnız hissettiğiniz zaman, zorda hissettiğiniz zamanları düşününce ne yapsalardı da iyi olurdu gibi geliyor? Nasıl bir desteğe ihtiyaç duyduunuz böyle zamanlarda?

ANNE: Hastalığı bilmiyorduk. Tek bende var, benim çocuğumda var sanıyordum. Kendimi derin kuyularda hissettim ben. Tanımakla birlikte iyileştik aslında.

RUSİHAK: Şu anda oğlunuzun tedavisi devam ediyor. Ne tür beklentileriniz var devletten, uzmanlardan?

ANNE: Şu aşamada artık benim oğlum çalışabilecek duruma geldi, ben çalışmasını istiyorum. Kendisi de çok istekli, ama iş bulamıyor. Elinde 'şizofreni' diye teşhisi var. Bu bir duvar oluyor önünde. Bu engelin kaldırılması gerekiyor. Artık benim oğlum çalışabilecek durumda.

RUSİHAK: İş bulma konusunda girişimleri oldu mu?

ANNE: Hep gitti, hep gitti. Başvuruları oldu. İş ve İşçi Bulma Kurumu'na başvurdu. Hiç geri aramıyorlar. Şizofreniyi görünce iş vermiyorlar.

RUSİHAK: Nasıl çalışabilecek duruma geldi oğlunuz sizce?

ANNE: Ben derneğe gittikçe hastalığı tanıdım. Oğlumun iyileşebileceğini öğrendim. Önce bana güven geldi. Sonra oğlumu telkin ettim. Hep umut verdik. Böyle böyle kendimizi daha iyi hissettik ikimiz de. Dernek bana da çok iyi geldi. Bana huzur veriyor orada bir işe yaradığımı görmek.

RUSİHAK: Şizofreni Dostları Derneği'nde uzun süredir aktifsiniz. Diğer ülkelerdeki uygulamaları biliyorsunuz. Kıyasladığınızda ne düşünüyorsunuz?

ANNE: Pek çok ülkede daha insancıl uygulamalar olduğunu biliyoruz. İşleri var, para kazanıyorlar. Evlerinin olduğunu, ayrı yaşayabilecek durumda olduklarını, kendi ayakları üzerinde durabildiklerini görüyoruz. Şimdi bize ekonomik açıdan bağımlı olarak yaşıyor benim oğlum.

RUSİHAK: Maddi anlamda hiçbir destek almıyor musunuz?

ANNE: Hayır, hiçbir destek yok. Özürlü maaşı da alamıyor. Çok çalışmak istiyor. O da olmuyor. Babasından sosyal güvencesi olduğu için özürlü maaşı alamıyor.

RUSİHAK: Yasal mevzuat hakkında ne düşünüyorsunuz? Sizce hastalar maddi destek alma ve iş bulma konularında yasalar tarafından yeterince korunuyor mu?

ANNE: Hayır, hiçbir destek görmüyoruz o konuda.

RUSİHAK: Peki, nasıl bir sistem olmasını isterdiniz?

ANNE: Benim oğlum çalışabilecek durumda. Yarın öbür gün bir arkadaş bulup evlenmek isteyeceği duruma gelebileceğini hayal ediyorum. Çünkü bunu yapacağına, başaracağına inanıyorum. Tabii ki yeterli destekler sağlanırsa, bu hayallerim gerçek olabilecek.

RUSİHAK: İleriye dönük ne tür kaygılarınız var?

ANNE: Çok var, mesela benden sonra çocuğum ne olacak? Kiminle yaşayacak? Bir kardeşi var. Kardeşinin de bir hayatı var. Önce devletin koruması gerekir bu tür rahatsızlıkları olan insanları. Bugün verilen hizmetleri yeterli görseydim, ilerisi için bu kadar karamsar olmazdım. Gündüz geçiyor, akşam oldu mu bütün gece bunları düşünüyorum. Bütün korkularım gelecek korkuları. Bir işi yok her şeyden önce. Elimize bakıyor çocuk yani, hiçbir şekilde ona imkân da veremiyoruz, karnını doyurmaktan başka.

RUSİHAK: Yetişkin bir birey olarak günlük ihtiyaçlarını, kendi ihtiyaçlarını nasıl karşılıyor?

ANNE: Geliri yok. Kendini yetersiz hissediyor. Böyle olunca bir söz hakkının bile olmadığını düşünüyor. Aslında kendine güveni var. Çalışabilecek durumda. Destekle bunu başarabileceğine inanıyorum. Dernekteki çalışmalarından da görüyoruz, kendini ispat ediyor aslında.

RUSİHAK: Nasıl bir destek gerekiyor? Genel olarak aldığınız hizmetlerden memnun musunuz?

ANNE: Her zaman yeteri kadar ilgilenildiğini söyleyemeyeceğim. Yani biz soru sorunca mesela zorla cevap veriyorlar. Doktoruna göre de değişiyor tabi.

RUSİHAK: Şu anda yaşadığınız en büyük sıkıntıları özetler misiniz? Ne tür talepleriniz, ihtiyaçlarınız var?

ANNE: Bir işi olsa iyi olur. Yani çalışabilecek duruma gelmiş hastalara iş imkânı verilmeli. Verilmeli ki çocuğunda güveni kendine gelsin.

RUSİHAK: Bunun dışında?

ANNE: İleride ne olacak kaygılarının ortadan kalkabilmesi için de kapsamlı hizmetler gerekiyor. Ayakları üzerinde durabilmesi için özellikle iş konusunda destekler gerekiyor. Tehlikeli bir iş olmadıkça her işi yapabileceğine inanıyorum. Ayrımcılığın ortadan kalkması lazım. Bugün gene gitti iş görüşmesine. Hastalığını anlatmış. İyi geçmiş görüşmesi. Ama yine aynı şey olacak, reddedilecek diye korkuyoruz.

Korunaklı işyerleri de olabilir. Tedavileri devam ettiği için izin alıp gitmeleri gerekiyor. Özürlü kadrosundan olursa ona göre hoşgörü gösterirler. Daha önce çalıştığı yerlerde bilmiyorlardı hastalığını. Gayet başarılıydı. Özgüveni yerine gelmişti. Daha kapıdan ayakkabısını çıkarmadan kardeşine harçlık veriyordu. Gözlerinin içi parlıyordu böyle. Parasını vermedikleri için ayrıldı. Psikolojisi bozuldu. Senin sağlığın daha önemli oğlum dedik. O yüzden işi bırakmaması konusunda ısrar etmedik.

RUSİHAK: Başka hangi konularda sıkıntı yaşıyor-sunuz?

ANNE: Bir de yanlış yönlendirmeler oluyor. Çok üzücü bir olay yaşadık. %80 elinizde kapı gibi raporunuz var dediler hastaneden. Vesayete başvurun dediler. Bakım ücreti alabileceğimizi söylediler. Madem iş yok bunu yapalım bari diye düşündüm. Vasi tayini için başvurduk. 1,5 sene mahkeme kapılarında uğraştık. Mahkemede de hastanede de koluna damga basmışlar. Babası kelepçe takın bari diye çok sinirlendi. Hastanede de yapmışlar aynı şeyi. Hastanedeki bir doktor ne gerek var buna diye çok kızmış. Çok aşağılayıcı bir şey. Zaten hayat vurmuş bir kere. En sonunda anne-baba üzerine vesayet verildi. İş bulamazsa diye hiç olmazsa sosyal haklarından faydalansın dedik. Bir güvence hissedemedik, o yüzden bu yola başvurduk. Şimdi evde bakım ücreti de vermiyorlar. Hiçbir avantajı olmadı raporun sonuçta.

RUSİHAK: Son olarak yetkililere ve kamuoyuna iletmek istediğiniz bir mesaj var mı?

ANNE: Kimse önyargıyla yaklaşmasın. Tanışınlar hastalığı. Bütün topluma sesleniyorum bunu söylerken. Bazı doktorlar öyle kaprisli ki, benden çok mu biliyorsun gibi tavırları oluyor. “Hayır” dedim “ben sizden çok bilmiyorum ama ben birebir yaşıyorum. Siz hastalardan öğreniyorsunuz. Deneme yanılma ile öğreniyorsunuz”. Bir tanesi bana ne dedi biliyor musunuz? “İyi durumda, bunun nesi var? Elinde baltayla gezen hasta var”. Bunu mu istiyorsunuz peki, yardım etmek için böyle bir şey mi olması gerekiyor? Yeşil kartlılara iyi ilaçlar verilmiyor bir de. Doktorlar bir kongrede söyleyip gülüştüler. Konuşmacı doktor böyle dedi, inanamadık. Yeşil kartı var diye insan ikinci sınıf vatandaş sanki.

ZİHİNSEL ENGELİ BULUNAN BİR OĞLU OLAN SUNA KACAR İLE SÖYLEŞİ

RUSİHAK: Kendinizi tanıtır mısınız?

Suna Kacar: 21 yaşında otistik bir oğlum var, Volkan.

RUSİHAK: Teşhis ne zaman konuldu?

Suna Kacar: İki buçuk yaşlarındayken, 90 yılında. Volkan 2,5 yaşına kadar normalin üzerinde bir çocuktü. Yani hakikaten çok zekiydi. O dönemde geri gitmeye başladı. Ben farkına vardım. Çünkü anne diyen çocuk ortadan konuşuyor, yemeğini kendi kendine yemiyor, hareketlerinde bile gerilemeler başladı. Volkan bakmıyordu hiç, göz kontağını kaybetti. Çevresiyle ilişkisini kesiyordu. Önceden kuzeniyle mesela gayet güzel oynardı, sokağa çıkıp bakkaldan ekmek bile alıp gelen çocuk dünyayla ilişkisini kesti. O zamanlar bir aile apartmanında oturuyorduk. Bu çocukta bir tuhafılık var dedim. Yakınlarım çocukta bir şey yok geçer, dediler. Nazar değmiştir, şöyledir böyledir, kurşun dökmeler derken, altı ay geçti. Yani onlar kabullenmiyorlar. Ben kabul ettim, çünkü var bir tuhafılık. Ama o dönem hakikaten ben de çok zorlandım; belki doğuştan olsaydı kabul etmek daha kolay olurdu. Sonradan olduğu için bana çok zor geldi. “Evden çıksam geri dönsen, Volkan’ı eski halinde bulsam” derdim.

Sonra Çapa’ya gittik. İlk önce bir akıl hastalığı belirtisi demişler, ilaç vermişlerdi. Verdikleri ilaç, o dozla Volkan’ı çok sersemletirdi. Kendi kendime dozu azalttım ama ilacı vermeye devam ettim. Bir ay sonra tekrar gittim. Biz yanılmışız, otistik özellikler taşıyor dediler.

RUSİHAK: Otistik olduğunu öğrendikten sonra nasıl bir yardım aldınız?

Suna Kacar: Çapa’da devam ettik biz.

RUSİHAK: Ne tür şeyler yapıldı Çapa’da?

Suna Kacar: Çocuklarla 10–15 kişilik grup terapileri

yapılıyordu. Bir sene kadar grup terapisine devam ettik. Sonra ya konuşma terapisine ya da Montessori terapisine alacağız, dediler ve Montessori'e kabul ettiler. Haftada üç gün oraya devam ettik, oradan çok memnundum.

RUSİHAK: Kaç yaşına kadar oraya gitti?

Suna Kacar: 6 yaşına kadar falan gitti. Sonra daha aralıklarla, onların söyledikleri tarihlerde gidip geldik. İşte 12-13 yaşına gelince de daha bizim yapacağımız bir şey yok, dediler. Ve Çapa'ya bir daha gitmedim.

RUSİHAK: 12 yaşında peki ne yaptınız?

Suna Kacar: Ondan sonra eğitim alması için, nerede ne duydumsa gittim ben. O arada ben A. Hanım'la terapiye başladım. O da Çapa'da çalışıyormuş, özel bir merkez açmış. 2 sene kadar oraya devam ettim. A. Hanım'ın merkezi Bostancı'daydı, bize uzak olduğu için bizi Karanfilköy'deki B. Hanım'a yönlendirdi. B. Hanım'dan çok memnun kaldım. Oraya 5 sene kadar gittim. Volkan okumayı yazmayı, hemen her şeyi orada öğrendi. Bunun yanında normal okulları denedim ama olmadı.

RUSİHAK: O süreç nasıl başladı. Okula başlama süreci.

Suna Kacar: Kardeşimin kızı Volkan'dan 9 ay küçük. O okula başladı, Volkan başlayamıyor. İlk sene pek bir şey yapmadım, sonraki sene okula başladı Volkan. Müdürle görüştüm; olabilir dedi. Çünkü onun da bir engelli yakını varmış. "Gel Volkan'ı engelli yakını olan bir öğretmenin sınıfına kaydedelim, daha duyarlı olur," dedi.

RUSİHAK: Özel sınıfa mı yani?

Suna Kacar: Hayır, normal sınıfa başladı Volkan.

RUSİHAK: Ama öğretmen daha tecrübeli.

Suna Kacar: Evet tecrübeli. Öğretmenin de engelli kardeşi varmış. Müdür "Daha yakın, daha duyarlı olur" dedi. Ben de verdim. Ama öğretmen üç dört ay kadar idare etti, sonra olmuyor dedi.

RUSİHAK: Neden olmuyor demişti o dönemde?

Suna Kacar: "Uyum sağlayamıyor" dedi. Volkan'ın o ara gereksiz konuşmaları çoktu. Okul dönemi hakikaten çok zordu. Altı ay kadar idare etti o öğretmen. Aldım o sene, ertesi sene gene götürüyüm dedim. "Getirin" dediler, "hiçbir şey yapmasa da beden veya müzik dersine girer çıkar çocukların arasında bulunur". Özel eğitim aldığı B. Hanım da onayladı. Boş durmasın diye, fotokopi çekelim, boşlukları doldurur. Öğretmen diğer çocuklara normal ders verirken Volkan'a da "Al bu sayfayı da sen doldur Volkan" der diye düşündü. Hani Volkan'a yaklaşımları da ne kadar doğrudu bilmiyorum, çünkü farklıydı

öbür çocukların arasında. "Volkan hasta" demişlerdi. Volkan "Ben hasta değilim" derdi.

RUSİHAK: Hasta gözüyle mi bakılıyordu?

Suna Kacar: Sınıftaki öğrencilere öyle söylenmişti. Volkan "Hayır, ben hasta değilim" derdi. Yaklaşımları da güzeldi çocukların, ilgileniyorlardı. Volkan onu kabul etmiyordu o zaman. Gitti geldi yani. Ondan sonra, özel alt sınıf varmış dediler. Ama tabii bu arada, ben yine haftada iki gün özel eğitimine gidiyordum Volkan'ın.

RUSİHAK: Üçüncü sene özel alt sınıfa gitti yani.

Suna Kacar: Evet.

RUSİHAK: Özel alt sınıfı nereden duydunuz?

Suna Kacar: Rehberliğe gittik, rehberlik yönlendirdi bizi. Sarıyer'de C. Bey isminde biriydi özel alt sınıf öğretmenimiz. Gerçekten iyi bir öğretmenmiş ama ben o zaman anlayamamıştım. Ben zannediyordum ki, Volkan'ın okuryazar olması daha önemli. Okuma yazmayı özel terapide yapmıştık biz. Yani başarmıştık. Özel alt sınıf öğretmenimiz de okuryazarlıktan çok, el becerilerine yönlendiriyordu. Gazoz kapaklarıyla değişik şeyler yaptırdı falan. O zamanlar ben önemsemiyordum ama önemsemek lazımmış. Yani iki sene de Sarıyer'deki özel alt sınıfa gittik biz. Sonra buraya taşındık ev değiştirmemiz gerekiyordu. Ev değiştirmek de çok zor geldi Volkan'a.

RUSİHAK: Nasıl zor geldi?

Suna Kacar: Tarabya'ya gidince ne yapacağını şaşıırıyordu. İlk taşındığımızda ablası da hasta oldu, Volkan da. Gereksiz yere ishal kusma, herhalde psikolojikti. Çünkü ondan sonra olmadı böyle bir sorun. Her gittiğimizde eski evimizin içine girmek isterdi, bakmak isterdi, sanıyorum artık kabullendi. Gerçi birden bir aile apartmanından kalkıp bir katta oturmak bana da zor geldi. Orada çat kapı herkes eve girer çıkardı, anahtarımız kapının üstündeydi. Volkan için de çok kötü oldu ama zorunlu olarak geldik. Orada Volkan ne kadar kötü olsa da sokağa çıkıp eve girebiliyordu, burada o olanak yok.

RUSİHAK: Başına bir şey gelir diye mi?

Suna Kacar: Yani burada güvenemiyorum ben, hâlâ güvenemiyorum. Volkan gider ama insanlara güvenemiyorum. Hakikaten Volkan'ı şimdi bıraksan, Taksim'e gider. Biliyor çünkü otobüste nerede inileceğini, binileceğini ama insanlara güvenemiyorum. Bir de otizmin verdiği bir şey var. Ne yapacakları belli değil diyorum ben. Değişik bir fikir, yani olmayacak şeyi de yapar diyorum, güvenemiyorum. Gerçi şimdiki özel eğitimimiz "İnşallah bu yönleri yeneceğiz," diyor; "Volkan buraya kendi kendine gelecek". O günleri

bekliyorum. Buraya ilk taşındığımızda Volkan Kadıköy'de bir okula başladı. A. Hanım bulmuştu orayı da bize. Oradan hiç memnun kalmadım. Volkan zaten okuryazar ama öğretmen Volkan'a fiş veriyordu, Volkan fişi doldursun, fişleri deftere yazsın gelsin diye. Volkan okula mı gidiyor, gidiyor. Servise biniyor, evden çıkıyor. Volkan değişik ortamlar görsün diye göndermiş olduk.

RUSİHAK: Oraya ne kadar devam etti?

Suna Kacar: Üç sene.

RUSİHAK: Sonra?

Suna Kacar: Sonra... Bu arada bizim B. Hanım Amerika'ya gitti. Böylece yeni bir özel eğitimci aramaya başladık. Çapa'dan D. Bey'i önerdiler, "Çok iyidir" dediler, kâğıt yazdılar, git tanış dediler. Gittik tanıştık, ben Volkan'ın akademik yönü için değil de, sosyalleşmesi için D. Bey'le tanıştım. D. Bey'e de ben Volkan'dan okuryazarlık gibi akademik bir şey beklemiyorum, sosyalleşsin, kendi kendine boşken bir şeyler yapabilsin bunları bekliyorum dedim.

RUSİHAK: Bunu istemek zorunda kaldınız yani?

Suna Kacar: Evet çünkü Volkan artık ortaokula gidemez diye düşünüyordum. Böyle bir beklentim yoktu. Zaten o olanak da yoktu. Özel alt sınıf bitirdikten sonra, bitiyordu benim için. Rehberlik bana gönder bir meslek lisesine diyor, ama Volkan gidemez ki normal liseye. Nasıl göndereyim ben?

RUSİHAK: Farklı destekler mi alması gerekiyor?

Suna Kacar: Yani Volkan her şeye kanabilir. Nasıl göndereceksin? Teneffüse çıkacak, oradaki çocuklar cin gibi, Volkan'ı kullanırlar. Kadıköy'deki okula ben götürmüyordum, servisle gidip geliyordu. Bir gün daha iyi durumda olan bir çocuk "Volkan gel seninle tiyatroya gidelim" demiş. Okulun bitişindeki kültür merkezinin tiyatrosuna gitmişler. Ben evde servisin gelmesini bekliyorum, gelmedi. Ne yapacağımı şaşırdım. Servisi mi arayayım, okulu mu arayayım. Sonra servis şoförü servise gelmedi dedi. Arkadaşıyla tiyatroya gitmişler. Bunu yapabiliyor, benim haberim yok. Normal bir çocuk olsa bunu yapmayacaktı.

RUSİHAK: Ortaokula kadar böyle gitti yani?

Suna Kacar: Evet. Ortaokuldan sonra D. Bey'le tanıştım işte. Haftada iki gün eve geliyordu. Volkan'la evde yatağını yapmayı, odasını toparlamasını çalışıyorlardı. Arada çıkıp geziyorlardı; kafeye, pastaneye gidiyorlardı, Volkan parasını kendi kendine ödüyor, siparişi kendisi alıyor. O şekilde insanlarla birebir diyalog kurması için uğraşılar. Bu arada bana Çapa'da otistikler için bir okul açılacak, sen de kaydını yaptır, Türkiye'de tek bir okul olacak demişlerdi. Ben

hiç gerek duymadım, gitmek de istemedim. D. Bey oraya müzik öğretmeni olarak atanmış. "Volkan'ı oraya alalım, çok iyi bir sınıf açılacak" dediler. O arada ben Volkan'ı E. Okulu'na kaydettirmiştim ama okul o zamanlar iyi değildi. Çünkü çok karışık bir durumdaydı. Düşündük biraz ne yapalım ne edelim diye. Diğer okulda olanaklar hakikaten güzeldi. Orada üç kişi olunca sınıf açılıyormuş. Birisi Volkan oldu diğeri de F. diye bir kızımız. Öğretmenimiz çok iyiydi. G. Bey. Başladı Volkan.

RUSİHAK: Özel bir sınıf açıldı yani.

Suna Kacar: Evet, üç kişi için bir sınıf açıldı.

Bilgisayarları var, akademik dersleri var. Ben oraya giderken de dedim, Volkan'dan akademik bir şeyler beklemiyorum diye. Gene sosyalleşsin diye gönderiyorum. Volkan'a ütü yapmayı, yemek yapmayı öğreteceğiz, yani kendi kendilerine yaşayabilmeleri için gerekli her şeyi öğreteceğiz dedi. Maalesef hiçbirisi olmadı. Sonra sınıf kapandı. Biz kaldık ortada. Sonra da tekrar okul aramaya başladım. Eski okuluna E. Okulu'na gitmem gerekti. Ama kaydını yaptıramadım. Okul, ilköğretim diploması istiyor.

RUSİHAK: Volkan'ın diploması yok muydu?

Suna Kacar: Volkan'ın diploması yoktu. Çünkü Oçem için ara vermiştik. Aslında bu özel alt sınıfın olduğu okulla Oçem arasında bir protokol varmış. Volkan Oçem'e devam ediyor, ama kaydı diğer okulda kalıyor ve ilköğretimi devam ediyor. Ama biz bunu da bilmiyorduk, Volkan'ın kaydının Oçem'de değil, diğer okulda olduğunu da tesadüfen öğrendik.

RUSİHAK: Peki neden diplomayı alamadınız?

Suna Kacar: Müdür "Hayır, ben vermiyorum diplomayı" diyor, "çünkü devam etmedi okula". Oçem'deki iki sınıf arkadaşı da diplomasını almış, ama biz Volkan'ın diplomasını alamıyoruz. Bu diploma için çok uğraştık, çok gittik geldik. Yoksa almıyoruz diyor diploma olmadan E. Okulu. Sonra bir milletvekili yakınımız vardı; İl Milli Eğitim'e telefon etti ve aldık diplomamızı. Epey uğraştık ama.

RUSİHAK: Peki müdürün gerekçesi neydi?

Suna Kacar: "Devam etmedi, vermiyorum" diyor. Vermem, diyor.

RUSİHAK: Ama o protokolü bilmiyor mu?

Suna Kacar: Biliyor ama devam etmedi diyor. "Ben normal bir çocuk için sizden diploma istemiyorum, bunu çerçeveletip duvara asacak da değilim. Bu çocuk gene bir engelli okuluna gidecek buradan da diploma istiyorlar. Vermen gerekiyor," diyorum.

RUSİHAK: Ne kadar uğraştınız diploma için?

Suna Kacar: Bir altı ay kadar uğraştık. İlçe Milli Eğitim'e, İl Milli Eğitim'e gidiyorsun; "Bu bizim sorunumuz değil, bunu okulla halletmen gerekiyor" diyorlar. Bir süre sonra müdürle karşılıklı tehditleşmeler başladı. Ben hakkımızı almak için dava açacağımızı söylüyorum, müdür söylediklerimin bir kısmını hakaret olarak algılıyor, hakaret davası açmaktan bahsediyor. İş buralara vardıkten sonra, hakkımızı tepeden inme bir kararla aldık.

RUSİHAK: Peki milletvekili tanıdığınız olmasaydı?

Suna Kacar: Olmasaydı alamazdık, imkânsız.

Ve aldık işte kaydettireceğim ben Volkan'ı E. Okulu'na. Okulun müdürü değişmemiş ve Volkan'ı hatırladı. "Daha önce gelmişsiniz, beğenmemiştiniz. Şimdi neden tekrar kayıt ettirmek istiyorsunuz?" dedi. Ben de "O zaman bu okul çok iyi değildi. Ama diğer okulda bana çok iyi olanaklar sunuldu. Orayı denedim, olmadı ve tekrar buraya girmek istiyorum" dedim. Devletin okulu değil mi bu? Oraya da zorla kayıt yaptırabildik. Hatta deneyelim dediler. İlk üç ay, öğretmen Volkan'ın her şeyiyle uyumlu olduğunu söyledi. Gayet iyi gidiyordu, hatta teşekkür aldı birinci dönem. Ben de çok mutlu oldum; devam edecek diye çok sevindim. İkinci dönemde yüzde yüz değişti, öğretmenin tavrı. Volkan uyumsuz denildi, müdürden kaynaklandığını düşünüyorum bunun. Müdür istemediği için öğretmen de ısrar edemedi. Sanki orası müdürün özel okuluymuş gibi... Bütün veliler de bu okul devletin değil, müdürün diyordu.

RUSİHAK: Tam olarak anlayamadım. Burası normal bir okulun içinde özel eğitim veren bir yer mi?

Suna Kacar: Hayır, engelliler için iş okulu, iş eğitimi okulu. Ama hakikaten güzel bir okul. İkinci dönem Volkan sadece gidip geldi. Birinci dönemdeki Volkan değildi artık. Birinci dönem Volkan o kadar mutlu geliyordu ki okuldan. Gayet güzel ders takibi yapıyordu. Öğretmen de çok iyi olduğunu söylüyordu ve hep senin arkandayım diyordu ama ikinci dönemde her şey değişti. Artık istemediler Volkan'ı. O süreçte RAM'a bir rapor yazıldı Volkan'ın okula uygun olmadığına ilişkin. RAM da naklini aldı. Ve RAM ilköğretim diplomasını almış bir otistik çocuk için öncelikle iş eğitim okulunu öneriyor ama iş eğitim okulu zaten çok az, biri de bu E. Okulu'ydü. Orada durum böyle olunca, diğer seçenekler Halk Eğitim Merkezi kursları ve meslek liseleri. Yani rehberlik iş eğitim okulu olmuyorsa, meslek lisesine gönder diyor. Ben normal bir liseye Volkan'ı gönderemem.

Sonra tekrar Oçem'e döndük biz. E. Okulu otistik çocuk kabul etmiyoruz diyerek Volkan'ı mezun

olduğu okula geri gönderdi. Oysa başka otistik çocuklar da vardı okulda.

Volkan'a neden E.Okulu'na okula gitmedin diye sorunca "tahta zımparalamadım, seramik boyamadım, onun için beni almadılar" diyor. İkinci sene Volkan devam etmek istedi okula.

RUSİHAK: Belki de bu işlere ilgi duymadığı için, acaba ilgi duyduğu bir alana yönlendirilseydi daha farklı olabilir miydi?

Suna Kacar: O alanı küçükken yakalamak gerek, biz yakalayamadık.

RUSİHAK: Eğitimi çok kesintiye uğramış görünüyor. Bütün bunlar olurken danışabildiğiniz birileri bir kurum oldu mu? Her şeyi el yordamıyla bulmuşsunuz sanki.

Suna Kacar: Kurum yoktu. Oçem'i D. Bey söylemişti. E. Okulu'nu bir yerlerden duyup gitmiştik.

Kaydolmuştu ama hakikaten o dönem iyi durumda değildi okul. Ben de 15 gün sonra kaydını aldım. İş okulu değil, engelliler için ilköğretim okuluydu o zamanlar. Sonraki iki senede iş eğitim okuluna dönüştürmüşler. Çok methini duydum. Hep kulaktan dolma bilgilerle ilerledi yani.

RUSİHAK: RAM'lar ne yapıyordu bu süreçte, nasıl bir yönlendirme yapıldı?

Suna Kacar: Rehberliğe şuraya gidebilir mi diye soruyordum, onaylıyordu. E. Okulu'nda böyle oldu. Aslında kafamda bir fikirle gidiyorum RAM'a, RAM kendi kendine yönlendirme yapmadı. Soruyla gittiğim için cevap alıyordum yani. Okul kabul etmiyor deyince, hayır alması lazım diyorlardı mesela. Okul otistik öğrenci kabul etmediğini söylüyor. Rehberlik orada kayıtlı birçok otistik öğrencinin olduğunu söylüyor. Ama bunu müdüre söyleyince hayır otistik öğrenci yok diyordu. Volkan'ın ilköğretimden bir arkadaşı orada kayıtlıydı mesela.

RUSİHAK: Bir de iş deneyimi vardı sanırım Volkan'ın.

Suna Kacar: Çok kısa sürdü, iki gün işe gitmişti. Sürekli alışveriş yaptığımız markete Volkan'ın durumunu anlatmıştım. Belirli saatlerde burada çalışsa nasıl olur, diye sormuştum. Ama orada kendimi çok hatalı buluyordum. Volkan iki gün gitti ama çok istekli değildi. Ben götürüp getiriyordum. Diğer çalışanlar da çok iyiydi. Marketin sahibi "Sizin oğlunuz benim oğlumdur; istediği zaman gelip çalışabilir," dedi. Çok da seviyordu Volkan'ı, hem o hem de marketteki diğer çalışanlar. İki günden sonra isteksizdi Volkan, zaten çalışmayı da çok sevmez; belki baştan alıştırmadığımız için. Belki ben biraz üsteleseydim, olabilirdi. Volkan'ın çalışmasına gerek yok, çalışsa ne

olacak diyoruz. Oysa bu çocukların küçüklükten itibaren bir el becerisi kazanmaları şart; böylece boş vakitlerini geçirebilirler. Çünkü devamlı anneye ve sürekli evde yapamazlar.

RUSİHAK: İlk teşhis konduğunda, otizm hakkında bir şey biliyor muydunuz, sizi bilgilendirdiler mi?

Suna Kacar: Hayır bilmiyordum, hiç terapi de almadım. O zaman ne yaşadığımı bilmiyordum, yaşadığımı dahi bilmiyordum. O dönemde nasıl yaşadım bilmiyorum. İlk görüşmede ilaç vermişlerdi. Bir ay sonra gittiğimde akıl hastalığı belirtisi dediler. O gün oradan çıkıp nasıl eve geldiğimi hatırlamıyorum. Böyle bir şeyi hiç beklemiyordum. Bir engelli kuzeni var Volkan'ın. Hiç eğitim almamasına rağmen Volkan'a kıyasla çok iyi durumda şu anda. Ama o zaman benim oğlumda olamaz bu diye düşünüyordum. Hastaneden bunu duyduktan sonra, evde Volkan'ın ne kadar fotoğrafı varsa topladım ve bir sonraki gidişimde hastaneye götürdüm; gülerken, konuşurken çekilmiş fotoğrafları. Üç yaşındaki çocuk oturup yetişkinlerle sohbet ederdi. Hikâye kitabının resimlerine bakarak hikâyeyi anlatırdı. Böyle göz kontağı olan, bu kadar iyi bir çocukta akıl hastalığı olamaz diye düşünüyordum. "Siz fark etmemiş olabilirsiniz, doğuştan bu" diyorlardı.

RUSİHAK: Neden olabileceğini söylediler mi?

Suna Kacar: Hayır, doktorlar ilk akraba evliliği var mı, düştü mü ateşli bir hastalık geçirdi mi diye soruyorlar. Volkan'da hiçbirisi olmadı. Her çocuk gibi Volkan'da düşmüştü tabii, büyük bir hastalık da geçirmemişti.

RUSİHAK: Sonra otizmi var dediler ve ne önerdiler?

Suna Kacar: Eğitim. Volkan'da hafif otizm belirtileri olduğunu söylemişlerdi. Herkese EEG, EMAR çekilirken, Volkan'a neden çekilmiyor diye soruyordum. İyi olduğunuz için çekilmiyor diyorlardı. Eğitimle olacak diyorlardı. İlaç tedavisi yok otizmde. Volkan sakın bir çocuk olduğu için, ilaç çok kullanılmadı. Bize her zaman ancak eğitimle bir şeyler olabilir deniyordu.

RUSİHAK: Bunun nasıl bir eğitim olması gerektiği söylendi mi, bir yönlendirme yapıldı mı?

Suna Kacar: İlk aşamada Çapa'da çok bilgilendirmediler ama, A. Hanım sen gündelik hayatta ne yapıyorsan, Volkan'ın da tüm bunları yapması gerek demişti. Diyelim bir yere gittik, Volkan'ın da merhabalaşmasını sağlayacaksın. Belirli saatlerde dersini yapacak.

Özel alt sınıftan önce anaokulunu da denedik Volkan için. Birer dönem iki anaokuluna devam etti. Sadece oturuyordu, ama devam etmeli diye düşündüm. Anaokulları da Volkan'ı zor kabul etmişti, engelli olduğu için.

RUSİHAK: Sürecin en başından beri en çok nelerin eksikliğini hissettiniz?

Suna Kacar: En çok belirli bir eğitim kurumunun eksikliğini hissettim, deneyimli öğretmenlerin eksikliğini. Normal bir ilkokul öğretmeni gelip engellilerle çalışıyor ama bu konuda bir bilgisi yok. Bu çocukları o esnada tanıyorlar ve zaten tanıdıktan sonra ayrılıyorlar. Bazıları bir iki ay çalıştıktan sonra dayanamayıp işi bırakıyor. Ben şanslı bir veliyim. Volkan gayet uyumlu, benim yerimde olmak isteyen çok anne var. Belirli bir eğitim kurumu olsaydı Volkan şimdi iş sahibi olabilirdi.

RUSİHAK: Nasıl bir eğitim kurumu olmalı, diğer çocuklarla bir arada mı?

Suna Kacar: Evet, çünkü otistik çocuklar içlerine kapalı. Diğer çok ağır olmayan zihinsel engelli çocuklarla bir arada olsalar, onlarla da diyalog kurarlar. Diğer normal çocuklarla birlikte olsalar da çok iyi olurdu. Birkaç kere soruya cevap vermesede, bunun da bıkıp cevap verecekti Volkan soruya.

RUSİHAK: Eğitim kurumu dışında aklınıza gelen başka bir eksiklik var mı?

Suna Kacar: Kimse velilerin, annelerin psikolojisini düşünmüyor. Babaların en fazla yüzde yirmisi ilgileniyordur. İstanbul'da gitmediğim yer kalmadı neredeyse, şimdiye kadar en fazla beş-on babayla karşılaştım. Hep annelere kalıyor bu sorumluluk. Annelerin bir kısmı çalışıyor, bakıcıya bırakıyor. Engelli çocuktan sonra anne babanın ayrıldığına da çok tanık oldum. Teşhis konduktan sonra, velilere terapi yapılması şart. Hâlâ ihtiyacımız var. Kişisel terapi olabilir. Konuşulması gereken çok şey var. Teşhisi baba kabul etmiyor, "Allah buna böyle bir sorun vermiş, biz ne yapalım" diye düşünüyor. Volkan'ın babası böyleydi, hâlâ böyledir, eğitim nasıl bir şeydir bilmez. Bu yüzden evin içerisinde paylaşmadığın sorunları akrabalarla, arkadaşlarla paylaşmak zorunda kalıyorsun. Biz şanslıyız bu konuda, akrabalarımız çok destek oldu. Teşhis konduktan sonra hem çocuğun hem annenin terapi alması şart diye düşünüyorum. Ama maalesef böyle bir şey yok.

RUSİHAK: Şu anda Volkan'ın daha yatkın olduğu şeyler var mı?

Suna Kacar: Küçükken yakalayamadık; hâlâ yakalanabilir deniyor. Ama özel eğitime götürüyorsun, tek amaç vakit doldurmak. Özel eğitime gittiği yerde bir çocuk çok güzel resim yapıyormuş, Volkan'ı da resme yönlendirmek istediler. O çocuk resim yapmak istiyor ama Volkan istemiyor. Volkan'ın kuralları vardır: Ev, ağaç ve çiçekler çizer. Bir sene resme devam etti. Sonra bıraktık. Belki bilgisayarla uğraşır diye bilgisayar aldık. Şimdi özel eğitimde bilgisayar

dersi alıyor. Volkan için akademik eğitim artık çok gerekli değil. Bildiklerini unutmaması için belki haftanın belli günleri ders olabilir ama atölye becerileri, dışarıda sinema, tiyatro gibi sosyal faaliyetler ya da alışveriş gibi etkinlikler şart. Ben Volkan ile rahatça her yere gidebiliyorum ama okulda sınıfı kapanan 45 çocuğun velisi şu anda ne yapacağını şaşırmış durumda. Oçem'deki atölye kapandı ve okul yok. Çocuklar evde kalamaz; hiperaktif var, vuranı var. Ben Volkan'a sınıfın kapandığını söylediğim halde hâlâ gitmek için ısrar ediyor. Konuşamayan çocuklar da var, bu çocukların kendilerine ait kuralları var ve bunları aşmak çok zor.

RUSİHAK: Teşhisten sonra çevrenizdeki kişilerde ya da sokakta farklı davranışlarla karşılaştınız mı?

Suna Kacar: Tabii, Volkan ilk dönemlerde çok konuşuyordu. "Ne kadar çok konuşuyor, çok şımartılmış" dediler. Biraz daha büyüyünce toplu taşıma araçlarında yer vermiyor kimseye. İnsanlar "Ailen hiç mi terbiye vermedi sana, okulda büyüklerine yer vermeyi öğretmediler mi?" diyorlar. Ya da marketten canının istediğini alır, pazarda gördüklerinin tadına bakmak ister. Küçükken şımarıklığına yoruyorlardı ama şimdi bu yaşta bunu yapmayacağını bildikleri için herhalde göz yumuyorlar.

Toplu taşımada çok zorluk çektik, çünkü ben Volkan'la her gün dışarı çıkmak zorundayım. Hem kendime hem Volkan'a bilet almam gerekiyor, çok zordu. Dışarıya düşünerek çıkıyordum. Sonra engelli kartıyla daha rahat oldu, düşünmeden okula ya da gezmek için istediğimiz yere rahatça gidip gelmeye başladık. Sonra refakatçi kartı daha da iyi oldu. Devlet bir şeyler yapıyor ama denetimsiz ve bilinçsizce. Bu çocuklar için ödenen aylık özel eğitim parasını şu anda bana verse, ben güvendiğim bir yerden ders aldırırm.

RUSİHAK: Devletin yaptıklarının daha bilinçli olabilmesi için ne yapılabilir?

Suna Kacar: Bu çocukların aileleriyle ya da öğretmenleriyle görüşmesi ve fikirlerini alması gerekir. Volkan yüzüyor mesela ben havuzu tesadüfen buldum. Volkan'ın engelini muhtar da biliyor, okullar da. Ama kimse havuzdan bahsetmedi. Bilgilendirme yapılmıyor. Her şeyi tesadüfen buluyoruz. İşin tesadüflere kalmaması gerekir.

RUSİHAK: Bu kadar deneyimden sonra Volkan'ı en çok neyin geliştirdiğini, neyin ona iyi geldiğini düşünüyorsunuz? Nasıl bir destek ya da nasıl bir ilişki?

Suna Kacar: Bütün engelli çocuklar için en önemlisi tatlı dil güler yüz. Bir şey yarattığında mutlu oluyor

Volkan. Volkan'ın bir tuvalet temizliğini yapmasını hatırlarım. 12 yaşına kadar tuvalet temizliğini ben yapıyordum. Tuvalet eğitimi alması gerekmedi ama temizliği için beni çağırırdı. Bir gün tuvaletten koşarak geldi, "Anne kıcımı ben yıkadım, anne ben yıkadım" diyerek. Mutluğunu görmeliydiniz. Ben bunu herkese anlattım ve Volkan o kadar mutlu oldu ki, ben anlatınca. Yatağını toplamaya başlaması da böyle oldu. Bir şeyi başarınca, ben ve çevresindekilerden takdir görünce, Volkan bir Volkan daha oluyor. Bir de hep derlerdi Çapa'da; bir erkek kardeşi olması, onu örnek alması gerekir diye. Belki erkek kardeşi olsaydı, daha iyi olurdu. Ama bir çocuk daha yapsaydım Volkan ile ilgilenemezdim. Eşim istemedi ama akrabalarımız, anneannesi, halası "Bir tane de sağlam Volkan yap," derdi. Bizde erkek çocukları sevilir ama ben hiç düşünmedim bunu. Ama ablası yerine ağabeyi olsaydı iyi olabilirdi. Şu anda tıraş vs. her şeyiyle ben ilgileniyorum.

RUSİHAK: Tatlı dil güler yüz dediniz. Yani farklı davranıldığında bunu hissediyor ve tepki veriyor mu Volkan?

Suna Kacar: Tabii, evdeki ufak tefek tartışmalarda bile ifadesi değişiyor. Büyük bir tartışmamız oldu babasıyla, ona kadar ufak tefek şeyleri oyun gibi algılar, güler geçerdi. Şimdi ufak bir tartışmada da tüm tepkileri değişiyor. Mesela ablası eve gelince -haftada bir gelir ablası- Volkan kiskanıyor, birkaç kez bardak kırdı. Ben de buradayım demek istiyor. Ama gelince çok mutlu oluyor. Ablasının geldiği gün ile gittiği gün Volkan'ın durumu arasında dağlar kadar fark var. Değişmeye de başladı. Eskiden kendi kendine oturmazdı, şimdi kendi odasında yalnız oturuyor. Terapisti bunların iyi belirtiler olduğunu, Volkan'ın artık yaşlıları gibi kendi odasında olmayı tercih ettiğini söylüyor. Eskiden Volkan'la her yere giderdik; Şimdi "Ben gitmek istemiyorum" diyor. Biz de eski haline alıştığımız için, bunu kabul etmek zor oldu. Ama bunlar iyi belirtiler aslında.

PSİKİYATRİK TEŞHİS ALMIŞ VE ZİHİNSEL ENGELİ BULUNAN BİREYLERİN SOSYAL İHTİYAÇLARININ ÇOK BOYUTLULUĞUNU DİKKATE ALAN BİR SOSYAL POLİTİKA YAKLAŞIMI

Başak Ekim Akkan

Boğaziçi Üniversitesi Sosyal Politika Formu

İnsanca bir yaşam en temel insan haklarından biridir. İnsanca yaşamın vazgeçilmez iki ögesi ise bireyin otonomisi ve iyi olma halidir. Otonomi, bireylerin yaşama dair seçimlerini ve gelecek kararlarını özgürce tayin edebilmeleri anlamına gelirken, iyi olma hali farklı sebeplerden (hastalık, yoksulluk, vs.) kaynaklanabilecek ıstıraplar çekmemeleri anlamına gelmektedir. Hiç kuşkusuz, birey olarak otonomimizi ve iyi olma halimizi belirleyen temel sosyal ihtiyaçlarımız vardır. Bunlar barınma, sağlık, eğitim, asgari gelir, bakım, hayatımız ile ilgili kararlar almamıza yardım edecek bilgiye erişim gibi insanca bir yaşamı öngören temel gereksinimlerdir. Bireyin otonomisi ve iyi olma hali sosyal ihtiyaçları karşılandığı ölçüde sağlanır. Yani, sosyal ihtiyaçlarımız karşılandığı ölçüde insanca bir yaşam garanti altına alınabilir.

Bireylerin sosyal ihtiyaçlarını belirleme ve karşılama noktasında bir toplumsal uzlaşma gerekir ve ihtiyaçları karşılamamanın çeşitli yolları vardır. Ancak bireylerin sosyal ihtiyaçlarının, insan onurunu sarsmayacak ve vatandaşlık

temelinde eşitliği gözetecek şekilde karşılanması önemlidir ve bu ancak sosyal haklar gözetilerek hayata geçirilebilir. Yani eğitim, konut, sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler gibi sosyal olanaklara erişimin sosyal hak olarak tanımlanması ve bu hakların güvence altına alınması yoluyla bireylerin toplumsal katılımlarının sağlanabileceği “güvence” ortamı yaratılabilir. Buradaki temel yaklaşım toplumsal risklerin ve belirsizliklerin sosyal devlet eliyle ortadan kaldırılmasıdır. Bu noktada ise, iyi işleyen ve herkes için erişilebilir sosyal kurumlara (sağlık teşkilatı, erişilebilir okullar, örgün sosyal hizmetler, sosyal yardım mekanizması gibi) ihtiyaç vardır. Bir toplumda özellikle sosyal dışlanma tehdidi ile karşı karşıya olan dezavantajlı grupların topluma eşit vatandaşlar olarak katılımlarının sağlanması ve insanca yaşam haklarının güvence altına alınması için sosyal kurumlara etkin bir şekilde erişiyor olmaları gerekir.

Bu bağlamda, “Sosyal politikanın işlevi nedir?” sorusu akla gelir. Sosyal politikanın temel işlevlerinden biri, bireylerin topluma eşit katılımlarını ve toplumsal kaynaklara ulaşımını sağlayacak sosyal alanı yaratmaktır. Yani, yukarıda da belirttiğimiz gibi, eğitim, sağlık, barınma, sosyal hizmetler, sosyal yardım mekanizmaları gibi hizmetlerin erişilebilir olması yoluyla bireylerin sosyal haklarının hayata geçirilmesini sağlamalıdır. Ancak hizmetlerin erişilebilirliği yalnız başına yeterli bir çözüm değildir. Kurumlar ile kurulan ilişkilerin ihtiyaç sahibini güçlendirici nitelikte olması ve kurumların ihtiyaçların çok boyutluluğunu dikkate alacak şekilde örgütlenmesi son derece önemlidir. Dezavantajlı grupların sosyal kurumlarla ilişkilerinde dışlayıcı, damgalayıcı tavırlara maruz kalmamaları, tam tersine bu ilişkinin güçlendirici niteliğe sahip olması gerekmektedir. Bu noktada, kurumlardaki egemen zihniyetin değişmesi yönünde adımların atılması gerekebilir. Diğer yandan okul, sağlık teşkilatı, sosyal hizmetler, bakım kurumları gibi birçok hizmetin bireylerin sosyal ihtiyaçlarının çok boyutluluğuna cevap verecek şekilde olması, sosyal politikaların uygulanışında dikkate alınmalıdır.

Bu bağlamda, gerek sosyal devletin gerekse kurumlarının ihtiyaçları dikkate alan, yani ihtiyaç temelli yaklaşımları zihinsel engelli bireylere yönelik sosyal politikaların hayata geçirilmesi açısından özel önem taşımaktadır. Örneğin, bakım ihtiyacı, zihinsel engelli bireylerin temel sosyal ihtiyaçlarından biridir. Raporda da geniş yer verilen bakım ihtiyacının gerek tanımlanması, gerekse karşılanma biçimi zihinsel engelli bireylerin otonomilerinin ve iyilik hallerinin temel belirleyi-

cisidir. Yani bakım, başta tanımlamaya çalıştığımız insanca yaşam hakkının temel unsurlarından biridir. Ancak bakımın hangi koşullarda ve nerede sağlanacağı tartışmaya açıktır. Rapora da yansdığı gibi, kurum bakımının ailenin sağlayacağı sıcak ortamı sağlaması zordur. Bu bağlamda da zihinsel engelli bireylerin bakımının ailelerinden ve içinde yaşadıkları toplumdan koparılmadan sağlanması son derece önemlidir. Nitekim 30 Temmuz 2006 tarihli ve 26244 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Bakıma Muhtaç Özürlülerin Tespiti ve Bakım Esaslarına İlişkin Yönetmelik bakıma muhtaç özürlülerin bildirimi, tespiti, değerlendirilmesi ile bakım hizmetlerine, bakım ücretlerine ve ödemelerine ilişkin usul ve esasları belirleyerek “evde bakım” pratiğini düzenlemiştir.¹ Ancak yönetmeliğin amacı engellilerin gerek aile içinde bakımını sağlamak, gerekse bağımsız bir yaşam sürmesine olanak tanımak olarak tanımlansa da, ödenen aylık bakım ücreti ile evde bakımı sağlanan engelli bireylerin ihtiyaçlarına ne derecede cevap verebildiği tartışmaya açıktır. Raporda yer verilen ailelerin evde bakım ücretine ilişkin görüşleri, evde bakım ücretinin bakım ihtiyacının çok boyutluluğuna karşılamadaki yetersizliğini anlatır niteliktedir:

- Ailelere dönük evde bakım ücreti aileleri rahatlattı, ama aileler çocuklarının sorunlarıyla baş başa kalmış oldu.
- Aileye yapılan maddi yardımlar kurum bakımından pahalı oldu, bu yardımla aile çocuğuna yeterli hizmeti veremiyor ve ihtiyaç duyduğu hizmetlere ulaşması zor olduğu için bunları alamıyor.
- Ailelerin ne tür ek hizmetlere ihtiyaç duyduğunun yeniden değerlendirilmesi gerekir. Bu süreçte ailelerin bu tür hizmetleri alması konusunda demek veya bir kurum rehberlik edebilir.
- Çocuk kurumdan aileye geri verilecekse, ailelerine dönüşü için aile mutlaka eğitilmeli ve bilinçlendirilmeli, şehir içinde kamu kurumları ve belediyelerce gündüzlü bakım merkezleri açılması buna destek sağlayabilir.
- Evde bakım için sadece maaş verilmemeli, gezici ekiplerle hizmet götürülmeli. Değerlendirme ekibi olması lazım ama böyle bir personel yok.

Bireylerin topluma katılımları bağlamında bir diğer önemli sosyal ihtiyaç eğitimidir. Eğitim hakkının güvence altına alınması zihinsel engelli bireylerin toplum ile ilişkilerinin inşasında önemli bir yer tutmaktadır. Ancak burada da, diğer alanlarda olduğu gibi sosyal ihtiyacın çok boyutluluğu söz konusudur.

Zihinsel engeli bulunan bireylerin eğitim ile ilişkisinde özel koşullarının dikkate alınması gerekmektedir, zira bireylerin içinde bulunduğu koşullar farklılık gösterebilir. Eğitim kurumlarının bu farklılıkları dikkate alarak birey özelinde ihtiyaçlara cevap verecek şekilde örgütlenmesi ve zihinsel engelli bireylerin eğitim çağındaki yaşlıları ile sosyalleşmelerini sağlayacak ortamların yaratılması önemlidir. Yani, eğitim kurumlarının erişilebilir, güçlendirici ve sosyal ihtiyaçların çok boyutluluğuna cevap verecek nitelikte olması eğitim hakkını hedefleyen sosyal politikaların önceliği olmalıdır. Yine, zihinsel engelli bireylerin ailelerinin rapora yansıyan görüşlerini dikkate alırsak, bir sosyal ihtiyaç olarak eğitimin çok boyutlu niteliğinin altı çizilmektedir:

- Okullardaki diğer çocukların engellilik konusunda bilgilendirilmesi gerekiyor.
- Kaynaştırılmış sınıflar ve özel eğitim sınıflarının sayısının artırılarak bütünleşmiş eğitimin sağlanması gerekiyor.
- Özel veya resmi özel eğitim kurumlarının sayı ve nitelik olarak artırılması (okuma yazma, spor, yüzme, bilgisayar, müzik, vb. hizmetlerin olması) gerekiyor.
- Çocuğun tüm hizmetleri alabileceği bir eğitim kompleksi yapılması gerekiyor.
- Her engellinin farklı özelliklerine göre eğitim verilmesi gerekiyor.
- Ailelerle eğitim kurumu arasındaki diyalog kopukluğunu giderebilmek için sosyal hizmet uzmanlarının ev görüşmeleri yapmaları gerekiyor.
- Ağır engelli çocukların ve yetişkin zihinsel engellilerin gidebilecekleri mesleki eğitim kurumları ve gündüzlü kurumların olması gerekiyor.

Zihinsel engelli bireylerin sosyal haklarından bahsettiğimizde, birçok alanı dikkate almak gerekir hiç şüphesiz. Eğitim ve bakım konusu kadar barınma konusu da zihinsel engelli bireylerin insanca yaşam hakkını belirleyen bir sosyal ihtiyaçtır. Ancak, barınma bireylerin kafalarının sokacakları bir çatı ile sınırlı değildir. Bireyin bağımsız yaşam hakkını güvence altına alan, bireyi toplumsal yaşamdan tecrit etmeyen, kültürel faaliyetlere olanak tanıyan, istihdam ağlarına erişimini sağlayan barınma olanaklarının sağlanması en temel sosyal haklardandır. Bu bağlamda, zihinsel engelli bireylerin toplum içinde yaşamalarını sağlayacak barınma olanaklarının sağlanmasına öncelik verilmesi gerekmektedir.

Tüm bu sosyal ihtiyaçların, ihtiyaçların öznesi olan bireyler tarafından tanımlanması ve ihtiyaca cevap

verecek sosyal politikaların bu yönde geliştirilmesi zihinsel engelli bireylerin insanca yaşam haklarının hayata geçirilmesi açısından önem taşımaktadır. Tanımlanan ihtiyaçların sosyal hak taleplerine dönüştürülmesi, zihinsel engelli bireylerin vatandaşlık haklarını kullanmaları açısından ivedidir. Bu bağlamda, zihinsel engellilerin eşit bireyler olarak topluma katılımlarının sağlanması için bakım, eğitim, sağlık, barınma, asgari gelir gibi tüm sosyal ihtiyaçlarını dikkate alan, hak temelli sosyal politikaların oluşturulması yönünde adımların atılması gerekmektedir.

1- İlgili düzenlemelere şu adresten erişmek mümkündür:

<http://rega.basbakanlik.gov.tr>

SANATIN ONARICI İŞLEVİ: SANAT İNSANIN KENDİSİYLE VE BAŞKALARIYLA KURDUĞU İLİŞKİLERİ ONARIR

Gökhan Deniz

Ressam ve Sanat Eğitmeni

Sosyal Kültürel Yaşamı Geliştirme Derneği

Farklı gruplar ile iletişim kurma konusundaki yeni yöntemler sanat atölyelerinin kullanılması yoluyla her zaman daha başarılı sonuçlar vermiştir. Yapılan çalışmalarda deneyimimiz, her seferinde bir kez daha ilişki kurmayı kolaylaştırma, onarma, yeniden mümkün kılma, yaşamla kurulan bağları güçlendirme gibi amaçlara ulaşmamızda sanatın ne kadar etkin bir araç olabileceğini gösterdi. Sanat atölyelerinde seçilen yöntemler, çalışılan grubun özelliklerine ve ihtiyaçlarına göre birtakım esnekliklerle uygulandığında hep olumlu sonuçlar doğurdu.

Ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri gibi kapalı kurumlardaki insanların yaşam alanları çoğunlukla kurum sınırları içerisinde kalmaktadır. İlişki kurdukları kişiler diğer hastalar ve hastane personeliyle sınırlıdır ve toplumdan yalıtılmış bu ortamda kişi yalnız kalmakta ve en çok kendisiyle ilişki kurmaktadır. Kişinin kuruma girmesiyle başlayan yıkıcı çevre değişikliği kişinin duygusal, sosyal ve zihinsel gelişimini olumsuz etkilemektedir. Yaptığımız atölyelerde kişilerin geçmişte yaşanan ve unutulamayan anılarının, çoğu zaman kendilerini çaresiz ve aciz hissetmelerine neden olacak kadar güçlü olduğunu gözlemledik. Bu sınırları çizilmiş yaşam alanları içerisinde oluşan aidiyet hissi ve dışarıyla ilişkinin kesilmesi kimi zaman yaşamla olan bağların daha da zayıflamasına yol açmaktadır. Yani fiziksel ve sosyal çevrelerinin bu kişiler üzerinde herkeste olduğundan daha fazla etkili olduğunu söylemek mümkün. Bu sebeple bu kişilerle bir arada olmanın, çalışma yürütmenin onların geldiği ve içinde bulunduğu hayat koşullarından kaynaklanan pek çok zorluğu vardır. Travmatik yaşantılar, iletişim kurmanın

zorluğu, çalışmalarda ilgilerini ve katılımlarını sürekli kılmanın güçlüğü karşılaşılması olası sorunlardan bazılarıdır. Bu yaşantıların kendilerinde uyandırdığı hisleri anlatabilmek için sanatsal çalışmalar yeni bir dil olanağı sunar. Sanatın sağladığı yaratıcı ve özgür ifadeye imkân veren sınırsız dil, kolay iletişim kurulumasına yardımcı olur.

Hastanelerde Neden Sanat Atölyeleri Olmalıdır?

Hastaneleri hastalar için sadece teşhis ve tedavi merkezleri olarak değil, sağlıklı iletişim kurabilecekleri birey eksikliğini gideren, kendini anlatma ve anlama-bilme olanaklarını bulabileceği, yalnızlık ve çaresizlik hissini azaltacak yerler olarak da düşünmeliyiz. Sağlıklı kişilik gelişimi için üretmek vazgeçilmez bir unsurdur. Kişi, üreterek kendini ifade edebildiği takdirde, başarı ve özgüven duygularına sahip olabilir. Bu başarı ve özgüven gücü ise hem bireyi hem de bireyin içinde bulunduğu her türlü yaşam alanını olumlu etkiler. Bu özgüven, sosyal bir varlık olan bireyin hastanede en çok ihtiyaç duyduğu anlayış, karşılıklı sevgi ve saygı ortamını sağlamayı kolaylaştırır. Üretimi teşvik eden sanat eğitimi kişinin kendini ifade becerilerini, grup içindekilerle paylaşımını, el becerilerini ve ortak davranış bilincini geliştirir. Sanatı bir görme biçimi olarak algılasak, sanat eğitimi de görme, düşünme ve üretme bütünlüğü içinde hastanelerde yaşamak için vazgeçilmezliğini ortaya koyar.

Ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde duygusal, davranışsal veya ruhsal güçlükleri bulunan kişilerle yapılan sanat atölyelerinin en önemli katkısı; insanın hem fiziksel hem de psikolojik olarak gerilemesini engellemesi olacaktır.

Sanatsal üretim her zaman ruh halinin dışavurumunu en iyi gösteren araç olarak karşımıza çıktı. Bu kurumlarda uygulamaya çalıştığımız sanat atölyeleri programları da uzmanlaştırma çabasından çok yaratıcılık, sosyal becerilerin gelişmesi, sorun ve çatışma çözme, öfkeyi kontrol etme ve iletişim kurma üzerine yapılandırıldı. Böylece kişi kendini anlatma ve anlama-bilme olanaklarını bulmuş oldu ve aynı zamanda düşünce ve duygularını ürettikleriyle somut ve görsel bir veri haline getirdi. Hem hastanedeki diğer hastalar ve hastane personeline, hem de dış dünyaya kendisini tanıyabilme ve anlayabilmeyi sağlayacak iletişim malzemeleri sunmuş oldu.

Sanat çalışmaları, kişilik gelişiminin bir parçası olan

yaratma ve üretmeyi mümkün kılar. Bu nedenle, hastaların kendilerini güvenilir ve anlaşılır bir şekilde ifade ettikleri paylaşımcı ortamlar yaratabilir, hastanelerde psiko-sosyal destek ağının çok önemli bir parçası olabilir. Bu kurumlarda yapılan tüm etkinlikler hastalar için başkaları tarafından kurgulanan etkinlikler olarak değil, onların sahipleneceği ve birebir uygulayıcısı olacağı çalışmalar şeklinde düşünülmelidir.

Sanat Eğitiminin Hastane Personeli ve Kurumda Kalan Kişiler Arasındaki İlişkiye Katkısı:

Yukarıda da bahsedildiği üzere, sanatsal etkinlikler sorun ve çatışma çözme, öfkeyi kontrol etme ve iletişim kurma gibi sosyal becerilerin gelişmesini sağlamaktadır. Kurumda kalan kişilerin en çok temas kurduğu insanlar olan hastane personelinin de çalışmaların içerisinde yer alması, personel ile bu kişiler arasındaki ilişkileri güçlendirmektedir. Çalışmalara katılan psikolog ve sosyal hizmet uzmanının gözlemleriyle hastaların yaşamlarına dair travmatik bazı bilgilere daha kolay ve doğru iletişim kurarak ulaşılabilir. Farklı kişiliklerin bir arada olduğu hastane ortamında, sanat etkinlikleri anlatma ve anlayabilmeyi kolaylaştırmaktadır. Sanat çalışmalarını bir çeşit terapi yöntemi olarak kabul edersek, atölyeler hastaların ve hastane personelinin içerideki yaşamsal bağlarını güçlendirecektir.

Sanat Atölyeleri Hastanelerde Bir Arada Yaşamı Nasıl Kolaylaştırır?

Bu kurumlarda yürüttüğümüz sanat atölyeleri personel (hemşireler, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hasta bakıcı, sanat öğretmeni, doktorlar) ile hastaları bir araya getiren, yaratıcı üretimi teşvik eden ortamlar oldu. Sanat atölyeleri kurum personeli ile hastaların kendilerini birer taraf olarak görmekten ya da ötekileştirmekten, birlikte yürütülen bir faaliyetin parçası olarak görme aşamasına geçiş sürecinin en temel koşullarını oluşturan etkinlikler olarak karşımıza çıktı. Bu da kişilerin teşhis almayla oluşan olumsuz duygularını azaltmasının yanında, personelin de bu kişilere bakışını, davranış şeklini iyileştirici bir olanak sağladı. Zira personel ile bu kişiler arasındaki “öteki”lik ilişkisi kırıldığında ortaya daha sağlıklı bir hastane ortamı çıkacaktır.

Hastanelerde Sanat Atölyeleri Nasıl Olmalıdır?

Hastanelerde yürütülen atölyeler personel ve hastaların bir arada üretebildiği ortak kullanım alanları olarak düşünülmelidir. Atölyeleri uzmanlaştırma

çabasımdan çok sanatın iletişim aracı olarak kullanıldığı ortamlar olarak algılamak gerekir. Atölye yürütücüsü olan eğitmenler bütünleştirici bir iletişim ortamı yaratmalıdır. Atölyede sorumlu bir eğitmen, hastabakıcı ve hemşire olmalı; psikolog ve sosyal hizmet uzmanları atölyelerin gidişatını izlemeli ve eğitmen, hemşire ve kurumda kalanlardan alacakları geri bildirimlerle atölyelere eleştirel katkıda bulunmalıdır. Atölyeden sorumlu eğitmen, bakıcı ve hemşirenin yürütülecek sanat faaliyetine ilgi duyması ve aktif katılımı şarttır. Dolayısıyla atölye yürütücülerinin sanat atölyesi eğitiminden geçmesi motivasyonu artırıcı bir süreç olarak algılanmalıdır. Deneyimli sivil toplum kuruluşları bu eğitimi üstlenmelidir.

Sanatsal Aktivitelerin Devamlılığının Sağlanması:

Çalışma yürüttüğümüz hastanelerde sanat atölyesi eğitmenlerin eğitim verimliliğini ve iletişimini zora sokan en önemli etkenlerin; sanat çalışmalarındaki teknik ve malzeme çeşitliliğindeki eksiklikler, atölye mekanının gerekli donanım ve düzene sahip olması, çalışmalara katılan hastaların üretimlerinin ve motivasyonlarının sürekliliği sağlanamaması, eğitmenlerin motivasyon eksikliği, hastaların sürekli üretebilme olanaklarının yoksunluğu olduğunu gözlemledik. Genel anlamda da tüm hastane personeline sanatın ilişki kurmak için neden bir araç olarak kullanıldığı ve önemi konusunda bilgi aktarımının yapılmadığını gördük. Tüm bu etkenler çalışmaların gerçekçi ve sürekli olması gereken hedeflerinin önünü kesmektedir.

Servise kapatılma halinin yarattığı fiziksel ve psikolojik yönden gerileme üretimin devamlılığıyla engellenecektir. Hastaların sanatsal üretimi ruh halinin dışavurumunu en iyi gösteren araç olacaktır. Böylece kişi düşünce ve duygularını ürettikleriyle somut ve görsel bir veri haline getirecektir. Hem hastanedeki diğer hastalara ve hastane personeline hem de dış dünyaya kendisini tanıyabilme ve anlayabilmeyi sağlayacak iletişim malzemelerini sunmuş olacaktır. O halde bu sanat atölyeleri hastaların kendini ifade etmesi ve dünyayla ilişki kurması için kullanabileceği yeni bir dil olanağı sunmaktadır. Bu yeni dil, gerek hastane hayatı gerekse hastaneden çıktıktan sonra, onların yaşamla bağlarını kuvvetlendirici ve iletişim kurma zorluğunu azaltan bir araç olacaktır. Sanat atölyelerinin temel amacının bu yeni dilin öğretilmesi ve benimsetilmesi olduğu düşünülürse, sanatsal üretimle kendini ifade etmenin, belli saatlerle sınırlandırılmış bir atölye etkinliğinden çıkıp hastaların hastane

yaşamının geneline yayılmış bir faaliyete dönüşmesi beklenir. Bu da, kişilerin zamanlarının çoğunu geçirdikleri hastanedeki servislerini de birer üretim mekânı olarak kullanabilmelerine bağlıdır.

Şu bilinen bir gerçek ki, psikolojik sorunlar yaşayan ve psikiyatrik teşhis almış kişiler ile iletişim konusunda sanatla uğraşı ve “sanat terapileri” bilinen klasik yöntemler (psikoterapi, ilaçla tedavi, vs.) kadar etkili psikolojik sağaltım yöntemleri arasına girmiş bulunmaktadır. Hastaneler bilinen klasik yöntemleri uygulamakla kalmayıp sanat gibi etkili çalışmaları da alana sokabilmeli ve kişiler için uygun olan çalışma yöntemlerini saptayıp buna uygun olarak hareket edebilmelidir.

Herkesin şu veya bu sebeple bu tip kurumlara girme riski olduğunu düşünürsek, o günler için sanatsal üretim etkisini gösterebilir. Sanat atölyelerinin sağlayacağı olumlu değişim ve dönüşüm hemen gerçekleşmeyebilir. Bu tip yaşamsal değişimler o an için kendini göstermese de gelecekte her an kendini gösterebilir. Sabırlı ve sürekliliği olan bir çalışmayı benimsemek gerekir.

Sanatı bir görme biçimi olarak algılasak, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde sanat eğitimi de görme, düşünme ve üretme bütünlüğü içinde içerideki ve dışarıdaki yaşamla ilişki kurmak için önemli bir araç olacaktır.

ENGELLİLERİN İNSAN HAKLARINA İLİŞKİN BİRLEŞMİŞ SÖZLEŞMESİ BAĞLAMINDA BİREYİN ÖZERKLİĞİ, BAĞIMSIZLIĞI VE İNSAN ONURUNA SAYGI KAVRAMLARI:

Dr. İdil Işıl Gül

İstanbul Bilgi Üniversitesi Hukuk Fakültesi
Öğretim Görevlisi

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 13 Aralık 2006 tarihinde 21. yüzyılın ilk, Birleşmiş Milletler'in 8. insan hakları sözleşmesini kabul etti. 30 Mart 2007 tarihinde imzaya açılan ve aynı tarihte Türkiye tarafından imzalanan Sözleşme, engellilerin tüm insan hak ve özgürlüklerinden tam ve eşit olarak yararlanmasını sağlamayı amaçlıyor. 50 maddeden oluşan Sözleşme'nin etkili şekilde uygulanmasını sağlamak amacıyla, bireysel başvuru yapılabilmesi olanağını sağlayan bir de İhtiyari Protokol bulunuyor. Sözleşme gibi İhtiyari Protokol de 30 Mart 2007 tarihinde imzaya açılmış bulunmaktadır. Ancak Sözleşme'den farklı olarak, Türkiye İhtiyari Protokol'ü imzalamamıştır.

Engellilerin Haklarına Dair Uluslararası Sözleşme, insan hak ve özgürlüklerine ilişkin diğer sözleşmelerin tanıdığı haklardan farklı, yeni haklar öngörmemektedir. Ancak, diğer sözleşmelerden farklı olarak medeni, siyasi, ekonomik, sosyal ve kültürel hak ve özgürlüklerin tümünü bir araya getirmekte, bu hak ve özgürlükleri engelliler bakımından yeniden yorumlamakta ve engellilerin bu hak ve özgürlüklerden tam ve eşit olarak yararlanmalarını sağlamak üzere devletlerin alması gereken tedbirlere açıklık getirmektedir. Ekim 2008 itibarıyla TBMM gündeminde olan Sözleşme, sıklıkla vurgu yapılan ayrımcılık yasağı ve eşitlik yanında, özellikle şu ilkelerin altını çizmektedir: bireyin özerkliği, bağımsızlığı ve insan onuruna saygı. Bu ilkeler Sözleşme'nin (a), (h), (n), (o) ve (y) başlangıç paragraflarında ve 1., 3., 8. ve 9. maddelerinde Sözleş-

me'nin tümüne hakim ilkeler olarak belirtilmiş; "Sö-mürü, Şiddet veya İstismara Maruz Kalmama" başlığı-nı taşıyan 16., eğitim hakkını düzenleyen 24., sağlık hakkını düzenleyen 25., ve "Habilitasyon ve Rehabili-tasyon" başlığını taşıyan 26. maddelerinde, düzenle-nen hak bağlamında ayrıca ve açıkça vurgulanmış ve son olarak "Yasa Önünde Eşit Tanınma" başlığını taşı-yan 12., "Bağımsız Yaşayabilme ve Topluma Dahil Olma" başlığını taşıyan 19., "Kişisel Hareketlilik" baş-lığını taşıyan 20. maddelerde münhasıran düzenleme konusu yapılmıştır. Sözleşme'deki bu yapılanmaya göre, bireyin özerkliği, bağımsızlığı ve insan onuruna saygı, hem tüm hak ve özgürlüklerden yararlanmaya hâkim ilkeler, hem de bizatihi birer hak olarak tanın-mış olmaktadır.

Sözleşme'nin en önemli yönü, engellilik konusunda yakın zamanlara kadar hâkim olan "tıbbi yaklaşım"ın yerini alan "sosyal yaklaşım"ın uluslararası hukuk tara-fından benimsenmesini ifade etmesidir. Bilindiği üze-re, tıbbi yaklaşım sorunu engelli bireyde tanımladı-ğından, çözümü de birey de aramaktaydı. Oysa Söz-leşme'nin (e) başlangıç paragrafında, engelliliğin sa-katlık(lar)la tutumsal ve çevresel engellerin birleşme-sinden doğduğu belirtilerek, engelliliğin engelli bire-yin kendisi dışında bir kaynağı olduğu, başka bir ifade ile sorunun münhasıran bireyde tanımlanmadığı kabul edilmiş olmaktadır. Sözleşme, buna koşut olarak te-davi ve rehabilitasyon gibi engelli bireye yönelik çö-zümler ile, tutumları ve çevresel yapıyı değiştirmeye yönelik çözümleri bir arada öngörmektedir. Çevresel yapının değiştirilmesi fiziksel ve duysal engelliler bakımından, tutumların değiştirilmesi ise zihinsel en-gelliler ve ruh sağlığı sorunları bulunan kimseler baki-mından özel önem arz etmektedir.

Sözleşme'nin hukuki bir güç kazandırdığı sosyal yak-laşım, engellileri haklarında kararlar alınan, zorla teda-vi dahil olmak üzere üzerlerinde işlemler uygulanan nesneler değil, kendi seçimlerini yapabilen ve bu se-çimler doğrultusunda yaşayabilen, onurlarına saygıyı hak eden özerk ve bağımsız özneler olarak kabul et-mektedir (md. 3(a)). Sözleşme'nin 12. maddesi, bu yaklaşımın zorunlu unsurlarından biri olan "ehliyet" konusunu düzenlemektedir. Söz konusu hüküm, zi-hinsel engelliler ile ruh sağlığı sorunları olan kimsele-rin kendileri hakkında dahi karar alma yetisine sahip olmadıkları karinesinden yola çıkılarak, ehliyetlerinin sıkça ve keyfi olarak sınırlandırılması karşısında bir güven-ce sağlamaktadır. 12. maddenin 2. paragrafına göre, zihinsel engelliler ile ruh sağlığı sorunları olan kimse-ler dahil olmak üzere herkes, sadece hak değil, aynı zamanda fiil ehliyetine de sahip olacaktır. Başka bir ifadeyle, engelliler de herkes gibi hukuki işlemlere ta-raf olabilecek ve işlemleri hukuki sonuçlar doğuracak-tır. Aynı maddenin 3. paragrafı, fiil ehliyetinden ya-rarlanma konusunda zorlukla karşılaşabilecek, yaptık-

ları işlemlerin hukuki sonuçlarını tam veya kısmen ön-göremeyecek kişilerin de olabileceğini öngörmüştür. Ancak mevcut halde bu kişilerin fiil ehliyetinin kısıt-lanması söz konusu olmaktayken, Sözleşme üzerine inşa edildiği ilkeler doğrultusunda bir çözüm benim-semiş ve bu hallerde kişilerin ehliyetlerinin kısıtlan-masındansa, kişilerin karar alma ve uygulama süreçle-rinde ihtiyaç duyabilecekleri desteğin sunulması yü-kümlülüğünü öngörmüştür. Maddenin 4. paragrafın-da fiil ehliyetinin kullanımına ilişkin her türlü tedbirin kişinin haklarına, iradesine ve tercihlerine saygılı ol-ması gerektiği, kişinin içinde bulunduğu durumla orantılı olması gerektiği, mümkün olduğunca kısa bir süre boyunca uygulanması gerektiği (ihtiyaç ortadan kalktığında sürdürülmemesi gerektiği) ve yetkili, ba-ğımsız ve tarafsız bir mahkeme tarafından sürekli ola-rak denetlenmesi gerektiği hükme bağlanmıştır. Söz-leşme'nin 12. maddesinin öngördüğü bu güvenceler engelli birey yerine karar verilmesi şeklindeki yerleşik uygulama yerine bireyin kararlarını kendisinin aldığı ancak bu süreçte kararlarını alır ve uygularken kolay-laştırıcı tedbirlerle desteklendiği bir uygulama ihdas etmektedir.

Kişi özerkliğinin ve bağımsızlığın bir başka ön koşulu, bireyin istediği kişi veya kişilerle, istediği yerde yaşa-mayı seçme özgürlüğünün varlığıdır. Sözleşme, kişi özgürlüğü ve güvenliğine ilişkin 14. maddede, en-gelli bireylerin salt engelli olmaları nedeniyle özgür-lüklerinden mahrum bırakılmalarını yasaklarken, ba-ğımsız yaşayabilme ve topluma dahil olma hakkını düzenleyen 19. madde, devletin yükümlülüğünün ki-şi özgürlüğünü sınırlamamaya inhisar ettirilemeyece-ğini ortaya koymaktadır. Söz konusu maddenin (a) paragrafına göre, "engelliler ... ikametgahlarını ve ne-rede ve kiminle yaşayacaklarını seçme hakkına sahip-tirler ve özel bir yaşama düzenine zorlanamazlar." Maddenin (b) paragrafına göre ise, "[E]ngellilerin kişi-sel destek dahil olmak üzere toplum içinde yaşamak ve topluma dahil olmak için ihtiyaç duydukları konut içi, kurum içi ve diğer toplumsal destek hizmetlerine erişimleri sağlanmalı ve engellilerin toplumdan tecridi ve ayrı tutulması önlenmelidir." Son olarak, engellile-rin kamusal alanda bağımsız olarak var olabilmeleri-nin, kamu hizmetleri ile kamu kurum ve tesislerinin erişilebilirliğine bağlı olduğundan hareketle, madde-nin (c) paragrafında kamu hizmet, kurum ve tesisleri-nin engellilerin ihtiyaçlarına yanıt verebilecek niteliğe sahip olması gerekliliği düzenlenmiştir. Görüldüğü üzere, devlet bireyleri özgürlüklerinden mahrum et-meme şeklindeki kaçınma yükümlülüğü ile yetineme-yecek, bireylerin bağımsız yaşayabilmek için ihtiyaç duydukları tedbirleri almak üzere pozitif edimlerde de bulunacaktır.

Bireyin özerkliğinin belki de en çarpıcı şekilde ortaya çıktığı alan, bireyin ruhsal ve fiziksel bütünlüğüne ya-

pılabilecek müdahaleler alanıdır. Sözleşme'nin 17. maddesine göre, "[E]ngelli her kişi, beden ve ruh bütünlüğüne diğer bireylerle eşit bir şekilde saygı duyulması hakkına sahiptir." Buna göre, engelli bireyin zorla tedaviye tabi tutulması söz konusu olamayacaktır.

Sözleşme'nin insan onuruna saygı, özerklik ve bağımsızlık ilkelerini düzenleyen veya bunlara vurgu yapan hükümleri, yukarıda belirtilenlerle sınırlı değildir. Gerçekten, Sözleşme'nin her maddesi, engelli bireyin başkalarına ihtiyaç duymaksızın, kendi tercihleri doğrultusunda, tüm hak ve özgürlüklerden tam ve eşit olarak yararlanmasını sağlamaya yönelmiştir. Bunların tümü bir arada olmaksızın, amaca ulaşılması mümkün görünmemektedir. Örneğin, Sözleşme'nin bilgiye erişimi düzenleyen 21. maddesinin gerekleri yerine getirilmeden, engelli bireyin bağımsızlığından bahsetmek mümkün değildir. Zira bilgiye sınırlı kaynaklardan ve sınırlı ölçüde erişebilen bir kişinin, tüm olasılıkları değerlendirerek kararlar alma ve hak ve özgürlüklerden yararlanma olanaklarına sahip olduğundan bahsedilemez. Bilgi eksikliği gibi, ekonomik kaynakların eksikliği de bireyi başkalarına bağımlı hale getirmektedir. Ekonomik kaynaklara erişimin söz konusu olabilmesi ise, eğitim ve çalışma hakkından ayrımcılığa uğramaksızın yararlanabilmeyi gerektirir. Kısacası, tüm insan hak ve özgürlükleri bir bütündür ve zorunlu olarak birbirine bağlıdır. O halde, Sözleşme'de düzenlenen hak ve özgürlüklerin tümü yaşama geçirilmedikçe hiçbir engelli tam olarak özerk ve bağımsız olamayacaktır. Ayrımcılık devam ettiği sürece ise, engellilerin onuruna saygı gösterildiğinin ileri sürülmesi mümkün görünmemektedir.

RUH VE SİNİR HASTALIKLARINA SOSYOLOJİK BİR BAKIŞ

Murat Ergin

Koç Üniversitesi Sosyoloji Bölümü Öğretim Üyesi

Ruh ve sinir hastalıkları altında toplanan düşünce, davranış ve konuşma şekilleri büyük bir çeşitlilik gösterir. O halde, sosyolojik bakışın önündeki ilk soru, bu çeşitliliğin ontolojik olarak varlığına ve epistemolojik olarak bilinme yöntemlerine yönelik olacaktır. Böyle bir-birinden farklı deneyim ve davranışları hangi yönetsel ve kuramsal araçlar yoluyla “ruh sağlığı” ya da “akıl hastalığı” gibi tek bir çerçevenin altında birleştirebiliriz? Ruhsal ve zihinsel “sağlık” ile “hastalık” arasındaki sınırlar kimler tarafından ve hangi toplumsal süreçler sonunda çiziliyor? Bu sınırların o kadar da keskin olmadığı ve “hastalık” ile “sağlık” arasındaki sınırların tarih boyu hem oluştuğu hem de değiştiği yönünde önemli belirtiler var. Örneğin günümüzde de, ruhsal ve zihinsel hastalıkların psikiyatrik tanısında en önemli kaynak olan ve Amerikan Psikoloji Birliği tarafından yayınlanan tanı rehberine (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) bakarsak, üç yüz kadar hastalığın detaylı bir listesini buluruz. Ama bu profesyonel rehber, bu hastalıkları bir araya getiren temeli açıklayan herhangi bir kuramsal çerçeve ortaya koymaz. Başka bir örnek olarak 1974’e kadar Amerikan Psikoloji Birliğinin tanı rehberinde bir ruh ve sinir hastalığı olarak bahsedilen eşcinselliğin bu tarihten sonra rehberden çıkarılmasını ama birçok başka semptomun tıbbileştirilerek hastalık listesine eklenmesini sayabiliriz. Bu gözlemden yola çıkarak, ruh ve sinir hastalıklarına yaklaşımları büyük ölçekte iki uça toplayabiliriz. Biraz basitleştirerek bahsedeceğim bu iki uç arasında çok çeşitli diğer yaklaşımlar olduğunu unutmamak gerek. Birinci kampta ruh ve sinir hastalıklarının, diğer hastalıklar gibi somut ve gerçek olduğunu ve aynı diğer hastalıklar gibi tanı ve tedavisinin yapılabileceğini öne sürenler yer alır. Buna göre, nasıl ki kalp hastalığının nedenleri ve tedavisi objektif yöntemlerle çalışılabilir ve bu hastalık hakkında bilmediklerimiz sadece bilgi ve araştırma eksikliğinden kaynaklanıyorsa, zihinsel ve psikiyatrik hastalıklar da böyle bir objektif temelde araştırılıp tedavi edilebilir. Bu özcü kampın karşısına toplumsal yapılandırmacı düşüncüyü koyabiliriz. Bu

yaklaşımın odak noktası hastalığın kendisi, sebepleri ya da tedavisi değil, ruh ve sinir hastalıklarına toplumsal tepki, hastalık hakkında konuşma ve yorum yapma biçimleri ve genel olarak hastalık mefhumunun toplumsal süreçler sonucu ortaya çıkmasıdır. Tedavi için ortaya konan profesyonel çabalar da bu anlamda aslında ruh sağlığı konusuna bir bakış açısından öte değildir. Bu yaklaşım içinde ruh sağlığı ve hastalığı kavramlarının gerçekliği sorgulanabilir, bilimsel otorite sahibi kişiler ile hastalar arasındaki iktidar ilişkisi araştırılabilir ve daha pratik anlamda zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış kişilerin kendi adlarına konuşup hayatlarını yönlendirmesi yönünde projeler ortaya konulabilir. Bu kamptakiler ruhsal hastalık tanı ve tedavisindeki “tesadüf” yana, yani (gerçekliği zaten sorgulanmakta olan) hastalığın asıl sebebi dışındaki kurucu öğelere, örneğin toplumsal cinsiyet ve sınıf gibi faktörlere, akıl hastalıkları ile ilgili kurumlar içindeki iktidar ilişkilerine, tarihsel ve bağlamsal olarak değişen pratiklere, toplumsal önyargı, dışlama ve damgalamaya dikkat çeker.

Görüldüğü gibi ruh ve sinir hastalıkları bedensel hastalık ve toplumsal sapma arasındaki gerilimli bölgede yer alır. Bu nedenle farklı uzmanlar ve akademisyenler arasında “hastalık” ve “sağlık” arasındaki sınırların yeri, oluşumu ve belirlenmesi konusunda ciddi tartışmalar vardır. Günümüzde zihinsel engelliler ve psikiyatrik teşhis almış kişilerin sorunlarının çözümünü zorlaştıran önemli engellerden biri, farklı düşünsel kamplar ve uzmanlık alanları (örneğin psikiyatri, sosyoloji ya da nöroloji) arasındaki bu disiplinler arası rekabet ve onun da ötesinde hem söylem hem de eylem düzeyindeki uyumsuzluktur. Akıl hastalığı gibi kavramların sorgulanması ve kurumlar, uzmanlar ve hastalar arasındaki iktidar ilişkilerinin derinliğine sorgulanması 1960 ve 70’lerin eleştirel kültürü içinde başlar. Her ne kadar bu “psikiyatri karşıtı” hareketin öncüleri kendi çalışma alanlarının felsefi temellerine ve pratiklerine şüpheyle yaklaşan psikiyatrlar içinden çıkmış olsa da, sosyoloji disiplini de genel olarak bu hareketin içinde yer almıştır. Psikiyatri ve sosyoloji arasındaki bu çok da dostça olmayan rekabet 1970 ve 80’lerde psikiyatri karşıtı harekete karşı psikiyatri cephesinden gelen savunmalarla iyice derinleşti. 1990’lara kadar sosyoloji literatürü ruh ve sinir hastalıklarını toplumsal, kültürel ve kurumsal yapılar içinde incelemeye devam ederken psikiyatri içinde özellikle genetikteki ve beyin üzerine araştırmalardaki atılımlarla biyomedikal yaklaşımlar ağırlık kazanmaya başladı. Psikiyatrinin elektrik akımına ve cerrahi yöntemlere atfettiği bu güven bazı psikiyatrlarca ruh ve sinir hastalıklarının genetik temelli açıklamalarının ve beyin kimyasındaki dengesizliklere bağlı tanı ve tedavisinin zaferine işaret ettiği için, diğer yaklaşımların dışlanmasına neden oldu. Tabii sosyolojik bakış açısıyla,

eğer ortada bir biyomedikal zafer varsa, bunun kimin için zafer olduğunu dikkatle sorgulamak gerekir. Çünkü ruh sağlığı tıp kurumlarıyla ilişki içindeki grupların (hastalar, sağlık personeli, ecza sanayisi, ya da kendisini tanım gereği akıl sağlığı yerinde ilan etmiş çoğunluk) bu alanda farklı perspektifleri ve çıkarları var. Son yıllarda bu sorulardan yola çıkan ve psikiyatriyi biyolojiye indirgeme çabalarına karşı çıkan akımlar, psikiyatrinin diğer bilgiye ulaşma yöntemleri gibi bir duruşunun, gerçekliği yaratma yönteminin ve çıkarlarının olduğunu iddia etmişlerdir. Bu kamptaki kimi psikiyatrlar ve sosyologlar, günümüzde artık (psikiyatri karşıtı değil) psikiyatri ötesi bir toplumda yaşadığımızı ifade ederek, biyomedikal yaklaşımların kimin akıl hastası kimin sağlıklı olduğu yönündeki tüm çıkarımlarını tamamen reddetmişlerdir. Psikolojik terapi, psikanaliz, psikolojik danışmanlık gibi pratiklerde öznelliğe verilen önemi de bu yönden değerlendirmek gerekir.

Tüm bu gerilimlere rağmen, son yıllarda sosyolojik bulgu ve gözlemlerin ruh ve sinir hastalıkları üzerinde çalışan diğer disiplinlerle etkileşim içine girdiği de görülüyor. Açıkçası, bir yandan sosyoloji ve diğer disiplinlerden gelen, özellikle hasta hakları, tıp kurumları ve kullanıcıları arasındaki iktidar ilişkileri ve “akıl hastalığı” ile “akıl sağlığı” kavramlarının ancak bir kültürel ve toplumsal yapı içinde anlam kazandığı yönünde odaklaşan eleştirileri göz önüne alırken, öte yandan da ruh ve sinir sağlığının gerçekliğini göz önünde bulundurmak mümkün olsa gerek. Ruh ve sinir hastalıklarına yönelik çalışmaları sadece biyolojik bir objektif içinde değerlendirmek mümkün değil çünkü insanlar bir yandan kendi gerçekliklerini yaratırken diğer yandan da bu gerçekliğin bir nesnesi oluyor. Öyleyse, akıl ve ruh sağlığına yönelik tıbbi yapıları toplumdan tamamen bağımsız uzman ve kurumların çalışmalarından ibaret görmemek gerekir. Pozitif bilimlerden farklı olarak, bu alanlardaki çalışmalar, çalışmaların parçası olan psikiyatri, hasta, hasta yakını, polis, hâkim ya da hemşire gibi bireylerin dünya görüşlerinden hiç de bağımsız değil. Eğer ruh ve sinir hastalıkları kavramı zaman ve mekân bu kadar bağılıysa, buna bağlı olarak çalışan tıbbi yapının da dışlayıcı değil, tam aksine sivil toplumun katılımına açık olmasını beklemek gerekir. Öte yandan böyle bir diyalog ve alışveriş, ruh ve sinir hastalıkları ve zihinsel engellerin tanı ve tedavisinde fizyolojik faktörlerin reddedilmesi anlamına da gelmiyor. Tıbbi yapıları belli dünya görüşlerinin ve çıkarların bir araya geldiği, kültürel ve toplumsal faktörlerin etkisi altında bilgi üretilen alanlar olarak görmek ruh ve sinir hastalıkları olgusunun reddine yol açmak zorunda değil. Sosyoloji biliminin ruh ve sinir hastalıkları alanına yaptığı katkılar, zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış kişilerin toplumsal dışlanması ve damgalanmasının önlenmesinde önemli rol oynayacaktır.

Araştırmalar ruh sağlığında toplumsal destek mekanizmalarının önemini gösteriyor. Bu nedenle, tedavi kavramının psikiyatrik kurumların sınırladığı dar alandan çıkarılıp hasta, hasta yakınları ve sivil toplumun katılımıyla, hastaların kendini geliştirme, toplumsal süreçlere katılma ve meslek edinmesi gibi süreçlerle genişletilmesi ülkemiz için çok önemli. Bu toplumsal destek mekanizmalarının yokluğu hastaların toplumsal hayata katılmasının önünde önemli bir tehlike oluşturuyor. Bu anlamda belki de sosyolojik yaklaşımların en önemli katkısı, zihinsel engelli ya da psikiyatrik teşhis almış kişilerin tehlike ya da risk kavramlarıyla damgalanmalarının önüne geçmesi olacaktır. Örneğin ruh ve sinir hastalıkları ile şiddete yönelimin göstergesi değil. Aslında bu konuda şiddet ile yapılacak bağlantı, toplumsal destek mekanizmalarından yoksun hastaların hayatları boyunca maruz kaldıkları fiziksel ya da sembolik şiddeti göz önüne almalı. Psikiyatrik teşhis almış ya da zihinsel engelli kişiler bağlamında risk ya da tehlikeden bahsedilecekse, hastaların çocukluklarından başlayıp psikiyatrik kurumlarda geçirdikleri günler ve (destek mekanizmalarından yoksun olarak) toplum içinde her gün karşı karşıya kaldıkları risklerden bahsedilmeli. Dışlanmanın engellenmesi, hastaların kendi kaderini tayin etmesi, meslek edinme ve toplumsal yaşama dahil olma gibi yaklaşımlar hastalara yönelik sayısız riski azaltmak için önemli araçlar. Sosyolojik yaklaşımların bu konudaki katkısı, psikiyatrik uzmanlık ile toplum ve birey merkezli tedavi yöntemleri arasında bir köprü oluşturmaktadır.

TÜRKİYE’DE KRONİK RUHSAL HASTALARIN REHABİLİTASYON SÜRECİ VE ÖNERİLER

Dr. Ayla Yazıcı

Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi Koordinatörü

Gündüz Hastanesinin Gerekliliği

Şizofreninin toplumlarda görülme oranının %1 olduğu düşünülürse, ülkemizde sadece şizofreni hastası olan 600-700.000 kişinin varlığından söz edilebilir. Tüm kronik ruhsal hastalığı olan kişileri düşündüğümüzde bu sayının daha artacağını da varsayabiliriz. Türkiye’deki psikiyatri yataklarının sayısı yaklaşık 6.000’dir. Birçok ülkede yatak sayısı düşürülmeye çalışılırken, bizim ülkemizde tersine yatak sayılarının artırılması gerekmektedir. Çünkü bu sayılar ihtiyacı karşılamaktan uzaktır. Bu nedenle ayaktan tedavi hizmetlerine ağırlık vermenin gerekliliği açıktır. Dünyada 1940 yılından bu yana kapalı psikiyatri servislerine seçenek olarak gündüz hastaneleri kurulmaya başlanmış, izleyen yıllarda hastanın topluma yeniden katılımını arttırmayı hedefleyen rehabilitasyon programlarının tedaviye eklenmesi gerekmiştir. Ülkemizde de tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verilmesi, kendi yapımıza uygun modellerin işleve sokulması çok önemlidir. Gündüz Hastanesi ayaktan tedavilerin yapıldığı polikliniklerden farklı olarak psikiyatrik, psikososyal ve uğraşı tedavilerinin düzenlendiği, gereksinimi olan kişilere bu programların bir arada sunulduğu yerlerdir. Bir arada verilmesi amaçlanan tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yakın gözlemi arttırdığı, hastaneye yatış oranlarını azalttığı ve hastalıkta klinik bir düzelme sağladığı belirtilmektedir.

Hastanemizde ise kronik ruhsal hastalıkların tedavisinde 3 yıl öncesine kadar bütün ağırlık genel psikiyatri klinikleri üstündeydi ve neredeyse tümüyle yalnızca farmakolojik tedavi yapılmaktaydı. Şizofreni ve benzeri ağır ruhsal hastalıkları olan kişiler hastalığının alevlenme dönemi tedavi edildikten sonra, er ya da geç topluma geri dönecektir. Ancak bugünkü sistem hastaya toplum-

da yaşamayı onun içinde uyum sağlamayı öğretmemekte ve “dışarıda” yaşamayı beceremeyen kişi tekrar hastaneye yatmaktadır.

Bütün dünyada gündüz hastaneleri bu kısır döngüyü kırmak için ortaya çıkmıştır. Birçok ülke kendi şartlarına göre gündüz hastaneleri-kulüp evler kurmuştur.

Ülkemizde kronik ruhsal hastalığı olan hastalar hastaneden taburcu olduktan sonra hiç hazırlanmadan toplumun içine adeta atılmaktadır. Yine de hastaların giderek azalan yetileri ile kendi toplumsal çevrelerine uyum sağlamaları ve yaşamlarını devam ettirmeleri beklenmekte ve bu durum aynı toplumsal çevreye azalan yetileri ile dahil olmaya çalışan hastalarda hastalığın tekrar nüksetmesi olasılığını arttırmaktadır.

Gündüz hastanesi tam da bu ara dönemde çok gereklidir. Burada geçirilen ara sürede hasta akşam evine gider ancak bütün gününü hastanede geçirir. Hastanede yapılan terapilere, sosyal faaliyetlere, günlük işleyişe katılır. Amaç, hastanın kademeli olarak dış dünyaya uyum sağlamasıdır. Terapilerle hastalık ve belirtileri ile baş etme yetileri kazandırılmaya çalışılırken, rehabilitasyon programları ile de topluma yeniden katılmak için gerekli olan yetiler kazandırılmaya çalışılır.

Kronik psikiyatrik hastalığı olan bu kişiler kendilerine ait olduğunu hissettikleri, yaptıkları katkılardan dolayı kendilerine gereksinim duyulan ve kabul gördükleri, isterlerse ömür boyu gidip gelebilecekleri bir yere ihtiyaç duyar. Böylesi bir yerdeki temel amaçlardan biri kronik psikiyatrik hastalığı olan kişilerin maruz kaldığı arkadaşsızlık, işsizlik, toplumdan yalıtılmışlık gibi sorunların üstesinden gelmektir. Türkiye’de böylesi kişilerin azımsanmayacak kadar çoğu yaşamını hastanede sürdürmektedir ve bu kişilerin toplum içinde yaşayabilir hale gelebilmeleri için rehabilitasyon projeleri gerekmektedir.

Türkiye’de rehabilitasyon çalışmalarının kısa tarihçesi

Türkiye’de rehabilitasyon çalışmaları ilk olarak 1930’lardan sonra Mazhar Osman döneminde başlamıştır. Hastane şehir dışında olduğundan, hastanedeki boş araziler tarıma açılmıştır. Boş alanlara buğday ekme, üzüm bağları yapma ve üzüm toplama; çeşitli sebzeler yetiştirme gibi işlerin tümü hastalar tarafından yapılmış; daha sonra hastanede çalışan eleman yetersizliğinden bazı hastalar hastanede çalıştırılmıştır. 1938 yılında Fransızca ‘mental hijyen’ teriminin karşılığı olarak ‘akıl hıfzısıhha cemiyeti’ kurulmuştur. Bu demek rehabilitasyon çalışmaları için toplantılar yapmış ancak çok başarılı olamamıştır.

1960’lı yıllarda rehabilitasyonla ilgili önemli gelişmeler olmuştur. Hastalara dikiş atölyesi, resim atölyesi, çiçek yetiştirme atölyesi gibi yerler sağlanmış; yıllardır hastanede kalmakta olan kronik hastalar buralarda çalışmışlardır. Bu dönemde hastaneye dışardan hammadde olarak getirilen malzemelerin montajı hastalar tarafından yapılmış ve yarı işlenmiş halde fabrikalara gönderilmiştir. Bu çalışmalarla hastaneye bir gelir sağlanmış; gelirin bir kısmı da hastalara verilmiştir. Dışardan gelen hastalara hizmet veren gündüz hastanesi; toplum içinde hizmet veren ‘ruh sağlığı dispanserleri’, ‘ruh sağlığı merkezleri’ ‘korumalı işyerleri’ ve ‘yariyol evleri’ bu dönemde açılmıştır. Bu hizmetlerin bir kısmı 1980’li yıllara kadar devam etmiştir.

1990’lı yıllarda sivil toplum kuruluşlarının artması ile birlikte hasta ve hasta yakınlarının (özellikle şizofreni hastaları) katılımıyla dernekler kurulmuştur. Bu derneklerde hasta ve ailelere hastalık hakkında eğitimlerin verildiği, 10 -12 seans olarak düzenlenen programlarda yatak toplama, alışveriş yapma gibi gündelik hayat becerilerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Sivil toplum kuruluşlarında ayrıca bilgisayar kursları, resim çalışmaları, boncuk dizme gibi uğraşı eğitimi verilmektedir. Eğitimden geçen hastaların suçluluk hislerinin büyük oranda azaldığı, sorunlarını kolayca başkalarıyla paylaşmaya başladıkları gözlemlenmiştir. Bu ortamlar aynı zamanda hasta yakınlarının da dışarı açıldıkları, bir araya gelip sorunlarını paylaştıkları yerler olmuştur. Dernekler açıldıktan sonra yılda 3-4 yatışı olan kişilerin; derneğe gitmeye başladıktan sonra 7-8 yıldır yatışları olmadan tedavilerini sürdürdüğü gözlenmiştir. İlk olarak İstanbul’da açılan dernek sonrasında, zamanla Anadolu’nun farklı kentlerinde -Ankara, İzmir, Manisa, Antalya, Eskişehir, İzmit, Konya- şizofreni dernekleri açılmıştır. Dernekler devletin yapmadığı işleri yürütmekte, düzenli aralıklarla hasta ve yakınlarının hazırladığı bültenleri yayınlanmaktadır. Yine bu derneklerin girişimleri ile hasta, hasta yakınları ve diğer sağlık profesyonellerini bir araya getiren sempozyumlar, kongreler düzenlenmektedir. Ayrıca stigmatizasyonla (damgalama) mücadele kampanyaları, şizofreni yürüyüşleri yapılmaktadır.

Kısa süre önce Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi’nde rehabilitasyon ünitesi oluşturularak uğraş terapilerine başlanmış, ancak henüz rehabilitasyona yönelik bireysel ve grup çalışmalarına başlanmamıştır. Yine yakın zamanda Elazığ Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi kronik psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireylerin topluma yeniden katılımında önemli bir ihtiyaca yanıt verecek olan “Yariyol Evleri” projesini uygulamaya geçirmiştir.

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi

Nisan 2006'da, hem hastanede yaşamını sürdüren kişiler hem de hastaneden taburcu edildikten sonra dışarda yaşayan kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin rehabilitasyonu için Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi bünyesinde Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi kurulmuştur. Bu merkezde yürütülen temel etkinlikler aşağıda sıralanmıştır:

Dışardan gelen hastalar için: psikososyal beceri grupları, psikoeğitim grupları, uğraşı çalışmaları (seramik, resim, el sanatları, bahçe çalışmaları), sosyal faaliyetler (eğlence saatleri, spor, sinema ve diğer toplu faaliyetler) ve bireysel danışmanlık (iş, eğitim ve barınma sorunları hakkında).

Hasta yakınları için: psikoeğitim grup terapileri, psikodrama grup terapileri.

Genel psikiyatri kliniklerinde halen yatmakta olup kriz dönemi geçmiş olan hastalar için: topluma yeniden kazandırma programları, uğraşı terapileri, spor faaliyetleri.

Kronik servislerde yatan hastalar için: grup terapileri, uğraşı çalışmaları, sosyal faaliyetler ve rehabilitasyon çalışmaları (spor, halk oyunları, tiyatro, montaj, trikotaj, bahçecilik vs.).

Gündüz hastanesi ile şunlar amaçlanmaktaydı:

- Hastaların akut alevlenme olarak nitelenen belirtilerinin önlenmesi, mevcut durumlarının tedaviyle daha iyileştirilmesi ve hastaneye yatışlarının azalması.
- Hastaların toplumda insanlarla iç içe yaşamalarının gerçekleştirilmesi ve kendilerine toplum içinde bir yer bulmalarının sağlanması.
- Hastaların damgalanarak toplum dışına itilmelerinin engellenmesi.
- Hastaların üretkenliklerinin artırılması; çay ocağı, seramik, el sanatları, vs. gibi alanlarda beceri kazandırma ve ürünlerinin gelire dönüştürülmesi.
- Hastaların etkinliklerinin artırılması.
- Hastaların kişisel sorunlarının anlaşılabilir (iş, barınma, ...) gerekli yönlendirmenin yapılması.
- Hastaların işyerlerine yerleştirilerek üretime katkıda bulunmalarının sağlanması.
- Hastaların kendilerini ait hissettikleri, kendi katkılarına olduğu, arkadaşsızlık, yalnızlık, toplumdan yalıtılmışlık gibi duygularını paylaşabilecekleri, gerekirse ömür boyu gidip gelebilecekleri bir yerlerinin olması.

Yaklaşık 3 yıldır faaliyette olan gündüz hastanesinde bugün geldiğimiz noktayı özetlemek gerekirse; hastaların kuruma gelmeye başladıktan sonra atak

sayısında ciddi bir düşüş sağlanmıştır. Bunda hastalıklarını ve kendilerini daha iyi tanımaya başlamalarının ve hastalıklarıyla başetmeyi öğrenmelerinin büyük rolü vardır. Ancak hastaların barınma sorununun çözümü için hiçbir şey yapılamamaktadır. Yine iş sorunları da aynen devam etmektedir. Belli bir rehabilitasyon programını bitirdikten sonra bu insanların yönlendirilebilecekleri herhangi bir iş programı-yaşam yeri yoktur. Aile terapileri konusunda da çok az yol kat edilebilmiştir. Bu alanda eğitilmiş eleman eksikliği ciddi bir sorun oluşturmaktadır.

Değişik illerde küçük çapta başlayan ve bütün ülkeye yayılması gereken rehabilitasyonun amaçlarını aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- Toplumsal yeti yitimini önlemek/azaltmak
- Kronik ruhsal hastalığı olan bireyin sosyal rolünü yerine getirebilmesi için var olan becerilerini geliştirmesine yardım etmek,
- Bireyin yetenek ve kapasitesini güçlendirmek
- Psikolojik ve sosyal uyumunu kolaylaştırmak,
- Daha ileri kayıpları azaltmak,
- Hastanın bireysel bağımsızlığını arttırmak ve başkalarına bağımlılığını azaltmak,
- Hastanın bireysel sorumluluğunu arttırmak
- Bireyin "iyi oluş" duygusunu güçlendirmek,
- Hasta ve aileyi hastalık, baş etme becerilerini vb. içeren alanlarda eğitmek.

Hastaların ihtiyaçlarının karşılanmasında ve rehabilitasyon planlarının oluşturulmasında bireysel durumları göz önüne alınmalıdır. Barınma, yeme, içme, çalışma, özbakım ihtiyaçlarının karşılanabileceği kurumlar oluşturulmalı ve bu kurumların özellikleri şunları içermelidir:

Kesinlikle toplumdan izole, yaşam alanlarının dışında değil; tam tersine toplum içinde mekânlar yapılmalıdır.

Gerektiğinde hastaların gece de kalabileceği ve uzun süre kalabilme olanağının olduğu mekanlar olmalıdır. (Bunlar bölümler halinde olabilir. Gece kalan hastalar, gündüz kullanan hastalar gibi)

Ailesi olan hastalar bile bazı durumlarda hastanın ailesi ile yaşamasının hem hasta hem de aile açısından olumsuz koşullar oluşturabilmesi nedeniyle bu yerlerde barınabilmelidir. (Örneğin gerektiğinde hafta içi burada kalıp hafta sonu ailesi ile kalması gibi) Bu barınma yerleri büyük evler gibi düşünülebilir. İş bölümünün yapıldığı, bazı hastaların çalışmaya gittiği, bazılarının gününü geçirdiği kulüp-evler tarzında düşünülebilir. Hastaların ilaç alımının ve yaşama biçimlerinin kontrol edildiği belirli aralarla profesyonel kişilerin kontrol ettiği yerler olmalıdır. Bu

hastalarda istenç kaybının en önemli belirtilerden biri olması nedeniyle hastaların baskı olmadan yönlendirilmesi çok önemlidir.

Çeşitli iş olanakları yaratılmalıdır. Bu hastaların ekonomik sorunları dikkate alınarak, yaratılacak iş olanaklarının ekonomik getirisi olmasına özen gösterilmelidir. Bu işler yarı zamanlı olmalı, hastayı fazla yormamalı ama dikkatini dış dünyaya yöneltmesi için de yeterli olmalıdır.

Sosyal faaliyetler olmalıdır - spor, uğraşı faaliyetleri gibi.

Hastaların aileleriyle işbirliği yapılmalıdır. Özellikle ülkemizde aile desteği hâlâ çok iyi durumdadır. Bunu hasta için en yararlı hale getirmeye çalışılmalıdır.

Eğitimli psikoterapist sayısı ülkemizde yok denecek kadar azdır. Psikotik hasta grubu ile çalışabilecek uğraş terapistleri, psikoterapistler, sosyal hizmet uzmanlarına çok fazla ihtiyaç vardır. Bu alanda çalışabilecek elemanların eğitilmesi ilgili projelerin en önemli amaçlarından biri olmalıdır.

Pratikte tüm şizofreni hastaları hastalıklarının belli bir döneminde yatarak tedavi görmektedir. Hastanelerin kullanımının azalması asıl olarak ataktan sonra hastanede geçirilen sürenin azalmasına bağlıdır.

Hastaların yalnızca toplum temelli servislere tedavi görebileceğini iddia edemeyiz. Toplum temelli bakım ve hastane bakımı arasındaki dengenin iyi kurulması önemlidir.

Halen hastanede yaşamakta olan ciddi sayıda kronik ruhsal hastalığı olan kişi vardır. Sahip olduğumuz bilgiyi kullanarak bu insanları kontrollü ve dengeli bir şekilde kurum dışına aktarmak için uygun koşulların sağlanması gerekmektedir. Bunun için geliştirilecek olan projelerde; merkezi bir kurum (devlet, yerel yönetimler gibi) tarafından kalite standartlarının kontrolü, amaçlarının genel sağlık politikaları doğrultusunda başarılı koordinasyonu, ve devlet yükümlülüğünün olması, ruh sağlığı çalışanlarının yükümlülüğünün olması, bölgelerdeki otonom psikiyatri bakım verenlerinin yükümlülüğünün olması gereklidir.

Son olarak şizofreni psikiyatrik bakımdaki temel sorumluluğumuz olarak kalacaktır. Şizofreni hastalarının bakımını birincil sıraya oturtmak tüm toplumun etik ve ahlaki sorumluluğudur.

Finansmanın tek başına pazar güçlerine bırakılması uygun değildir. Şizofren hastaların beklediği asgari bakım standartlarının sorumluluğunu devletler üstlenmelidir. Profesyoneller ve gönüllüler toplumu şizofren hastalar için iyi bir bakım hizmetinin gerekli olduğu konusunda bilgilendirmeli ve uyanık tutmalıdır.

OTİSTİKLER ENTEGRASYON KAMPLARI PRATIĞİ ÜZERİNDEN FARKLILIKLARA SAYGI VE ETİK ANLAYIŞIMIZ

Yrd. Doç. Dr. Nevin ERACAR

Otistikler Derneği ve Aura Psikoterapi Merkezi

(Bu başlık altında etik kavramından ne anladığımız, çalışma felsefemiz, sorumluluk ve yükümlülüklerimizin tanımı ve uygulamalar-
daki yansımaları anlatılmaktadır)

Kamplarımızda sağlamaya çalıştığımız etik çerçeveyi tanımlamadan önce genel olarak “etik” kavramından ve bu anlamda mesleğimizle ilgili güçlüklerden söz etmekte yarar var.

Etik kavramını insanlığın ilk işbölümü zamanlarına denk düşen ve işlerin, hizmetlerin paylaşılması, farklı kişilerin farklı işleri, işlevleri üstlenmesi ile başlayan gelişim evrelerine kadar götürebiliriz. Sosyolojik açıdan bakıldığında toprağa yerleşme ile birlikte gelişen ihtiyaçlar yönünde hizmetlerin paylaşılması, iş ve meslek gibi tanımların oluşması, yapılan işlerin hizmet niteliği taşıyıp taşıyamaması, o işleri üretenlerin sorumluluğu, üretilen mal veya hizmetin kalitesi, sunumu, getirisi ve işlevi zamanla gündeme gelmiştir. Üretim karşılığında kazanılan değer, bu değer işlev ve kaliteyi karşılaması ise mal veya hizmeti üretenlerin ve satanların sorumluluk ve yükümlülüğü gibi giderek genişleyen bir kavramlar çerçevesini içermektedir. Bu sorumluluk ve yükümlülükler çağlar içinde hukuk ve yasaların da devreye girmesi ile belirlenmiş, sınırlar ve yaptırımlar oluşmuştur. Bu gelişmeler gerek üretenleri gerekse hizmetten ve üretimden yarar sağlaması beklenen tüketiciyi koruma amaçlıdır.

Maddi ölçütlerle tanımlanabilen mal ve hizmetler için dahi bir hayli ayrıntı ve incelik taşıyan yasaların, hizmet üretimi için belirleyiciliği, sosyal ilişki ve etkileşimleri içeren hizmet alanlarında doğal olarak tam bir koruyuculuk sağlayamaz. Özellikle insan yetiştirme, eğitim, sağlık hizmetleri gibi alanlarda ayrıntılı iş ve hizmet tanımları

yeterince gelişmemiştir, geliştirilebilen tanımlarda da kuram ve yönelim farklılıkları, bu tanımlar için genel geçer ölçütleri sağlayabilme olanağını engeller. Bir öğretmen, bir hekimin, bir terapistin hizmet kalitesi sorumluluğu, en çok kişilik özellikleri, yaşam felsefesi, bilgi ve donanımı kullanabilme yetisi, kişisel gelişmişlik, insani değerlerin yerleşmişliği, ilkeli ve dürüst mesleki kimlik taşıyabilme gibi ölçülere dayanır. İnsan gelişimi ve sağlığı alanlarında eğitim veren kurumların bu insanları yetiştirme programlarına baktığımızda kuramsal bilgi aktarımı ve biraz beceri kazandırma yönünde uygulama, staj benzeri eğitim organizasyonları görürüz. Üniversite eğitimimiz daha çok; bilimsel bilgiyi işleme, akademik araştırmaların tanınması, gerçekleştirilmesi gibi kuramsal düzeyde planlanmış ve yürütülmektedir. Ayrıca akademik ortam denildiğinde hizmetin sunulduğu ortam ve kişilerin pek de akla gelmediği bir yapıdan söz edilmektedir.

Örneğin psikoloji, eğitim bilimleri, özel eğitim gibi alanlarda etkinliği olan fakülte ve yüksek öğrenim kurumlarında öğrenim gören eğitimci veya psikologların okuldan mezun olurken özelleştiği bir uygulama alanı ve bu alanda çalışabilecek mesleki donanımı yoktur. Bir başka deyişle üniversite eğitimi yalnızca bilimsel bilgi ve anlayışı bir ölçüde kazandırabilmekte, ancak mesleki bir yetkinlik sağlamamaktadır. En az dört yıllık olan bu eğitim programlarının mesleki yetkinlik kazandırma veya bu kurumlardan mezun olanlara herhangi bir uygulama becerisi / donanımı kazandıramamış olmasının çeşitli sebepleri vardır. Bize göre bunların başında bu kurumlarda “akademisyen” diye tanımlanan kişilerin akademik unvanları kazanmak için yapmaları gereken sadece belirli ölçüleri taşıyan yayınlarıdır. Yayınların pek çoğu diğer yayınlardan derlenerek oluşur. Araştırmalara yer veren yayınlar da bulunmakla birlikte araştırmalar daha çok gerçek hastalar veya asıl hizmeti alması düşünülen kişiler/gruplar için değil, sağlıklı /normal dediğimiz gruplar üzerinde yapılan inceleme ve taramalara dayanır. Çünkü bu insanlarla yapılan araştırma denemeleri daha kolay ve zahmetsizdir ve özel beceriler gerektirmez. Buradan çıkan sonuç şudur: üniversitede ders veren ve gerek psikoloji ve gerekse eğitim alanlarında çalışacak adayları yetiştiren akademik grup, bu alanlarda nasıl hizmet üretebileceğini bilememektedir. Bu yüzden genç psikologların ve özel eğitimcilerin bilgileri yeterli olsa bile mesleki gelişim ve donanımları çok daha sonra gelişebilecektir. Burada hatırlamamız gereken bir nokta da bilim dalı ve meslek alanının ayırt

edilmesi gerekliliğidir. Meslekler, çoğu zaman birkaç bilim alanını birden ilgilendiren uygulama alanlarıdır. Bilimler ise temel bilimler ve uygulamalı bilimler diye ayrılabilir ki, alanımız (ruh sağlığı, insan yetiştirme, eğitim, öğretim) veya uygulamalı psikoloji veya eğitim hizmetlerinin öğretildiği, bu insanların hizmetleri üretme ortamlarında ve gerçek yaşamın içinde bilgi ve donanımlarını pratiğe geçirme zorlukları olur. Bu zorluklar, yaşamın hiç bir zaman okulda öğrenilemeyeceği gerçeğine dayanır.

İyi niyet(!)lerle hayata atılan genç bir hekim, bir psikolog veya bir öğretmen karşılaştığı mesleki zorluklar karşısında çaresiz ve yalnız kalırsa zaman içinde “tükenme” denilen bir duruma düşer. Tükenme ruhsal ve fiziksel hastalanma risklerini içeren bir tablodur (Olcay Çam). Hafif ve ağır arasında çeşitli düzeyleri vardır. İş ve meslek ortam ve koşullarının da etkili olabildiği bu duruma karşı savunmaların gelişmesi sırasında hizmet kalitesinin düşmesi beklenen bir sonuç olur. Burada; etik anlamda hataların yapılması, hizmet verilen kişilere karşı sorumlulukların unutulması, yükümlülüklerle karşı duyarsızlaşma, yetersizlik hislerini inkar ihtiyacı, giderek öğrenci ve /veya hastayı düşman gibi algılama, öfke ve korku yaşantıları ve sonunda mesleği kötüye kullanım olarak özetleyebileceğimiz süreçten söz etmekteyiz. Bu süreç zamanla gelişir ve kişiler bunu kolayca fark etmeyebilirler. Öfkenin karşı tarafa, “öteki” olarak görmeye başladığı insana (hasta veya öğrenci) zarar verme, onu kendi ihtiyacı için (maddi ve/veya manevi) kullanma hali oldukça tehlikeli savunmalarla savuşturulabilir. Maaşların yetersizliği, bilgilerin gerektirdiğini yapmak, onun yararına çalıştığını iddia etmek gibi profesyonel deformasyonlara rastlarız ve rastlamaktayız.

Kamplarımızda kurulmuş olan çalışma ve hizmet modeli, gerek çalışan gönüllüleri ve gerekse kampçıları (otistikler ve diğer bazı farklı gelişenler) bu tehlikelerden koruma amaçlı olarak düzenlenmiştir.

Öncelikle gönüllü olarak çalışmanın etik çerçevesini belirlemeyi çok önemli bulmaktayız (bkz.gönüllülük ve sosyal sorumluluk). Gönüllülük bir yanı sıra insanlık değerleri açısından pek övgüye değer bir çaba olmakla birlikte bazı etik riskleri de içeren bir kavramdır. Gönüllü diye tanımladığımız kişilerin ürettikleri iş veya hizmet karşılığında herhangi bir maddi değer talepleri yoktur. Ancak kazanım, insani değerler yönünde olacaktır. Ayrıca maddi kazancın olmaması bu in-

sani değerleri katlıyormuş gibi görünebilir. Oysa asıl etik risk taşıyan nokta tam da burasıdır. Hiçbir maddi karşılık beklemeksizin zaman, enerji, dikkat ve emek veren bir insanın bunu neden yaptığını sormak gerekir. Bu soru bazen öfkeyle karşılanıp “iyilik” yapmanın niye bu kadar sorgulandığı üzerine kızgın yanıtların geldiği olmuştur. İyilik ve “yardım” kavramlarının pek çok tehlikeyi akıllardan uzak tutup savuşturduğunu unutmayalım. İşte tam bu noktada hizmetimize gereksinimi olanı, muhtaç ve ezilen konumunda görme ve onun üzerinden çıkar (kariyer, referans, sevap kazanma gibi) sağlama tehlikesinden söz ediyoruz. Kamp çalışmalarımızda bize emanet edilen insanların üzerinden bu tür çıkarların sağlanmasını istemiyoruz. Hemen akla gelebilecek karşı çıkmalar olabilir. “Peki-yi, o zaman böyle zor ve riskli bir çalışmaya niye katılsın bu gönüllüler?” diye sorabiliriz. İşte biz de bunu sorarak başlamaktayız. Gönüllü adaylarımızın yanıtlamak zorunda olduğu, ve belki bu yüzden de gönüllülük talebini geri çekebildiği bu soru, daha işin başında bu işi niçin ve nasıl yapacağımız üzerine etik duruşumuzun tanımı ve karşılıklı kabulünü içeriyor.

Entegrasyon kamplarımızda gönüllü çalışanların beklenti ve kazanımları önceden tanımlanmış çerçevelerde yer alıyor. Burada çerçeve sözü bilerek ve amaçlı olarak kullanılmaktadır. Alana bakış açısı ve felsefemiz, mesleki kuramsal yönelimimiz, çalışma yöntem ve tekniklerimiz, uygulama ve işleyiş sistemiğimiz, görev tanımları ve iş bölümümüz, hiyerarşik yapımız, çerçevemizi oluşturuyor. Kamp sürecinde yaşananlar ve tek tek kişisel yaşantılar ise içerik ve biçimin detaylarıyla gözden geçirilip değerlendirildiği süpervizyon çalışmalarında ele alınıyor

Çalışma etiğimiz, çalışmalarımızın tanımlanan hedeflere uygunluğu yönünde sorguladığımız bir kavram. Tabi ki bu hiçbir zaman içimizi tümüyle rahat kılan bir oturmuşluk gösteremiyor. Zira çalışma ekibinde gelişen değişimler, gönüllülerin sürekli olarak değişmesi, yeni gönüllülerin varolan kadro ve gönüllü grupla kaynaşması ve birlikte hareket edebilmesi için geçirilen aşamalar belirli bir etik düzenin oturmasında zorluklar yaratmaktadır.

Sayılan bu nedenler başta olmak üzere daha pek çok bileşenin işe karıştığı bu karmaşık desende oldukça çetrefil ilişki ve etkileşim dinamikleri de oluşmaktadır.

Yukarıda sözünü ettiğimiz gibi etik duruşumuzu sor-

gulama ihtiyaçları öncelikle sürekli gönüllü değişimi meselesini akla getiriyor.

Gönüllüler Neden Değişiyor?

En başta belirtmek gerekir ki gönüllülerimiz henüz yaşamın üretkenlik yıllarına ulaşmamış gençler. Bir kaç sürekli gönüllümüz dışında çoğunlukla öğrenci veya yeni mezun meslektaşlarımız. Sürekli bir işte çalışmaya başlamak, yurt dışına gitmiş olmak, akademik çalışmalarını farklı alanlarda sürdürme kararı almış olmak, evlenmiş, ev ve ebeveyn sorumluluklarını taşımaya başlamış olmak gibi gönüllü hizmetlerden vazgeçmek için sayabileceğimiz somut, nesnel nedenler olabiliyor.

Bu nedenlerin dışında da çalışma felsefemizi beğenmememe, oryantasyon farklılıkları (kuramsal seçimler, benimsenen teknik, yöntem ve uygulamalar), yorgunluk ve motivasyon kaybı, aradığını bulamama gibi kişiselleştirebileceğimiz pek çok nedenle gönüllüler hiçbir zaman sürekli olamıyorlar. Belki bazen yapılan işin, üretilen hizmetin ciddiyeti de usandırıcı olabiliyor. Daha hafif ve sorgulamasız hizmetleri tercih edenler için fazla zorlayıcı olabiliyor etik tutumlarımız.

Ayrıca otistiklerle çalışma ve özellikle kamp projeleri en az bir haftalık sürelerde ve gece gündüz birlikte yaşamayı gerektirmesi bakımından da zorlayıcı gelebiliyor gönüllülere.

Hangi nedenle olursa olsun gönüllülerin değişimi varolan yapıda iç denge ve etkileşim dinamiklerinin değişmesine yol açıyor. Yeni katılanlar, eskiler, en eskiler... Bir anda yepyeni bir grup çıkıyor ortaya ve tabi ki bu yeni yapıyı yeniden örgütlemek gerekiyor. Eski ve deneyimli olanlara düşen görev ve sorumluluklar var kuşkusuz. Bir tür kurum kültürü diyebileceğimiz birikimi yeni gönüllülere aktarmak ve yaşatmak.

Ancak hepsi yetişme çağlarında olan bu gençler aktarımda her zaman yeterince duyarlı ve etkin olamayabiliyorlar. Bu değişimlerin ve aktarımların da sürekli izlenmesi ve düzenlenmesi gerekiyor. Tabi ki tüm bu uğraşlar yine etik kaygılar yüzünden bu denli titizlik gerektiriyor. Kendi haklarını koruma ve kollama konusunda normal denilenler kadar yetkin ve şanslı olmayan insanların korunması adına duyulan sorumlulukla.

Yukarıda gönüllü kavramının kısaca tartışıldığını hatırlarsak gönüllülüğü belki tam ve doğru bir tanımla

anlamaya çalışmak gerekecektir. Akla en kolay gelen gönüllünün maddi veya manevi bir çıkar beklemediğini düşünürken oluyor. Ancak titizlikle düşününce bunun insan doğasına, hatta canlı doğasına aykırı olduğunu görmemek imkansız. Biz bu durumda gönüllünün de hizmeti karşılığında bir şey kazanmasını tercih ediyoruz. Bu kazanım yine mesleki anlamda beceri, deneyim ve formasyon edinme yönünde olmalı diye düşünüyoruz. Tanımlanmamış niyetler, iyilik yapma ve yardımseverlik gibi nedenler yerine yine bu insanların hizmet kalitesini artırma hedefli bir eğitim süreci olarak görmeyi yeğliyoruz. Bu nedenle katılımcı gönüllülerimiz kamp öncesinde sistemli bir eğitimle yetiştiriliyor ve çalışma boyunca da süpervizyon alıyorlar. Çalışmayı başarı ile tamamlamış olanlar sonunda bu hizmetin kapsamını ve kazandırdığı nitelikleri içeren bir sertifika/belge alıyorlar.

Ayrıca psikoloji bilimi ve uygulamalı psikoloji hizmetlerinde ortaya çıkan yeni gelişmeler, bilimsel araştırma sonuçlarının hizmet hedeflerimizle buluşabilmesi için gereken düzenlemeler de çalışmamızın etik yeterlilik ve işlevsellik adına yeniden gözden geçirilmesini gerektiriyor. Bu yüzden eğitimci ve terapistlerimizi, yetiştirme süreci içinde eğitim çerçevemiz her zaman etik kavramları sorgulama boyutunu da içermektedir.

İzinler, Kontratlar, Sözleşmeler...

Yapmakta olduğumuz iş, üretmeye çalıştığımız hizmet, her iki tarafın rızasını gerektiren bir hizmettir. Yetişkinler psikoloji, psikoterapi hizmetlerini kendi rızaları ile alırlar. Çocuklar için de kısmi olarak geçerlidir bu. Gerek çocuk, gerekse yetişkin, uygulamalı bir psikoloji hizmeti alacağı zaman bunu kabul edip etmediği üzerine bazı konuşmalar ve karşılıklı anlaşmalar söz konusudur. (Koopere etme) işbirliğine girme diye tanımlanan bu karşılıklılık, verilen hizmetin hedefine ulaşabilmesi için ön koşuldur. Çocuklar için ailelerinin talep ettiği psikoterapi ve benzeri çalışmalarda kimi zaman ihmale uğrayabilen bu anlaşma ve kontrat aşaması özellikle engelli, özürlü diye sınıflanan grup ve kişiler için haydi haydi gözden kaçmaktadır. Özellikle de sözlü dili iletişim aracı olarak kullanmayan otistiklere seçimleri hiç bir zaman sorulmaz. Ancak iyi bir gözlemci iseniz otistiğin seçimlerini, kabul ve redlerini görmezden gelemezsiniz. Kendisine sunulan hizmet veya uygulamaları beğenip onaylıyorsa, bunu istediğini ve/veya tam tersini onun tepkilerinden anlamak çok kolaydır. Beden ve yüz ifa-

desi apaçıktır. Zorladığınızda da tepkisi şiddetli olacaktır (gerçi bu şiddet genellikle onun haklı ve doğal tepkisi değil de saldırganlık gibi yorumlanmaktadır). Çoğu zaman onun gerçek ihtiyaçlarını göz ardı eden ve yetişkinlerin veya kültürel koşullarının belirlediği bazı eğitim zorlamalarına maruz kaldığında tepkisini bir yolla (kendi sınırları içerisinde) dışa vurması ve bunun ne denli açık bir iletişimi olduğu çoğunlukla farkedilmez. Yani karşılıklı anlaşma zorunluluğu unutulmuş zorlamalar ve dayatmalar yapılır. İşte etik duyarlılığımız tam bu noktaya denk düşmektedir. Bizler, hizmet verdiklerimiz otistik de olsa onun istek, arzu, talep ve rızasını önemli buluyoruz ve bu yüzden tüm tepkileri çok ciddiye alıyoruz.

Kamplarımızda gerçekleşen uygulamaların izlerini de kamp katılımcısı otistiklerden apaçık almakta olduğumuzu hemen belirtelim.

Yine tam burada belki pek çok mesleki uygulama ve uygulamacıdan ayrıldığımız noktaya geldik. Çoğunluk, otistiğin bunları ve pek çok şeyi anlamadığını sanır ve iddia eder. Oysa otistiğin neyi anlayıp neyi anlamadığını ayırdedecek herhangi bir nesnel ölçütümüz henüz yoktur. Ayrıca normal sayılanların eğitim ve tedavilerinde isteksizlikleri (motivasyon meseleleri olarak) ciddiye alınırken bunun da kişisel bir tercih olduğu ve bazı ihtiyaçların sıralanması ile ilgili olduğu unutulabilmektedir.

Otistikler ve diğer farklı gelişenlerin eğitim ve tedavileri için geliştirdiğimiz gelişimsel modelin de dayandığı temel prensip budur. Unutmayalım, tüm varlıklar sürekli olarak ihtiyaçlarına doğru hareket ederler. Bütün mesele onların ihtiyaçları ile sosyal hayatın gereklilikleri arasında doğru bir köprü kurmaktır.

2005 yılında onbirincisini tamamladığımız kamplar ve gününbirlik entegrasyon buluşmalarında otistikler ve ailelerinden aldığımız geri bildirimler, otistiklerin bu etkinliklere büyük bir istek ve coşku ile geldikleri yönünde. Buradan çıkaracağımız sonuç şudur ki bu insanlar bu ortamda ihtiyaçlarıyla ters düşen bir yaşantı içinde olmuyorlar. Bu da bu hizmeti kendi iradeleriyle kabul ettikleri anlamına gelmektedir.

Etik, hizmetin ihtiyaç ve talebe uygunluğu ve işlevselliği olarak tanımlandığında, hizmeti alanların istem ve izinleri kadar, hizmeti üretenlerin de bu hizmetin tanımlandığı bir söz vermeleri gerekir. Bir tür anlaş-

ma, veya kontrat anlamını taşıyan bu karşılıklı sözleşmeyi çalışmalarımız için vazgeçilmez buluyoruz. Kamplarda görev alan tüm gönüllülerimiz, çalışmanın ilkelerini, içerik, program, etkileşim sistemi, ilişki ve iletişim özelliklerini belirleyen bir yazılı sözleşmeyi imzalamak suretiyle gerek otistiklere, gerekse bu çalışmayı planlayan bizlere (Otistikler Derneği ve Aura ve Psikoterapi Merkezi) karşı yükümlülüklerini ve sorumluluklarını kabul etmiş, onaylamış oluyorlar.

Çalışmaların böyle çerçevelerle belirlenmiş olması bizler için özellikle önem taşımakta. Otistikler, aileleri aracılığı ile bize teslim ediliyorlar. Kurumsal kimliğimiz ve misyonumuza olan güvene dayalı bir sorumluluk yüklenmiş oluyoruz. Bu hizmetin kimler tarafından ve nasıl üretilip sunulduğu da aslında bizim sorumluluğumuz. Bu yüzden gerek gönüllü seçimi ve eğitimi, gerekse operasyonun gerçekleşmesi en küçük bir ihmal olasılığını dahi kaldırmayacak kadar önem verdiğimiz bir programla yürütülüyor. Bu denli sıkı önlemleri içeren bir çalışma deseni eğitim ve hazırlık sırasında bazı gönüllüleri yıldırıp vazgeçmelerine neden olabilmektedir. Böylece çok kişiye eğitim verip az kişi ile çalışmak zorunda kalabilmekteyiz. Ancak bu etik anlayışımıza uygun düşmeyen kişilik özelliklerine sahip olanların yol yakinken ayrılması anlamına da gelmektedir. Bunu göze almak gerektiğini kabul ediyoruz ancak yine aynı sebeple hizmet verebildiğimiz otistik sayısı da azalabiliyor. Uygun nitelikte ve sayıda çalışmacı ile yola çıkma zorunluluğu, bu sınırlamayı da zorunlu kılabilir.

Çevre ve Gönüllü Etkileşimleri

Alınan bütün etik önlemlere karşın yine de çalışmalar sırasında karşılaştığımız pek çok sorun var. Bunlardan etkileşimler başlığı altında toplayabildiklerimiz kampların gerçekleştirdiği ortamdaki diğer insanlarla ve gönüllülerin birbirleriyle olan etkileşimlerdir. Özellikle entegrasyon (kaynaşma ve farklı olanla birlikte yaşam) kavramını hareket noktası olarak belirlediğimiz kamplarda yaşanacak etkileşimler, doğrudan hedeflediğimiz ilişki biçimlerinin ve geliştirmeye çalıştığımız misyon ve yaratmaya çalıştığımız sosyal değişim vizyonunun asıl temelidir. Toplumun kendine benzemeyeni dışlayıp uzak tutma alışkanlıklarına karşı duruş olarak tasarlanan bu kamplarda gönüllülerin otistiklerle yarattığı ortam ve ilişki biçimleri, çevredeki diğer insanlara bazı önemli mesajları ulaştırmaktadır.

Gönüllülerin otistiklerle kurduğu ilişki biçimi, ilgi ve

bakım niteliği, ekibin birbiriyle iletişimi günlük yaşamda sık karşılaştığımız bir biçim değil aslında. Bu sistemli ekip çalışmasının yarattığı etkiler insanların gözünden de kaçmamaktadır.

Kampların yapıldığı mekanlarda aynı zamanda tatillerini geçiren insanlar, bu sahnelerle karşılaşarak üzerine düşünceler geliştirmekte, akıllarına takılan soruları bazen kendi aralarında konuşup bazen de bizlerle danışmanlar ve gönüllülerle paylaşmayı arzu etmektedirler.

Ortamin niteliği, çevredeki diğer insanların merakı, ilgisi, çok geniş bir yelpazede değerlendirilebilir. Bazen yaptığımız işin, verdiğimiz hizmetin nitelik ve içeriğini anlayıp takdir eden insanlarla karşılaşmaktayız doğrusu. Ancak çevredeki insan profili toplumumuzun pek çok özelliğini de taşıyor ve bu etkileşimler taşınması bazen zor olabilen durumlar da yaratabiliyor.

Acıma, korku, merak, şaşkınlık gibi duyguların yön verdiğini düşündüğümüz çeşitli tepkiler almaktayız. Bu tepkiler bazen içten ve duyarlı, saygılı olabildiği gibi bazen de belki samimi ama acemice veya beceriksizce ve hatta saygısızca olabiliyor. Tam çalışma sırasında otistik çocuğun da (veya gencin) duyacağı biçimde onun hakkında bir soru sorabiliyorlar, veya kendi yakınlarından birine ait bir benzerliği dile getirip akıl almak isteyebiliyorlar (Otobüste de doktor bulunca hemen bir yakınmasını dile getiren insanlar vardır ya). Korku ve merakla sanki iradesi olmayan birinden söz ediyormuşcasına konuşmalar yapabiliyorlar.

Yaşama dair henüz yeterince deneyimi olmayan genç gönüllülerimizi oldukça zorlayan bu etkileşimler hakkında önceden önlem almak gerekiyor. Nasıl cevap verecekler, nelere cevap vermek gerekir, verilecek karşılığın mutlaka cevap olması gerekir mi, bütün bunlar hakkında tercih ettiğimiz ortak tutum şu oluyor: gönüllü çalışmacımız, nazikçe şu an çalışma içerisinde olduğunu ve bu tür sorulara yanıt verme yetkisi, izni olmadığını, eğer isterlerse danışmanlarımızdan bilgi alabileceklerini iletiyorlar bu kişilere. Buradaki kaygımız, otistiği onur açısından korumak yanında toplumun merak ve ilgisini de dışlamamak gibi nedenlere dayanıyor. Yanıtlama biçimimiz de etik anlayışımızın bir yansıtıcısı olarak bazı mesajları içeriyor böylece.

Gönüllülerin birbirleriyle etkileşimleri de yine çalışma

desenimizin önemli bir parçası. Yaratılan ortamın içtenlik ve sıcaklığı, gerçekliği, otistik dostlarımızın kendilerini iyi ve güvende hissetmelerini sağlayan unsurlar. Dahası eğlenceli ama ciddi bir ortam, hem güven ve hem de keyif veriyor. Kendilerini bizlerle birlikte hareket etme, program içerik ve saatlerine uyum sağlama, yaratılan çerçeveye göre davranma gibi kurallara daha kolay teslim ediyorlar.

Sosyalleşmenin asıl sorun olduğunu bildiğimiz otizm süreci için oldukça şaşırtıcı olan bu teslimiyet, öncelikle sağlanan bu güvene dayanıyor. Bunun yanı sıra öğrenme süreçlerini de tetikleyen eğlenceli oyunlarla pek çok değişim ve gelişim adımı programlı olarak hedefleniyor. Kampa katılan otistikler, kurallara ödül veya ceza pekiştiricileri olmaksızın uymaktalar.

Zira koşulsuz kabul ve saygı sosyalleşme için kendiliğinden pekiştirici bir rol oynuyor. Böylece ekip çoğunlukla birlikte hareket ediyor.

İş bölümü ve işbirliği, bu birlikteliğin önemli araçları. Her otistik kampçının iki gönüllü kamp arkadaşı var. Böylece kampın en küçük sosyal birimi üç kişilik ekiplerden oluşuyor. Kamplarda genellikle iki veya üç genç danışman ve bir de baş danışman var. Gönüllüler, herhangi bir soru veya sorun için öncelikle kendi bağlı oldukları genç danışmana başvuruyorlar. Genç danışmanlar gerekli önlemleri veya çareleri yerinde ve zamanında kendileri üretiyor, ancak tüm konuları baş danışmanla da paylaşıyorlar ve kamp ekibinin yatay ve dikey iletişim şeması bu şekilde işliyor.

Elbette gönüllüler arası etkileşimlerden doğan sorunlar da yaşanıyor zaman zaman.. Bunlar bazen yakın durmak zorunda olan kişilerin birbirinden pek hoşnut kalmaması, bazen de ekip bütünlüğünü bozacak kadar hoşnut kalması şeklinde olabiliyor. Kabul edilmesi gerekiyor ki çalıştığımız insanların genç yaşta olmalarının sayısız faydaları var. Bu hizmet için gereken koşullar dinamik, hareketli, enerjik, dikkatli, atak ve çalışkan bir ekip. Ancak aynı insanlar yaşamlarının duygusal açıdan da hareketli olduğu bir dönemi yaşamaktalar. Benzer felsefe ve yaşam ahlakını benimsemiş olan karşı cins yaşlıları ile de belki ilk kez bu ortamda karşılaşılıyorlar. Duygusal yakınlaşma eğilimleri olabiliyor. Elbette bunun bizim için ahlaki bir sorun oluşturduğunu düşünmüyoruz. Bizi zorlayan taraf, dikkatin karşı cins etkileşimlerine kayması sonucu ortaya çıkabilecek görev ihmal ve ihlallerinin olabilmesi. Zira bu tam

da etik duyarlılığımızın doruk noktasını belirleyen otistikler üzerinden kendine manevi çıkar sağlama anlamına geliyor. Kendi ihtiyaçlarını arka plana atabilmek ve işini, servis veya hizmet ürettiği kişilerin ihtiyaçlarına duyarlılık içinde yapma sorumluluğunu öğrenme şansı tam bu noktada doğuyor. Bu önemli deneyim mesleki yaşamın en başında değerli bir öğrenme şansı sağlamaktadır aslında!

Gönüllülerimizi en çok bu konuya hassas bir şekilde hazırlamaya çalışıyoruz. Bu tür etkilenmeleri kamp sonrasına taşımaya söz verip başlıyorlar hizmete. (Ve bu kısmı bizi doğrudan ilgilendirmese de duygularının gerçekliğini sonradan test etme olanağını da bulmuş oluyorlar bizce. Zira bu ortamın büyüleyici etkisi günlük yaşama uzanamayabiliyor).

PROJE DEĞERLENDİRME ÇALIŞMASI

Psikiyatrik teşhis almış ve zihinsel engelli bireylerin

Haklarının Tanınması ve Toplumsal Yaşama Tam

Katılımına Yönelik Proje'nin genel olarak

değerlendirilmesi ve proje kapsamında gerçekleştirilen

etkinliklerin etkisini ölçmek ve RUSİHAK'ın bundan son-

raki çalışmalarına yol gösterecek geri bildirimlere

ulaşmak amacıyla bir değerlendirme çalışması

yapılmıştır. Projenin uygulanması tamamlandıktan sonra,

proje kapsamında ziyaret edilen illerde temasa geçilen

ve proje etkinliklerine katılmış olan kişilerle

değerlendirme amaçlı telefon görüşmeleri gerçekleştiril-

miştir. Görüşmelerin tarafsız olmasını sağlamak amacıyla

RUSİHAK üyesi olmayan kişiler arasından seçilen iki

klinik psikolog ve bir avukattan oluşan bir değerlendirme

ekibi kurulmuştur. Değerlendirme kapsamında, her ilden

yönetici kadro, kurum çalışanı, yuvarlak masa

toplantılarına katılan resmi kurum temsilcileri, sorunu

bizzat yaşayan kişiler ve yakınlarından oluşan hedef

grupların her birinden en az bir kişi olmak üzere, ziyaret

edilen her bölgeden toplam 6 kişi ile, yani toplam 36

kişi ile ortalama 10'ar dakikalık telefon görüşmeleri

gerçekleştirilmiştir. Değerlendirme sonuçları kişilerin

kimlikleri gizli tutularak raporlanmıştır.

Görüşmelerde aşağıdaki konular öne çıkmıştır:

- Kurum koşullarına ilişkin izleme-değerlendirme çalışması Türkiye'de ilk defa yerel bir STK tarafından gerçekleştirildiğinden, bu çalışma ile ilgili farklı tepkiler olmuştur. SHÇEK ve ruh sağlığı kurumlarının projeye ilişkin değerlendirmeleri belirgin bir fark sergilemektedir. Ruh sağlığı hastanelerinin yönetici ve çalışanları RUSİHAK ve projenin Türkiye'de önemli bir boşluğu doldurduğunu ve ruh sağlığı alanında insan hakları perspektifini yerleştirmek açısından oldukça önemli olduğunu belirtirken, SHÇEK kurum yöneticisi ve çalışanlarının izleme-değerlendirme çalışmasına ilişkin olarak, olumsuz eleştirilerin daha çok akılda kaldığı ve

kurumları kötüleme amaçlı bir çalışma olduğunu düşündükleri ortaya çıkmıştır. Ruh sağlığı hastanelerinin yönetici ve çalışanları bu çalışmanın düzenli olarak gerçekleştirilmesinin faydalı olabileceğini belirtirken, SHÇEK yönetici ve çalışanları kurumların olumlu taraflarının vurgulandığı çalışmalar yapılması gerektiğini belirtmiştir. Özellikle SHÇEK kurum çalışanlarının projeye ilgili fikir ve değerlendirmelerini paylaşmak konusunda ciddi bir çekinme ve tedirginlik yaşadıkları gözlemlenmiştir.

- RUSİHAK'ın kurumlarda geçirdiği sürenin kısa olduğu, daha uzun süreli ve düzenli çalışmaların daha sağlıklı olacağı belirtilmiştir. Genel bir geri bildirim olarak özellikle ruh sağlığı kurumlarının yöneticileri ve çalışanları, devlet kurumları ile STK'lar arasında bu tür ortak çalışmaların daha sık gerçekleşmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

- Projenin ardından ruh sağlığı hastanelerinde servislerin koşulları, hasta hakları birimlerinin işleyişi gibi konularda birtakım somut iyileştirmeler gerçekleşmiştir.

- Kurum çalışanlarının kurumlarda gerçekleştirilen bilgilendirme ve paylaşıma dayalı etkinliklerden oldukça memnun kaldığı görülmüştür. Özellikle dünyadaki iyi örnekler konusunda bilgi sahibi olmanın ve farklı rehabilitasyon yöntemleri öğrenmenin kendileri için önemli olduğunu, bunun umut ve motivasyonlarını arttırdığını belirtmişler, çalışanlarla bu tür eğitim-süpervizyon çalışmalarının düzenli olarak yapılmasının önemini vurgulamışlardır.

- Sorunu bizzat yaşayan kişiler ve yakınları proje kapsamında dinlendiklerini, seslerinin duyulduğunu ve ciddiye alındıklarını hissettiklerini belirtmiş, bunun kendilerini şaşırtan alışık olmadıkları bir muamele olduğunu özellikle vurgulamışlardır. Ziyaretlerin ardından RUSİHAK'ın kendileriyle irtibatı koparmamış olmasının çalışmaya güvenlerini özellikle arttırdığını da eklemişlerdir. Sorunu bizzat yaşayan grupların belirttiği bir diğer konu, resmi kurum temsilcileriyle eşit bir platformda konuşabilmenin kendilerini güçlendirdiği yönünde bir etki yarattığı olmuştur.

- Yuvarlak masa toplantılarına katılan resmi kurum temsilcilerinin bir kısmı çalışmayı hatırlamakta güçlük

çekerken, bir kısmı yerel bazda konuya dikkat çekmek ve işbirliği olanaklarının önünü açmak açısından projeyi başarılı bulduklarını belirtmişlerdir.

Proje değerlendirme çalışmamıza katılarak görüş, eleştiri ve önerilerini bizimle paylaşan herkese teşekkür eder, RUSİHAK olarak çalışma ilkelerimiz ve amaçlarımız dahilinde olduğu sürece tüm görüş, eleştiri ve önerilerin bundan sonraki çalışmalarımızı zenginleştireceğini düşündüğümüzü belirtmek isteriz.

SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

Bu raporun dayandığı proje, akıl ve ruh sağlığı alanında gerçekleştirilmiş ilk sistematik ve kapsamlı sivil izleme çalışmasıdır. Söz konusu çalışma, psikiyatrik teşhisi ve zihinsel engeli bulunan kişilerin toplumsal yaşama katılım konusunda çeşitli engellerle karşı karşıya olduğunu gözler önüne sermektedir. Bu bireyler ciddi bir sosyal dışlanmayla karşı karşıyadır. Hemen hepsi yıllarca kurumlarda tedavi görmekte, toplumsal yaşama katılımında özellikle damgalama ve ayrımcılıktan kaynaklanan engellerle karşılaşmaktadır. Sosyal dışlanma ve yoksulluktan en çok etkilenenler ise çoğunlukla ömür boyu kurumlarda ya da sokaklarda yaşamaktadır.

Projenin gerek kurumlar içerisindeki, gerekse toplumsal yaşamdaki mevcut duruma ilişkin çıktıları bir kez daha göstermektedir ki, akıl ve ruh sağlığı alanında köklü bir reforma ihtiyaç vardır. Söz konusu reform:

İhtiyaç odaklı olmalıdır, çünkü insanların temel motivasyonu ihtiyaçlarının giderilmesidir. Kişinin sadece hizmet verenin algıladığı-doğru bildiği “ihtiyaçları” değil, kendisinin algıladığı ihtiyaçlarının merkezde olması, sorunların daha kolay çözümlenmesini ve karşılıklı iletişimin daha da güçlenmesini sağlayacaktır.

Hak-temelli olmayı teşvik etmelidir; çünkü sosyal dışlanma ancak kişinin temel haklarının, sosyal ve ekonomik haklarının garanti altına alınabilmesi ile önlenebilecektir ve sosyal dışlanmaya maruz kalan her grup için olduğu gibi psikiyatrik teşhisi ve zihinsel engeli bulunan kişiler de böylece eşit vatandaşlar olarak toplumsal yaşama katılabilecektir. En azından toplumsal yaşama katılımının önündeki engeller bu şekilde ortadan kaldırılabilecektir.

Toplum içinde olmak, hem temel bir insani hak, hem de tedavi-rehabilitasyon hizmetlerinin gerçekten işe yaraması için artık vazgeçilmez olduğu kabul edilen, Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesinde belirtil- diği gibi bir insan hakkıdır.

İnsan-merkezli olmalıdır, çünkü her bir birey farklıdır, hastalık adları aynı olsa da, yaşadıkları ve ihtiyaçları farklı olacaktır. Bu farklılıkları dikkate almayan bir hizmet sistemi, mutlaka birilerini dışarıda bırakacak, sunulan hizmetler ile ihtiyaçlar örtüşmeyecek, dolayısıyla ihtiyaçları karşılamakta kaçınılmaz olarak yetersiz kalacaktır. Sunulan hizmetlerin kişiye ve onun ihtiyaçlarına özel planlanması ve uygulanması ise hizmetten faydalanan kişilerin de hizmet sağlayan çalışanların da tatminini yükseltecektir.

Yenilikçi ve yaratıcı bir yaklaşım, sürekli değişen toplumsal yapının ve buna uygun şekillenen insani ihtiyaçların karşılanmasında esneklik getirecektir. Projemizde, varolan hiyerarşik yapıyı ve kuralları korumak adına kişilerin dikkate alınmamasının hem çalışanları hem de hizmet alanları karşı karşıya getirdiğini pek çok kez gördük. Bunun yerine, belli standartlar çerçevesinde kurumların ve kişilerin özerkliğinin tanınması pek çok sorunu ortadan kaldırabilir.

Acil çözümler olmalıdır, çünkü, yıllardır göz ardı edilen bu kesimlerin etkilediği kişi sayısı, teşhis almış kişileri, yakınlarını ve onlara hizmet verenleri dikkate aldığımızda neredeyse nüfusun üçte birini etkilemektedir. Hem sorundan etkilenen kişilerin rahatlaması hem de bu sorunların yeni bireyleri etkilemesini önleme anlamında acilen somut adımlar atılmalıdır.

Çok-boyutlu olmalıdır, çünkü psikiyatrik teşhisi ve zihinsel engeli bulunan kişilerin ihtiyaçları, tek bir kurumun karşılayamayacağı kadar çok boyutludur. Hizmetten faydalanan ve hizmet sağlayan kesimlerin yaşadıkları göstermektedir ki, bağımsız yaşama, barınma, tedavi, eğitim, istihdam olanaklarını içeren yaygın, ulaşılabilir ve çok boyutlu destek sistemlerine ihtiyaç vardır.

Yukarıda vurgulanan yaklaşımları özümsemiş bir hizmet sistemi, merkezine ulaşılabilirlik ve katılım ilkelerini yerleştiren toplum-temelli bir yaklaşımı gerektirmektedir. Çünkü toplum-temelli yaklaşım, hizmetlerin ulaşılabilir olmasının yanı sıra hizmet alan kesimlerin izleme, uygulama ve değerlendirme süreçlerinde aktif katılımını, onların bireyselliğine saygıyı öngörmektedir.

Dünyada ve Türkiye’de yola böyle çıkmasa da uygulanış biçimiyle ve sonuçları itibarıyla bu ilkeleri de hayata geçirebilen iyi örnekler yok değildir.

Umuyoruz ki bu çalışmada yer alan tespit ve öneriler, yukarıda özetlemeye çalıştığımız yaklaşımları benimsemiş, dolayısıyla hizmetten faydalanan ve hizmet sağlayan kesimlerin ihtiyaçlarını daha iyi karşılayabilen bir hizmet sisteminin hayata geçirilmesinde ve mevcut engellerin kaldırılması yönünde somut adımların atılmasına bir katkı sağlar.

Psikiyatrik teşhisi ve zihinsel engeli bulunan tüm bireylerin yaşamın her alanına aktif ve eşit katılımının mümkün olduğu bir gelecek dileğiyle...

Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği

RAPORU

HAZIRLAYANLAR

Şehnaz Layıkel:

Boğaziçi Üniversitesi İşletme Bölümü'nden mezun olduktan sonra, özellikle çocuk, kadın ve travma alanlarında çalışmalar yürüten çeşitli STK'larda gönüllü ve profesyonel olarak çalışmıştır. 2001-2002 yılları arasında New York Üniversitesi Uluslararası Travma Çalışmaları Programı'na katılmış, 2004-2005 yılları arasında Boğaziçi Üniversitesi'nde Psikoloji Bilimsel Hazırlık derslerini tamamladıktan sonra, 2005-2008 yılları arasında İstanbul Bilgi Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı'nı tamamlamıştır. 2003-2006 yılları arasında Mental Disability Rights International'ın Türkiye temsilciliğini yapmıştır. Şizofreni Dostları Derneği üyesidir. Ailesinde psikiyatrik teşhis almış bireyler bulunmaktadır. RUSİHAK'ın kurucu üyelerindendir ve başkan yardımcısıdır. Projenin tasarımında, koordinasyonunda ve özellikle kurum izleme çalışmalarında yer almıştır.

Nilay Kacar:

Çevirmendir. Özellikle kadın hakları ile ilgili çalışmalarda gönüllü olarak yer almıştır. Ailesinde zihinsel engeli olan bir birey bulunmaktadır. RUSİHAK'ın kurucu üyelerindendir ve yönetim kurulu üyesidir. Projenin özellikle kurum inceleme ve yazılı materyal hazırlama kısımlarında yer almıştır.

Fatma Zengin Dağıdır:

Boğaziçi Üniversitesi Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bölümü'nde 1994 yılında lisans diplomasını, 1999 yılında yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır. Anne Çocuk Eğitim Vakfı'nın İşlevsel Yetişkin Okuryazarlığı Programı'nda program geliştirme ve eğitim uzmanı olarak, Kayışdağı Darülaceze Tesisleri'nde psikolojik danışman olarak çalışmıştır. Devlet okullarında ve özel okullarda psikolojik danışman olarak çalışmıştır. Ailesinde psikiyatrik teşhis almış bireyler bulunmaktadır. RUSİHAK'ın yönetim kurulu üyesidir. Projenin koordinasyonunu yürütmüştür.

Mesut Demirdoğan:

2000 yılından bu yana Şizofreni Dostları Derneği'nde yöneticilik yapmaktadır. Beyoğlu Kaymakamlığı İnsan Hakları Kurulu üyesidir. 22 yıldır şizofreni teşhisi ile yaşamakta ve tedavi görmektedir. RUSİHAK'ın kurucu üyelerindendir ve yönetim kurulu başkanıdır. Projenin koordinasyonunu yürütmüştür.

Can İlbey:

2006-2008 yılları arasında İstanbul Teknik Üniversitesi Bilim Toplum Teknoloji Yüksek Lisans Programını tamamlamıştır. Ailesinde psikiyatrik teşhis almış bir birey bulunmaktadır. RUSİHAK'ın kurucu üyelerindendir ve halen aktif üyesidir. Projenin özellikle medyayla ilişkiler kısmında yer almıştır.

Nalan Erkem:

Ceza avukatıdır. İzmir Barosu'na kayıtlı olarak çalışmaktadır. 2002-2004 yılları arasında İzmir Barosu'nda yöneticilik yapmıştır. 2001-2004 yılları arasında İzmir Barosu İşkenceyi Önleme Grubu koordinatörlüğünü yürütmüştür. İşkenceye karşı rehber metinler hazırlamıştır. Çocuk hakları savunucusudur. Çocuk ve yetişkin cezaevleri gibi tutumla mekânlarında izleme çalışmalarında yer almıştır. Projede özellikle kurumlardaki tutulma koşullarının izlenmesi konusunda çalışmıştır.

Gülçin Aktunç Hasipek:

İzmir Barosu'na kayıtlı avukattır. İzmir Barosu'nda CMUK müdafii olarak çalışmaktadır. İnsan Hakları Gündemi Derneği üyesidir. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin iç hukukta uygulanmasına ilişkin avukat eğitimleri ve öğretmenlere yönelik insan hakları eğitimleri gerçekleştirmektedir. Projede özellikle sorunu bizzat yaşayan gruplara yönelik haklar eğitimlerinde eğitmen olarak yer almıştır.

Özlem Yılmaz:

İzmir Barosu'na kayıtlı avukattır. 2002-2004 yılları arasında İzmir Barosu'nda yönetim kurulu üyesi yapmıştır. 1998 yılından bu yana insan hakları alanında çalışmaktadır. İnsan Hakları Gündemi Derneği'nin kurucu üyelerindendir ve yönetim kurulu üyesidir. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin iç hukukta uygulanmasına ilişkin avukat eğitimleri ve öğretmenlere yönelik insan hakları eğitimleri gerçekleştirmektedir ve bu projelerde koordinatörlük yapmaktadır. Projede özellikle sorunu bizzat yaşayan gruplara yönelik haklar eğitimlerinde eğitmen olarak yer almıştır.

Hakan Ataman:

Ege Üniversitesi Felsefe Bölümü mezunudur. İnsan Hakları Gündemi Derneği'nin genel sekreterliğini yürütmektedir. Uluslararası Af Örgütü Türkiye Şubesi'nin kurucu üyelerindendir. Uzun yıllardır insan hakları savunuculuğu yapmaktadır. Hak-temelli örgütlere danışmanlık ve eğitmenlik hizmeti sunmaktadır. Zaman zaman gazete ve dergilerde yazıları yayınlan-

maktadır. Projede özellikle sorunu bizzat yaşayan gruplara yönelik haklar eğitimlerinde eğitmen olarak yer almıştır.

Duysal Karakuş:

2007 yılında Boğaziçi Üniversitesi Psikoloji Bölümünden mezun olmuştur. İstanbul Büyükşehir Belediyesi Zeytinburnu Kadın Sağlığı Merkezi'nde yetişkin psikoloğu olarak çalışmaktadır. Travma konusunda çalışmaktadır. Yönetim kurulu üyesi olduğu Sosyal Kültürel Yaşamı Geliştirme Derneği'nde risk altındaki çocuk ve gençlerle yapılan çalışmalarda yer almıştır. RUSİHAK'ın aktif üyesidir. Projede özellikle kaynak araştırması ve proje etkinliklerinin planlanması aşamalarında yer almıştır.

PROJEDEN DOKÜMANLAR

T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	
Sayı: B.02.1.84.0.0.12.04.00-160-3081 Konu: Proje Raporları	16.12.2008
RUH SAĞLIĞINDA İNSAN HAKLARI GİRİŞİMİ DERNEĞİ'NE (Gazeteci Erol Dernek S. Hanif Han. No:11/5 Beyoğlu İSTANBUL)	
Genel Müdürlüğümüzün 21.08.2008 tarihli izni çerçevesinde Derneğin tarafından yürütülmekte olan "Psikiyatrik Teşhis Alınış ve Zihinsel Engelli bireylerin Haklarının Tanınmasına ve Toplumsal Yaşama Katılımına Yönelik Proje" kapsamında kurumunuza bağlı bakım ve rehabilitasyon merkezinde yapılan çalışmalara ve gözlemlere ilişkin tüm ara raporlarınız incelenmiştir.	

Ruh sağılığında insan hakları

Psikiyatrik tedavi görmüş ve zihinsel engelli bireylerin, haklarına erişmekte zorluk çektiğini ve yetersiz sağılık hizmeti aldığını tespit eden Ruh Sağılığında İnsan Hakları Girişimi (RUSİHAK), koşulların acilen düzeltilmesi için proje başlattı

ETİLE ÖZGE

Türkiye'de psikiyatrik hastalar ve yakınları her yıl 17 Nisan, Ruhsal Hastalar Günü olarak kutlanıyor. Bu günün amacı, toplumun ruhsal hastalarıyla ilgili yanlış algılarını düzeltmek ve bu hastaların haklarına erişiminde zorluk çektiğini belirtmek. Türkiye'de ruhsal hastaların yaşadıkları zorlukları ve haklarına erişimdeki zorlukları anlatan bir video çekildi. Video, ruhsal hastaların yaşadıkları zorlukları ve haklarına erişimdeki zorlukları anlatıyor.

AYRIMCILIK KALDIRILMALI • Türkiye'de ruhsal hastaların yaşadıkları zorlukları ve haklarına erişimdeki zorlukları anlatan bir video çekildi. Video, ruhsal hastaların yaşadıkları zorlukları ve haklarına erişimdeki zorlukları anlatıyor. Ruhsal hastaların yaşadıkları zorlukları ve haklarına erişimdeki zorlukları anlatan bir video çekildi. Video, ruhsal hastaların yaşadıkları zorlukları ve haklarına erişimdeki zorlukları anlatıyor.

SOCAET İSTANBUL KATILIM

RUHSAL HASTALIKLARIN KATILIM • Türkiye'de ruhsal hastaların yaşadıkları zorlukları ve haklarına erişimdeki zorlukları anlatan bir video çekildi. Video, ruhsal hastaların yaşadıkları zorlukları ve haklarına erişimdeki zorlukları anlatıyor. Ruhsal hastaların yaşadıkları zorlukları ve haklarına erişimdeki zorlukları anlatan bir video çekildi. Video, ruhsal hastaların yaşadıkları zorlukları ve haklarına erişimdeki zorlukları anlatıyor.



Ruhsal hastaların yaşadıkları zorlukları ve haklarına erişimdeki zorlukları anlatan bir video çekildi.

RUHSAL HASTALIKLARIN KATILIM • Türkiye'de ruhsal hastaların yaşadıkları zorlukları ve haklarına erişimdeki zorlukları anlatan bir video çekildi. Video, ruhsal hastaların yaşadıkları zorlukları ve haklarına erişimdeki zorlukları anlatıyor. Ruhsal hastaların yaşadıkları zorlukları ve haklarına erişimdeki zorlukları anlatan bir video çekildi. Video, ruhsal hastaların yaşadıkları zorlukları ve haklarına erişimdeki zorlukları anlatıyor.

RUSİHAK Projesi Samsun'da



RÜŞİHAK'ın ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili sorunlara yerel çözümler üretmek amacıyla hazırladığı proje, Sarımsın Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde başladı. Proje kapsamında hastanedeki hastalar ve personel ailesiye çözümlerine katılıyor.



RUH Gazdelynda inşaat
İtaliyan Gintini
Domeşgini (TUCALAK) ruh
sultani, hımetleri ile işi avarları
mı, ydsahler Ostreke amacına
kavuşuldu proje, 8 aylık işle
birleştiren Ruh Gazdely ve
M. Okulları İhtisastarında yapasa
mıdır.

TOPIKAL YAGAM
KATILANLAR

TUĞHAN Proje Koordinatörü
Fahri Zengin, "Değerli projeyi
Çeşitli Bakanlıklarına bağlı ruh ve
zihin hastalıkları hastanelerinde ve



How good? *Myra* did it on a 100% scale.

1. *Phragmites australis* (Cav.) Rostk & Schmidt
 2. *Scirpus americanus* (L.) Pers.
 3. *Eleocharis acicularis* (L.) Rostk & Schmidt
 4. *Sagittaria arifolia* (L.) Link.
 5. *Sparganium angustifolium* Michx.
 6. *Najas* sp.
 7. *Chara* sp.
 8. *Utricularia* sp.
 9. *Alisma* sp.
 10. *Hydrocotyle* sp.
 11. *Salvinia* sp.
 12. *Wolffia* sp.
 13. *Wolffia* sp.
 14. *Wolffia* sp.
 15. *Wolffia* sp.
 16. *Wolffia* sp.
 17. *Wolffia* sp.
 18. *Wolffia* sp.
 19. *Wolffia* sp.
 20. *Wolffia* sp.
 21. *Wolffia* sp.
 22. *Wolffia* sp.
 23. *Wolffia* sp.
 24. *Wolffia* sp.
 25. *Wolffia* sp.
 26. *Wolffia* sp.
 27. *Wolffia* sp.
 28. *Wolffia* sp.
 29. *Wolffia* sp.
 30. *Wolffia* sp.
 31. *Wolffia* sp.
 32. *Wolffia* sp.
 33. *Wolffia* sp.
 34. *Wolffia* sp.
 35. *Wolffia* sp.
 36. *Wolffia* sp.
 37. *Wolffia* sp.
 38. *Wolffia* sp.
 39. *Wolffia* sp.
 40. *Wolffia* sp.
 41. *Wolffia* sp.
 42. *Wolffia* sp.
 43. *Wolffia* sp.
 44. *Wolffia* sp.
 45. *Wolffia* sp.
 46. *Wolffia* sp.
 47. *Wolffia* sp.
 48. *Wolffia* sp.
 49. *Wolffia* sp.
 50. *Wolffia* sp.
 51. *Wolffia* sp.
 52. *Wolffia* sp.
 53. *Wolffia* sp.
 54. *Wolffia* sp.
 55. *Wolffia* sp.
 56. *Wolffia* sp.
 57. *Wolffia* sp.
 58. *Wolffia* sp.
 59. *Wolffia* sp.
 60. *Wolffia* sp.
 61. *Wolffia* sp.
 62. *Wolffia* sp.
 63. *Wolffia* sp.
 64. *Wolffia* sp.
 65. *Wolffia* sp.
 66. *Wolffia* sp.
 67. *Wolffia* sp.
 68. *Wolffia* sp.
 69. *Wolffia* sp.
 70. *Wolffia* sp.
 71. *Wolffia* sp.
 72. *Wolffia* sp.
 73. *Wolffia* sp.
 74. *Wolffia* sp.
 75. *Wolffia* sp.
 76. *Wolffia* sp.
 77. *Wolffia* sp.
 78. *Wolffia* sp.
 79. *Wolffia* sp.
 80. *Wolffia* sp.
 81. *Wolffia* sp.
 82. *Wolffia* sp.
 83. *Wolffia* sp.
 84. *Wolffia* sp.
 85. *Wolffia* sp.
 86. *Wolffia* sp.
 87. *Wolffia* sp.
 88. *Wolffia* sp.
 89. *Wolffia* sp.
 90. *Wolffia* sp.
 91. *Wolffia* sp.
 92. *Wolffia* sp.
 93. *Wolffia* sp.
 94. *Wolffia* sp.
 95. *Wolffia* sp.
 96. *Wolffia* sp.
 97. *Wolffia* sp.
 98. *Wolffia* sp.
 99. *Wolffia* sp.
 100. *Wolffia* sp.

info@hugoboss.com
+49 241 9078, 241 9079

Gemiarıya da 4 Mart
kader ruh sağlığı
hizmetleri ile ilgili yere
pöçmeler üneme için
palestinağı beliren
Düğüdür. "Troyenin,
sadece hizmet veren-
leri doğrudan doğru-
suna, kurumlarca ka-
ğıdır ve sileğin
örneğin doğrudan doğru-
suna oluşturmaları
planlamaları, öncelikle

Yükseköğretim Kurulu Başkanı Yılmaz Dağdemir, "Korona virüsüyle mücadelede, Türkiye'de yapılacak her şeyi bilimsel temellerde yapacağız" dedi.

capacitance of the bleeds
and the amount of the run

[illegible]

Keywords: *Self-esteem, self-esteem threat, self-esteem threat sensitivity, self-esteem threat sensitivity scale, self-esteem threat sensitivity scale-2*



Öyle bir yer olsa ki...



Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'ndeki hastalar ise önerilerini "Öyle Bir Yer Olsa" başlığı altında sıraladı...

- Adı, 'Manisa Sevgi Evi' olsun
- İçinde jimnastik salonu,

spor merkezi, el işi atölyesi, tamirhane bulunsun.

- Kuaförlük öğrensek, saçlarımız böyle kesilmez.

- Fırın ve yemek yapabileceğimiz bir hobi mutfagımız olsun.

- Dükkan açalım, yaptıklarımızı satalım.

- Müzik aletleri çalmayı öğrenelim.

- Bahçede mescid olsun.

- Haklarımızı arayacak bir avukat verilsin.

- Psikologla haftada üç gün dışarıda görüşelim. Bir odada 2-3 kişi katalım.

T.C.
HAVZA KAYMAKAMLIĞI
Havza Huzurevi ve Rehabilitasyon Merkezi Müdürlüğü

Sayı : B.02.1.S.Ç.E.4.55.14.01.352/05.2008/573
Konu: Teşekkür Mektubu

05.08.2008

SAYIN Şehnaz LAYTKEÇ

RUSİHAÇ

Kuruluşumuzda kimsesiz korunmaya muhtaç özürü ve yaşlılarımıza bakılmaktadır. Özürü ve yaşlı insanlarımıza huzur ve güven ortamında insan onuruna yakışır şekilde bakımlarının sağlanmasında siz ve derneğinizin maddi ve manevi destek ile katkılarınızın önemi büyüktür.

Bu nedenle kuruluşumuza derneğinizce verilen 480,00 YTL. ye bir odanın perdesi yaptırılmıştır. Özürü ve yaşlı insanlarımıza yapmış olduğunuz maddi ve manevi yardımlarınızla bize güç ve onur vermektedirsiniz. Bundan sonrada huzurevimize ilgilerinizin devamını bekler, yapılan yardımlarınız için özürü ve yaşlılarımız adına teşekkür eder saygılar sunarım.

(Kuruluşumuz özürülülerinden Safiye KARAYİĞİT alınan perdeyi dikmiştir. Derneğinize hitaben yazmış olduğü teşekkür yazısı da ektedir.)

Hayran
Hayran GÖKTUĞ
Müdür V.

Ordunun ucuve ilcesine başlı Çaybaş köklük köyünden
Hasanlar kızı Sağiye KARAYIGİT 1975 doğumlu Balıkesir ilçesiyim
Tebrikatlı Sanatçılara aktid yaşam sürdürüyorum
12.13 yıldır Sosyal hizmetlerdeyim tabi kursuna sđm bi'çisi dikiş
Bilgi'sayar Simidide Açıktisage devam ediyorum
Bir dikiş makinam var Piratik dikiş yapıyorum kuruluş işinde
Arkadaşların sıkık gibi uğok defek şeyleri yapıyorum
Bundan mutlu oluyorum huzur buluyorum
Olurmu Salanına Çift taraflı 2 Perde diktim birde kendi
Odama diktim. Tek Perde için 11 m. tül kullandım 3 m. 60 sm
Pencereye 3 tonesi 3 m. metre tül kullandım boru file yaptım
Farbe için 36 metre kumaş kullandım bir farbe için
12 metre kumaş kullandım Ve bunları yaparken Perde tasarımları
ölçüp biçmeye yardım aldım ve Çok süzel oldu
İsteyince insan yapıyor bir şeyler yapmak Çek zevkli
mutluluk veriyor işi olako ve yardımlarınız için teşekkür eder

Sağiye KARAYIGİT

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
P.D. Sağlık ve Hastalıkları Hastaneleri
Başhekimliği

SAYI : B 104/SM4460014/ 8330
KONU : Proje

MANİSA
25/03/2008

KULİ SAĞLIĞINDA İNSAN HAKLARI GİRİŞİMİ DERNİFÖİ
Gazeteci Lutfi Demek Sok.İstanbul No:11/5
ÜÇYÖĞÜLLÜ / İSTANBUL

Demeginiz girişimleri ile Hastanemiz temin edilen Bıçık - Dikiş Makinesi ile Halk Eğitim Merkezi tarafından görevlendirilen Bıçık - Dikiş Öğretmeni ile kurumumuz hastalarna 600 (altıyüz) saat bıçık - dikiş kursu verilmiştir.

Halk Eğitim Merkezinden ikinci kez 600 (altıyüz) saat, bığ-dikiş ve overlok kursu için tekrar öğrenim temin edilmiş olup ancak overlok makinesimiz bulunmamaktadır. Demeginizin aracılığıyla kurumumuza yapmış olduğunuz değerli katkılarından dolayı teşekkürlerimin sunarız.

Dr. Kemal YAVAS
Başhekim Yard.
Temsilcilik Soruml.

Dr. Ahmet AYER
Başhekim

RUSIAK Samsun'a geliyor

Rusya'da yaşayan ve zihinsel engelli bireylerin haklarını korumaya ve toplumsal yaşamda tam katılımını sağlamak amacıyla yürütülen Türk Sağlık ve İnsan Hakları Girişimi Derneği (RUSIAK), 3-6 Mart 2008 tarihleri arasında Rusya'da bulunan ve ilgili yasal düzenlemeler üzerine 0. köşük proje ekolu ile Samsun'a geliyor.

RUSIAK, 03 Mart'ta Rusya'da bulunan ve zihinsel engelli bireylerin haklarını korumaya ve toplumsal yaşamda tam katılımını sağlamak amacıyla yürütülen Türk Sağlık ve İnsan Hakları Girişimi Derneği (RUSIAK), 3-6 Mart 2008 tarihleri arasında Rusya'da bulunan ve ilgili yasal düzenlemeler üzerine 0. köşük proje ekolu ile Samsun'a geliyor.

Rusya'da bulunan ve zihinsel engelli bireylerin haklarını korumaya ve toplumsal yaşamda tam katılımını sağlamak amacıyla yürütülen Türk Sağlık ve İnsan Hakları Girişimi Derneği (RUSIAK), 3-6 Mart 2008 tarihleri arasında Rusya'da bulunan ve ilgili yasal düzenlemeler üzerine 0. köşük proje ekolu ile Samsun'a geliyor.



Rusya'da bulunan ve zihinsel engelli bireylerin haklarını korumaya ve toplumsal yaşamda tam katılımını sağlamak amacıyla yürütülen Türk Sağlık ve İnsan Hakları Girişimi Derneği (RUSIAK), 3-6 Mart 2008 tarihleri arasında Rusya'da bulunan ve ilgili yasal düzenlemeler üzerine 0. köşük proje ekolu ile Samsun'a geliyor.

Rusya'da bulunan ve zihinsel engelli bireylerin haklarını korumaya ve toplumsal yaşamda tam katılımını sağlamak amacıyla yürütülen Türk Sağlık ve İnsan Hakları Girişimi Derneği (RUSIAK), 3-6 Mart 2008 tarihleri arasında Rusya'da bulunan ve ilgili yasal düzenlemeler üzerine 0. köşük proje ekolu ile Samsun'a geliyor.

Rusya'da bulunan ve zihinsel engelli bireylerin haklarını korumaya ve toplumsal yaşamda tam katılımını sağlamak amacıyla yürütülen Türk Sağlık ve İnsan Hakları Girişimi Derneği (RUSIAK), 3-6 Mart 2008 tarihleri arasında Rusya'da bulunan ve ilgili yasal düzenlemeler üzerine 0. köşük proje ekolu ile Samsun'a geliyor.

Rusya'da bulunan ve zihinsel engelli bireylerin haklarını korumaya ve toplumsal yaşamda tam katılımını sağlamak amacıyla yürütülen Türk Sağlık ve İnsan Hakları Girişimi Derneği (RUSIAK), 3-6 Mart 2008 tarihleri arasında Rusya'da bulunan ve ilgili yasal düzenlemeler üzerine 0. köşük proje ekolu ile Samsun'a geliyor.

03 Mart 2008



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Dr. Ekrem TOK Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
BAŞLARIPLIĞI
ADANA



15.04/2008

Birimi : Özlük
Sayı : B104ISM4010048/2008
Konu : Teşekkür.

Sayın, Mesut DEMİRDOĞAN
Şizofreni Dostları Derneği Başkanı

Rusihak faaliyetleriniz içinde n göndermiş olduğumuz 481.44 YTL'lik yardımınızı
teşekkür ederiz.
Bu meblağ Hastanemiz uğraş merkezinde hastaların yapmış olduğu Ebru sanatı için
kullanılmıştır.
Bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Bülent DEMİRBEK

Başhekim V.



Sayı 19

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İstanbul FrenkÖy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sıra : H.10.4.İSM.04.14.59.29/
Konu : Teşekkür

01.09.08-005704

RUSİHAK
Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi

İlgi : 26.08.2008 tarih ve 133 sayılı yazınız;

İlgi yazıda belirttiğimiz, hastanemizdeki çalışmalarınız ve proje kapsamında ilde düzenlenen diğer etkinlikleri anlattığınız yerel rapor elimize ulaşmıştır. Hazırlanmış olduğunuz rapor için derneğinizle teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Doç. Dr. Mustafa BİLİCİ
Başhekim

İstanbul FrenkÖy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekimlik: 0216 356 05 03
Çağrı Merkezi: 0216 307 59 59 Faks: 0216 356 04 96
www.grenkoeyruhsinir.gov.tr



Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi
Human Rights in Mental Health Initiative

Gazeteci Erol Dernek Sok. Hanif Han No: 11/5 Beyoğlu-İstanbul
Tel: 0212 252 49 20 Faks: 0212 252 49 08 Gsm: 0539 436 32 62
web: www.rusihak.org e-post: info@rusihak.org