

TOPLUM İÇİNDE YAŞAM HERKESİN HAKKI

Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı
Olanlar için
Toplum-temelli Hizmetler



RUSİHAK

Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi
Human Rights in Mental Health Initiative

Editör: Fatma Zengin Dağıdır
Düzeltili: Ayşegül Kanat
Tasarım: Bart Reklam Ajansı
Basım: Karika Matbaacılık



(Bu kitap, Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu ile İsveç Uluslararası İşbirliğini Geliştirme Ajansı-Sida tarafından finanse edilen “Zihinsel Ve Ruhsal Rahatsızlığı Olan Bireylerin Topluma Dahil Olması İçin Toplum- Temelli Bir Ruh Sağlığı Sistemi Modeli Yaratma” projesi kapsamında hazırlanmıştır. Kitaptaki bilgilerin ve yazıların sorumluluğu Rusihak’a ve ismi geçen yazarlara aittir, Avrupa Birliği’nin ve Sida’nın görüşlerini temsil etmez.)

Kitapta proje ekibi dışındaki yazarların görüş ve beyanları Rusihak’ın fikirlerini yansıtmaz.

İÇİNDEKİLER

Bölüm-1: “Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı Olan Bireylerin Topluma Dâhil Olması İçin Toplum-Temelli Bir Ruh Sağlığı Sistemi Modeli Yaratma” Projesi	11
Rusihak-Ara İstanbul Dayanışma Merkezi Sosyal Hizmet Desteği, (Gülsun Kanat Dinç, Sosyal Çalışmacı)	15
Rusihak-Ara İstanbul Dayanışma Merkezi Psikolojik Destek Çalışmaları, (Evrem Tilki, Klinik Psikolog)	19
Rusihak-Ara Manisa Dayanışma Merkezi, (Sosyal Çalışmacı Ürün Perçin ve Psikolog İrem Umuroğlu)	22
Rusihak-Ara Dayanışma Merkezleri “Tecrübeyle Uzman”ların Görüşleri	25
Proje Değerlendirme Çalışması Sonuçları	27
Bölüm-2: Gelişmekte Olan Ülkelerde ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Genel Durum	31
Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Gelişmekte Olan Ülkelerin Durumu (Dr. Aylin Çiftçi)	33
Türkiye’de Ruh Sağlığı Alanında Sistemin İşleyişi (Dr. Ayla Yazıcı)	38
Türkiye’de Zihinsel ve Ruhsal Sorun Yaşayan Kişilerin ve Ailelerin Aile Sistemi Düzeyinde Deneyimleri ve İhtiyaçları (Doç. Dr. Nevin Eracar)	40
Rusihak İhtiyaç Analizi Çalışması Sonuçları (İrem Umuroğlu, Ürün Perçin, Evrem Tilki)	46
Bir Yıllık Çalışma Sürecinde Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında Sistemde Tespit Edilen Temel Sorunlar (Av. Nalan Erkem, Gülsun Kanat Dinç)	51
Türkiye’de Engellilerin İnsan Hakları: Olanaklar Ve Güçlükler (Av. Nalan Erkem)	58
Uluslararası Hukuk Uyarınca Toplum İçinde Yaşama Hakkı® (Prof. Arlene Kanter)	67
Bölüm-3: Toplum İçinde Yaşama, Hayata Tam Katılım ve Toplum-temelli Hizmetler	75
A- Toplum-Temelli Hizmetler: Tanımı, Hizmet Çeşitleri (Fatma Zengin Dağıdır)	77
B- Toplum-Temelli Hizmetlerin Uygulandığı Bazı Ülkelerden Bireysel Tanıklıklar	
İngiltere’de Toplum -Temelli Hizmetler (Gülsun Kanat Dinç)	81
Amerika Birleşik Devletleri New York Eyaleti’nde Zihinsel Engellilere Yönelik Hizmetler (Nalan Erkem)	86
Hollanda’da Toplum-Temelli Ruhsağlığı Hizmetleri (Rusihak)	89
Korumalı Evler: Kronik Psikiyatrik Hastaların Geleceği (Harm Luth)	91
Hollanda’da Hizmet Alan/Danışan Katılımı (Wolf Kayser)	92
Slovenya ve İtalya/Trieste’de Toplum-Temelli Rehabilitasyon Uygulamaları (Nilay Kacar)	95
Bölüm-4: Kurum Çalışanlarının Sorunu Bizzat Yaşayanların ve Rusihak’ın Toplum -temelli Hizmetlere Geçişle İlgili Önerileri	99
Kurum Çalışanlarının Ve Sorun Yaşayanların Sistemin İşleyişiyle İlgili Önerileri	101
Rusihak’ın Türkiye’de Toplum-Temelli Hizmetlere Geçiş Süreci İle İlgili Önerileri	103
Ekler:	107
Ek 1. (Hükümetler İçin) Kurum Bakımından Toplum Temelli Hizmetlere Geçişte Temel İlkeler (Avrupa Komisyonu)	108
Ek 2. Psikotik Deneyimi Olan İnsanların Kendine-Yardım Hareketinin Politik Boyutları (Peter Lehman)	110
ALBÜM	117

KULLANILAN KISALTMALAR

BM	: Birleşmiş Milletler
EHDBMS	: Engellilerin Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi
İLO	: Dünya Çalışma Örgütü
İŞKUR	: Türkiye İş Kurumu
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
ÖRGM	: Özel Eğitim ve Rehberlik Genel Müdürlüğü
ÖZİDA	: Özürlüler İdaresi Başkanlığı
RAM	: Rehberlik Araştırma Merkezi
RSHH	: Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
RUSİHAK	: Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği
SB	: Sağlık Bakanlığı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu
TTR	: Toplum-Temelli Rehabilitasyon
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

ÖNSÖZ

Bu çalışma, Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği olarak kurulduğumuz Ekim 2006 tarihinden bu yana zihin ve ruh sağlığı alanında sorun yaşayan bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları zorluklara, mevcut hizmetlerde var olan eksikliklere, aksaklıklara ilişkin gözlemlerimiz ve tespitlerimizin yanı sıra, bu alanda dünyadaki kavramsal ve uygulamaya ilişkin gelişmelerle ilgili araştırmalarımıza, dolaşısıyla aslında henüz çok genç bir sivil toplum kuruluşu olarak kendi öğrenme deneyimimize dayanmaktadır. “Kurulduğunuz günden bu yana sizin için bu süreçte en öğretici ne oldu” şeklinde bir soru bize yöneltirse, fazla tereddüt etmeden şöyle cevap verirdik: Sorunu doğrudan yaşayan kişilerin deneyimleri. Bu noktada, derneğimizin kurucuları, yönetim kurulu ve üyelerinin büyük çoğunluğunun da sorunu doğrudan yaşayan kişiler olduğunu hatırlamak ve hatırlatmak iyi olabilir. Bu çalışma ile, bizim için son derece öğretici olan ve zaman zaman kendi önyargılarımızı ve baştan doğru kabul ettiğimiz fikirleri sorgulatan bu öğrenme deneyiminin bir kısmını, daha geniş bir kitleyle, özellikle de mevcut sorunlara ve çözüm çabalarına deneyimi, mesleği, konumu gereği bir şekilde temas eden kişi, grup ve kurumlarla paylaşmak istedik.

Bu metnin, zihin ve ruh sağlığı alanında planlanan çalışmaların ve hizmetlerin mevcut ihtiyaçlar ile bu ihtiyaçlara dayanan talepleri karşılayacak biçimde planlanabilmesi için destekleyici bir kılavuz metin olması umuduyla yola çıktık. Bu çalışmada bir kavram öne çıkmaktadır: Toplum-temelli hizmetler. Son kırk yıldır dünyada çeşitli uygulamaları olan, Türkiye’de de yeni yeni dilimizde ve ufak çaplı da olsa mevcut uygulamalarda, yerini bulmaya başlayan bir kavram bu. Türkiye için henüz yeni olduğu söylenebilecek bu kavramın, pek çok kez yanlış yorumlandığına, iyi niyetle başlanan ve toplum-temelli olduğu düşünülen uygulamaların bu kavramla kastedilmeye çalışılan ilkelerin büyük ölçüde gerisinde kaldığına tanık olduk. Dolayısıyla, projemizi ve projemizin bir çıktısı olan bu çalışmayı kurgularken, mevcut kavramlar arasında sorunu doğrudan yaşayan bireylerin ihtiyaçlarını ve taleplerini karşılamaya en yakın olduğunu düşündüğümüz bu kavramı merkeze aldık.

Umuyoruz ki bu çalışma yerini bulur ve bundan sonra zihin ve ruh sağlığı alanında planlanan hizmetlerin sorunu doğrudan yaşayan kişilerin gündelik yaşamda karşılaştıkları “gerçek” sıkıntılara cevap verecek nitelikte, zenginlikte ve yaygınlıkta olan hizmetlerin hayata geçirilmesinde hayati öneme sahip olduğuna inandığımız iki şeyi gerçekleştirebilir: Hizmetler planlanırken bireyin ve yaşamın kendisinden yola çıkılır ve dünyadaki mevcut kavram ve uygulamalar dikkate alınır.

Bu çalışmayı değerli emek ve birikimleriyle mümkün kılan proje ekibimize, proje boyunca temas ettiğimiz, görüştüğümüz, fikirlerinden pek çok şey öğrendiğimiz tüm kişi ve kurumlara teşekkürlerimizi sunarız.

Son söz olarak, bu çalışma Rusihak’ın bugüne kadar gerçekleştirdiği çalışmalar içerisinde uygulamaya belki de en çok yaklaştığı çalışma. Bu kılavuz metinde öne çıkan, altını çizdiğimiz ilke ve değerlerin somut uygulamalarda yerini bulması ve sorunu doğrudan yaşayan bireyler, hizmet alan ve hizmet sağlayan tüm kesimler yararına bir dönüşüm yaratması umuduyla...

GİRİŞ VE TEŞEKKÜR

Fatma Zengin Dağıdır

Bu kitap, Rusihak'ın Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu ve İsveç Uluslararası İşbirliğini Geliştirme Ajansı (Sida)'nın mali desteği ile 2009 yılı boyunca uyguladığı "Zihinsel Ve Ruhsal Rahatsızlığı Olan Bireylerin Topluma dâhil Olması İçin Toplum-temelli Bir Ruh Sağlığı Sistemi Modeli Yaratma" adlı proje kapsamında kaleme alınmıştır. Ülkemizde uygulanmakta olan kurum odaklı ruh sağlığı ve sosyal hizmetlerden toplum - temelli hizmetlere geçiş sürecine sivil toplum alanından, özellikle de sorunu doğrudan yaşayan kişiler açısından bilgi ve deneyim paylaşımı ile katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

Projenin genel amacı, Zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan insanların ve ailelerinin haklarının daha görünür olması ve güçlenmesi için biri küçük şehirler için, diğeri büyük şehirler için olmak üzere iki pilot model yaratmak ve ülke genelinde uygulanması için savunuculuğunu yapmak idi. Bunu yaparken temel hedefimiz, zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan insanların ve ailelerinin kendilerine verilecek hizmetlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi sürecine katılımlarını artırmaktır.

Projenin gerekçesi ve kısa özeti

Ülkemizde zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin sayısı tahminen en az iki milyon kişidir. Bu kişilere hizmet veren resmi kurumlar hastane ve rehabilitasyon merkezleri olarak kurgulanmıştır. Bu kurumlarda daha çok bakım, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir. Söz konusu kurumların sayıları çok azdır (Sağlık kurumlarında, 100.000 kişiye düşen psikiyatrist sayısı 1,67, psikolog sayısı 1,41, sosyal çalışmacı ise 3.8 olarak belirtilmektedir)¹ Kurumlar arasında koordinasyon ve bilgi akışını sağlayan bir mekanizma yoktur. Sorunu doğrudan yaşayan kişilerin sıkıntıları, günlük yaşamdaki ihtiyaçlarının (iş, sosyal güvence, genel sağlık vs) karşılanmaması nedeniyle katlanarak büyümekte,, bu kişilerin çoğunluğu mevcut haklarını bilmemektedir. Hizmet veren kesim de genel olarak kendi kurumunun çerçevesi içinde bu hakları kısmen bilmekte, ancak bu iki grubun özelliklerini bilmemekte, toplumda yaygın olan damgalamanın da etkisiyle bazen bu hizmetler de aksayabilmektedir. Sonuçta zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan insanlar ve aileleri toplumsal yaşama katılamamakta, temel haklarından yararlanamamakta, toplum da onları tanımadığı için dışlanma ve ayrımcılık devam etmektedir. Hizmetler, kurumun yapabileceklerine göre planlanıp uygulandığı için sorun yaşayan kişilerin ihtiyaçları karşılanmadığında her iki taraf da birbirini suçlama eğilimine girmektedir. Oysa ki sorun, çalışan ve hizmet alan kesimlerin bireysel hatta kurumsal duruşlarının dışındaki problemlerin yansımasıdır. Sorun yaşayan kişilerin merkeze alındığı, onların aktif katılımının sağlandığı sistemik ve koordine bir hizmet yapısı olmaması, tüm tarafları olumsuz etkilemekte, maddi kaynakların daha verimli kullanılmasını engellemektedir.

Projede işbirliği yapılan kuruluşlar ve proje etkinlikleri

Bu gözlemlere dayanarak geliştirilen proje, 2009 yılı boyunca Manisa'da ve İstanbul'da uygulandı.

Proje kapsamında şu kuruluşlarla işbirliği yapıldı, birlikte çalışıldı:

- İnsan Hakları Gündemi Derneği (Ankara-İzmir)
- Verdi Yazıcı Avukatlık Bürosu (İstanbul)
- Şizofreni Dostları Derneği (İstanbul)
- İstanbul Zihinsel Engelliler için Eğitim ve Dayanışma Vakfı (İZEV)
- Manisa Şizofreni Dayanışma Derneği
- Manisa Zihinsel Engelliler Derneği

¹ Rusihak "Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları raporu" 2008.

Proje boyunca toplum-temelli bir hizmet modeli yaratma amacıyla, yerelde varolan tüm kurumlarla (resmi, özel, STÖ) ilişki kuruldu ve tüm tarafların katkısıyla toplumsal yaşamda ihtiyaçların karşılanması için bir destek ağı ve model önerisi yaratılmaya çalışıldı. Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında Dayanışma Merkezi (Rusihak-ara) adıyla açılan ofislerde, hizmet alanlara haklarla ilgili temel bilgiler verildi, ofiste görev alan uzmanlar (sosyal çalışmacı, klinik psikolog, tecrübeyle uzman kişi ve aile üyesi) bazen telefonla ama ağırlıklı yüz yüze görüşmeler yoluyla danışma ve yönlendirme hizmeti verdi. Bu merkezde eşit bir ilişki tarzı ile kişiyi toplumsal alanda bulunma, hakkını arama ve savunma yönünde motive etme, güçlendirme amaçlı danışma yapıldı, kurumlardan alabileceği hizmetlerle ilgili bilgi verildi ve takip edildi.

Ayrıca çeşitli toplantılarla tüm taraflara alanla ilgili bilgiler (toplum-temelli hizmetler, Türkiye'deki sayısal veriler, sistemin işleyişi, Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi'nin kabul edilişi duyuruldu. Hizmet veren ve alanların durumuna uygun bir hizmet ağına nasıl kurulacağını tartışıldığı grup çalışmaları yapıldı. Ankara'daki üst düzey yönetici ve politika yapımcılarla da bu bilgiler paylaşıldı. Bir proje belgesi hazırlandı.

Proje boyunca işbirliği yaptığımız kurumlar sadece yukarıda isimlerini saydığımız derneklerle sınırlı kalmadı. Özellikle Manisa'da Manisa RSSH ve Celal Bayar Üniversitesi Psikiyatri bölümünün değerli yönetici ve çalışanları fikir paylaşımı, birlikte çalışmalar ile destek verdi, valilik ve diğer resmi kurumlar toplantı mekanı sağlama, toplantı organize etme vs. konularında yardımcı oldu. İstanbul'da da valilik insan hakları biriminin katkılarıyla atölye çalışması valilik binasında gerçekleştirildi. Desteklerinden dolayı kendilerine teşekkür ediyoruz.

Kitabın akışı ve katkıda bulunanlar

Rusihak'ın 2008 raporunda² Türkiye'de zihinsel veya ruhsal rahatsızlık yaşayan bireylerle ilgili hizmetler tarihseliyle birlikte özetlenmiş, hizmet veren kapalı kurumların durumu ayrıntılı olarak incelenmişti. Bu kitapta ise daha genel bir çerçeveden ve projedeki gözlemlerimize dayalı olarak toplumsal hayatta hizmetlerin işleyişi ile toplum-temelli hizmetlerle ilgili bilgilerle öneriler ele alınmış, her bölüm başında "KISACA" kutucukları içinde o bölüm özetlenmiştir. Yazdığımız kitapların esas hedef kitlemiz olan "tecrübeyle uzmanlar" açısından zor okunur olduğunu biliyoruz. Zaman içinde hayata daha uygun ve anlaşılır bir dil tutturmayı istiyor, bunu başarmayı amaçlıyoruz. En azından şimdilik bu şekilde okumayı kolaylaştırmayı denedik.

Kitap, esas olarak proje ekibi ve proje danışma kurulu üyelerinin gönüllü katkılarıyla hazırlanmıştır. Manisa Proje Koordinatörü Nalan Erkem, Sosyal Çalışmacı Ürün Perçin, psikolog İrem Umuroğlu, İstanbul'dan Sosyal Çalışmacı Gülsun Kanat Dinç ve Psikolog Evrem Tilki hem kendi çalışmalarıyla ilgili yazılar hem de proje içindeki diğer etkinliklerin yazıya geçirilmesi ve toplum-temelli hizmetlerle ilgili bireysel deneyimlerin paylaşılması aracılığıyla değerli katkılar sunmuşlardır. Proje Danışma Kurulu üyeleri, Ayla Yazıcı, Aylin Çiftçi ve Nevin Eracar da dünyada ve Türkiye'deki genel durumla ilgili yazılarla kitabı zenginleştirdiler. Her iki ildeki tecrübeyle uzmanlarımızın deneyimlerini yansıtan yazılar kısa olsa da, dayanışma merkezlerinin canlılığını, onlarla hayat bulan projenin ruhunu buraya yansıttılar. Kitabımıza çok değerli bir katkıyı, Syracuse Üniversitesi Engelli Hakları Profesörü sayın Arlene Kanter yapmış, hazırlanmasında da emeği olan Engellilerin Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi üzerinden toplum içinde yaşama hakkının önemini anlatmış, Türkiye'deki gözlem ve deneyimlerini paylaşmıştır. Toplum-temelli hizmetlerin uygulandığı ülke örneklerine Bakırköy RSSH'de proje yürüten sayın Harm Luth da Hollanda ile ilgili yazılarla katkıda bulunmuştur. Ayrıca, Rusihak Yönetim Kurulu üyesi Nilay Kacar ve gönüllülerimiz Işıl Sansoy, Can Feyzioğlu, Senem Çopur da düzeltme ve çevirileriyle destek vermişlerdir. Hepinize sonsuz teşekkürler.

Kitabın düzeltmelerini gönüllü olarak yapan Sayın Ayşegül Kanat'a ve yine gönüllü olarak tasarımını yapan Bart İletişim'e, Ebru General Feyzioğlu, Ali Demir ve Didem Gürkan'a çok teşekkür ediyoruz.

² Rusihak Akıl ve Ruh sağlığında İnsan Hakları Raporu: Sorunlar ve çözüm önerileri, 2008, İstanbul.

INTRODUCTION AND ACKNOWLEDGEMENTS

Fatma Zengin Dağdır

This book has been written in scope of the project titled “Creating a Community-Based Model for Social Inclusion of People with Mental Disabilities”, which was carried out by Rusihak during the year 2009 with the financial contribution of Delegation of the European Commission to Turkey and Swedish International Development Cooperation Agency (Sida). The purpose here is to contribute to process of shifting from institution-based mental health and social services system applied in our country to community-based services, through information and experiences from civil society, particularly from people who directly suffer from the system.

Project’s goal was to create two pilot models, as one being for small cities and the other for big cities, for strengthening rights of individuals and their families and making these rights more visible, and to advocate these rights’ enjoyment all through the country. Our main target with this was to increase participation of people with mental disabilities and their families to the process of service planning, application and evaluation.

Justification and brief summary of the project

The number of people with mental disabilities in Turkey is estimated as around 2 million. Official institutions providing service to these people are hospitals and rehabilitation centers. In these institutions main services provided are treatment and rehabilitation. Number of concerned institutions is very low (Number of psychiatrists, psychologists and social workers in health institutions per 100,000 people is reported respectively as 1.67, 1.41 and 3.8¹), and no mechanism is available for coordination and information flow among the institutions. Problems of people who directly suffer from the system increase incrementally, as their needs in everyday life (employment, social security, general health, etc) are not satisfied, and most of these people are not aware of their available rights. And service providers are aware of these rights partially within the framework of their own institutions, but unaware of characteristics of people with psychiatric problems and intellectual disabilities, and with the effect of common stigmatization within the society, these services fail sometimes. As a result people with mental disabilities and their families cannot participate in the social life, cannot enjoy their basic rights and since the society does not know about them, exclusion and discrimination remain persistent. As the services are planned and provided based on the capabilities of the institution, when needs of people with problems are not satisfied, both parties tend to blame the other. Yet, the issue is a reflection of the problems beyond service providing and receiving parties’ personal and even institutional attitudes. Lack of a systematical and coordinated service structure that focuses on the people experiencing problems and ensures their active participation negatively affects both parties, and prevents more efficient use of financial resources.

Contributing organizations and project activities

Developed and based on above observations, the project was carried out in Manisa and İstanbul during the year 2009. In scope of the project, Rusihak cooperated and worked with below organizations:

- Human Rights Agenda Association (Ankara-İzmir)
- Verdi & Yazıcı Law Office (İstanbul)
- Friends of Schizophrenia Association (İstanbul)
- İstanbul Foundation of Education and Support for Mentally Challenged People (İZEV)
- Manisa Schizophrenia Solidarity Association (Manisa)
- Manisa Association for Mentally Disabled People (Manisa)

1. Rusihak, “Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları Raporu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri” (Turkey Human Rights Report in Mental Health: Problems and Suggestions), İstanbul, 2008.

During the project, for the purpose of creating a community-based service model, relationships were built with all local institutions and organizations (official, private, NGO), and it was attempted to create a support network and model with the contribution of all parties. In offices titled Solidarity Center in Mental and Psychological Health (Rusihak-ara), basic information was given to service receivers, while experts working in the offices (social worker, clinical psychologist, expert by experience and family member) provided consultancy and referral service sometimes via telephone, but mainly through face-to-face interviews. In these centers with a relation style based on equality, consultancy was offered for the purpose of strengthening and motivating the person to be present in the social space, to claim and defend his/her rights, information was provided on the services to be received from the institutions, and they were followed up.

Additionally, with several meetings, information on the area (community-based services, quantitative data in Turkey, system's operation) was provided and Turkey's ratifying UN Convention on Rights of Persons with Disabilities was announced. Group works, where how to build a service network conforming to the situation of service providers and receivers was discussed, were made. These information were shared with upper level administrators and policy makers in Ankara. Moreover, a documentary on the project was produced.

Content and design of the book

Rusihak's 2008 report² included a summary of services for individuals with psychiatric problems or intellectual disabilities in Turkey as well as a detailed analysis on service providing institutions.

And here in this book, from a broader framework and based on our observations during the project, information on services in social life, community-based services and recommendations are given, and each chapter was summarized briefly in boxes titled "IN SHORT". We know that the books we publish are difficult to read for "experts by experience" forming our target group. We wish to adopt a more proper and understandable language within time and intend to overcome this. At least we tried to make reading easier with the aforementioned boxes.

The book was prepared with the voluntary contribution of project team and project advisory board. Manisa project coordinator Nalan Erkem, social worker Ürün Perçin, psychologist İrem Umuroğlu, and from İstanbul social worker Gülsun Kanat Dinç and psychologist Evrem Tilki provided invaluable contribution both with articles concerning their works and by expressing project activities in writing and sharing personal experiences on community-based services.

Project advisory board members Ayla Yazıcı, Aylin Çiftçi and Nevin Eracar enriched the book with their articles on the general overview of the field in the world and in Turkey. Although the texts reflecting the experiences of experts by experience are short, they carried here the color of solidarity centers and spirit of the project that they brought to life. Another important contribution to the book is from Professor Arlene Kanter from Syracuse University, who in her article discussed the right to live in the community over UN Convention on Rights of People with Disabilities and shared her observations and experiences in Turkey. With his article on Dutch mental health system, Harm Luth, who carries out a project in Bakırköy Mental Hospital Research and Education Centre, contributed to the examples of countries where communitybased services are provided. Moreover, Rusihak board member Nilay Kacar as well as volunteers Işıl Sansoy, Can Feyzioğlu and Senem Çapur contributed with translations and proof reading.

Endless thanks to all.

Thanks to Ayşegül Kanat, who proofread the book voluntarily and Bart Communication Agency, Ebru General Feyzioğlu, Ali Demir ve Didem Gürkan who designed the book voluntarily again.

2. Rusihak, "Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları Raporu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri" İstanbul, 2008.

HEP BİRLİKTE DAHA YAŞANASI BİR HAYAT İÇİN

Dilek Aksangör
Zihinsel engelli yakını,
Rusihak-ara Manisa Dayanışma
Merkezi, Tecrübeyle Uzmanı

"Rusihak hakkında çok olumlu şeyler hissediyorum. Öncelikle bu sayede belki de hayatım boyunca asla tanışma fırsatı bulamayacağım çok özel insanlarla birlikte çalışma fırsatı buldum. Ayrıca el ele verince neler yapılabileceğini bir kez daha görmüş ve daha çok inanmış oldum. Rusihak yeni açıldığı zamanlar açıkçası bu kadar güzel bir ortamda çalışacağımı tahmin etmiyordum. Birlikte öyle güzel ve bence anlamlı şeyler paylaştık ki projenin devam edemeyeceği ihtimali bile benim yüreğimi sızlattı.

Bence Rusihak Manisa için adeta bir kılavuz oldu. Çünkü bazen insan çemberin içindeyken nerede olduğunu kendi bile bilemiyor. Birilerinin elinden tutup bu çemberin dışına çekmesi gerekiyor.

Yürüyüp yoluna devam etmesi için yüreklendirmek gerekiyor. İçindeki sızıyı anlamak, belki de onunla oturup ağlamak gerekiyor. Rusihak'ta çalışan bütün arkadaşlarımız bize ulaştırılan zorlukları, bir çözüm bulabilmek için adeta kendi dertleriymiş gibi benimseyip mücadele ettiler.

Dilerim henüz daha çok yeni olan bu yer kılavuzluk yapmaya devam eder. 'Nasıl kalıcı oluruz?'a gelince; bana göre, bu şehir baz alınarak konuşmak gerekirse, sadece bize ulaşanlarla yetinmeyip ihtiyacı olanlara ulaşmakla ilk adımı atmış olabiliriz. Çünkü daha önce de yaşanmışlıklardan bildiğim kadarıyla zaten insanlar birçok yere koşup sorularına çözüm aramaya çalışmışlar. Çoğu zaman da ya çare bulamamış ya da koşmaktan, yalnız mücadele etmekten yorulmuşlar. Bize başvurmak konusunda da bu nedenle çok istekli olmayabilirler. İnsanlar sözle ifade edilmiş şeylerin, yasalarımıza yazılmış olan kanunların gerçekten hayata geçirilmiş bir şekilde eşit koşullarda ve herkese sunulmasını ister. Bizim de kendimizi anlatabilmemizin en iyi yolu gerçekçi ve eşit çözüme giden bu uzun yolda hep birlikte, çakarsızca yürüme isteğimizi insanlara anlatmak ve inandırıcı olmaktır.

Aldığımız bütün başvurularda anlatılan şey aynı: ŞİMDİ NE OLACAK? Koşup koşup varacağımız yer neresi? Bence vardığımız yer kesinlikle huzurlu ve mutlu bir kalp. Mutlu olmak içinde en önemli unsur eşitlik. İnsanlara eşit, adaletli bir hayata varabileceğimizi anlatıp inandırabilirsek, bütün farklılıklarımıza rağmen birlikte yaşayabileceğimize inanır ve inandırabilirsek, keşkelemlerle yüreklerimizi acıtmak yerine mücadele ederek güçlenebilirsek bence her şey daha iyi olabilir. Bunun için bize ulaşanlarla hayatı paylaşmak, ulaşamayanlara ulaşmak gerekli diye düşünüyorum.

Bize destek olmasını istediğimiz kurumlara gelince, kesinlikle hayata bizim penceremizden bakmalarını sağlamak için onlarla daha sık, daha kaliteli ama bir o kadar da cesaretli, işbirliği yapabilmek için ısrarla görüşmeliyiz. Bu kurumların başındakiler de bizim gibi insan en nihayetinde. Aynı dilden konuşursak eminim her şeye rağmen anlaşabiliriz.

Ben kendi adıma umutluyum hâlâ. Hiçbir şey için geç kalınmış sayılmaz. Hep birlikte daha yaşanasi olur bu hayat. OMUZ OMUZA,YÜREK YÜREĞE..."

1. BÖLÜM

**“Zihinsel ve Ruhsal
Rahatsızlığı Olan Bireylerin
Topluma Dâhil Olması İçin
Toplum-temelli Bir
Ruh Sağlığı Sistemi Modeli
Yaratma”
Projesi**



KISACA

Bu bireylerin kendileri, yakınları ve onlara hizmet sunan tüm kurumlarla anketler, birebir görüşmeler ve toplantılar yapıldı.

Manisa ve İstanbul'da dayanışma merkezleri açıldı. Bu merkezlerde psikolog, sosyal çalışmacı ve zihinsel engelli, şizofren gibi isimlerle bilinen kişiler ile yakınları çalıştı.

Merkezlere başvuranların sorunları dinlendi, ne istedikleri soruldu, alabilecekleri hizmetler ve hakları anlatıldı, ilgili kurumlara gittiler, sorunları çözülünceye kadar sosyal çalışmacı o işi takip etti.

Zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan bireyler ve yakınları için şu soruların yanıtları arandı:

- Toplum içinde ne tür sorunlar yaşıyorlar?
- Ne tür hizmetler alıyorlar? Bu hizmetleri veren kurumlar bir araya gelerek daha iyi bir hizmet sistemi kurabilir mi?
- Sorunu birebir yaşayan kişilerin ve yakınlarının sesi ne kadar duyuluyor?
- Neye ihtiyaçları var?
- Toplum-temelli bir hizmet Türkiye'de nasıl uygulanabilir?

Bu kitapta bu sorulara verilen yanıtlar, yurtdışında uygulanan toplum-temelli hizmetler ve ortaya çıkan öneriler yer almakta.

PROJE NEREDE, NASIL UYGULANDI?

1. Hedef gruba hizmet veren tüm kurumlar (resmi, özel, STÖ) ve sorunu bire bir yaşayan gruplarla ihtiyaç analizi yapıldı.
2. İstanbul ve Manisa’da “Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında Dayanışma Merkezi”adıyla birer ofis açıldı.
3. Ofislerde birer sosyal çalışmacı ve klinik psikolog, ağırlıklı yüz yüze görüşmeler yoluyla danışma ve yönlendirme hizmeti verdi.
4. Ayrıca her ofiste dörder tecrübeyle uzman kişi ve aile üyesi çeyrek zamanlı çalıştı, bilgi uzmanlarıyla tecrübelerini paylaştı, ofislerin yönetimi ve günlük işlerde aktif rol aldılar.
5. Projeyle ve toplum temelli hizmetlerle ilgili taraflara bilgi veren birer tanıtım toplantısı ve model önerilerine dönük atölye çalışması yapıldı.
6. Ankara’da ilgili kurumların üst düzey yöneticilerine ve politikacılara dönük iki toplantı yapılarak konunun önemi, sorunu yaşayanların hizmetlerin planlanma ve uygulanma sürecine katılımının önemi vurgulandı.
7. İhtiyaçları ve önerileri dile getiren bir belgesel hazırlandı.
8. Toplum-temelli hizmetleri ve Türkiye’deki durumu ve atılabilecek adımları anlatan elinizdeki kitap hazırlanarak ilgili kişi ve kurumlara dağıtıldı.

SAYILARLA PROJELERİMİZ

İstanbul, Manisa ve Ankara’da Yüz yüze görüşme, toplantı davetlileri ve katılımcılarıyla 600’den fazla kişiye ulaşıldı .

İhtiyaç Analizi Çalışmasına Katılanlar

	Teşhis Almış Kişiler	Yakınlar	Kurum Çalışanları	Toplam
İstanbul	27	28	38	93
Manisa	27	27	46	100
Toplam	54	55	84	193

Dayanışma Merkezleri’ne Yapılan Başvurular (Mayıs 2009-Ocak 2010) Yaş grubu: 8 -70

	Kadın	Erkek	Kendisi için Başvuran	Bir Yakını İçin Başvuran	Şehiriçi Başvuru	Diğer Şehirlerde	Zihinsel Sorunlarla İlgili	Ruhsal Sorunlarla İlgili	Toplam
Manisa	47	38	32	53	68	17	12	73	85
İstanbul	40	55	46	49	77	18	15	80	95
Toplam	87	93	78	102	145	35	27	153	180

Başvuru Nedenleri

	Manisa	İstanbul	Toplam
Psikolojik-psikiyatrik destek için başvurulabilecek yerleri öğrenme	34	17	51
Hizmet alırken (tıbbi rapor süreci, çalışanların tutumları vs) yaşanan problemler	25	25	50
Kendine güven ve hakkını savunma için psikolojik destek	16	25	41
Yasal konular (vesayet, aylıklar vs)	6	12	18
Merkezlerde verilen hizmetleri öğrenmek ve tecrübelerini paylaşmak	4	11	15
Bağımsız yaşam, iş bulma vs. desteği		5	5
Toplam	85	95	180

Merkezleri Nereden Duydular?

	Ulusal Basın	Yerel Basın	Web Sitesi	Dernek, Arkadaşlar	Broşür, Poster	Diğer Kurumlar	Toplam
Manisa	26	28	4	25	-	2	85
İstanbul	56	-	2	27	3	6	95
Toplam	82	28	6	52	3	8	180

RUSİHAK-ARA İSTANBUL DAYANIŞMA MERKEZİ SOSYAL HİZMET DESTEĞİ

Gülsun Kanat Dinç
Sosyal Çalışmacı

AMAÇ VE YAPILAN ÇALIŞMALAR

Akıl ve ruh sağlığı alanında sorun yaşayan bireyler için gerçekleştirilmesi düşünülen “toplumtemelli” modelin olmazsa olmazlarından bir tanesi bireyin veya ailesinin/bakıcısının yapılan çalışmalara, alınan kararlara etkin bir biçimde katılmasını ve tercihlerde bulunmasını, sağlayabilmektir. Bu da pratiğin içerisine engelli veya bakımından sorumlu kişiyi çalışan olarak katarak veya bireyin ihtiyaçlarını dikkate alarak gerçekleştirilir. İhtiyaçların analizi gerçekleştirilirken de bireyin biricikliği ve kendi ihtiyacını belirleyebilme kapasitesine sahip oluşu merkeze alınır. İhtiyaçları bizim bakış açımızla değerli, anlamlı, gerekli veya gereksiz diye değerlendirilemez, yargılanamaz. Burada klasik sosyal hizmet anlayışından farklı olarak, bireyin bağımsız yaşama, karar verme ve kendi gizilgücünü artırabilme konusunda teşvik edilmesi, saygı duyulması, önyargısız yaklaşılması çok önemlidir. Önce bireyin insan olduğunu görmemiz, sakatlığına değil insan oluşuna ve haklarına odaklanmamız gerekir. Yaptığımız çalışmayı ayrımcılığa karşı bir çalışma haline getirecek unsurlardan biri bu olduğu için, davranış ve ilişkilene biçimlerimizi bu ilkenin üzerine oturtmaya çalıştık.

Özetle projemizin uygulama sürecinde pratiğimizi baskıcı olmayan, ayrımcılığa karşı duran sosyal hizmet etik ve değerleri ile biçimlendirmeye çalıştık. Dolayısıyla engelli bireyin sakatlığının oluşturduğu yetersizliği değil; kişinin yaşamını kontrol altına alan ve biçimlendiren kişisel, kültürel, yapısal ve fiziksel engelleri çözmesi için birey ile bakımından sorumlu olan kişileri güçlendirme üzerine odaklandık.

BİZE HANGİ İHTİYAÇLARLA BAŞVURDULAR:

İstanbul şubemize başvuranlar sosyal, ekonomik, hukuksal ve psikolojik-psikiyatrik destek ihtiyaçları nedenleri ile bize geldiler veya telefon ettiler. Başvurular arasında genel psikolojik rahatsızlıklar yaşayanlar olduğu gibi çocukları ile yaşadıkları iletişim problemlerini de paylaşanlar oldu. Başvuruların bize yansıttığı yaşanan sorunlar içerisinde,

- Hakları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmama
- Var olan kaynaklar hakkında yeterli bilginin olmaması
- Evde bakım, engelli aylığı gibi desteklerle ilgili yaşanan sıkıntılar
- Barınma-iş ihtiyacı
- Sorunu yaşayanların ve ailelerin psikolojik desteğinin olmaması
- Aile içi çatışma
- Bağımsız yaşayabilme veya karar verebilmek için yeterli ekonomik desteğin olmaması
- Aile içi şiddet
- Sosyalleşme ihtiyacı
- Yetişkin ve çocuk psikiyatristi ihtiyacı, raporlarla ilgili yaşanan sıkıntılar
- Hukuksal bilgilendirme ve destek ihtiyaçları yer almaktadır.

“Eğer çözümün bir parçası değilsen, sorunun bir parçasısındır.”
Neil Thompson

Sosyal çalışmacı desteği verilirken önyargısız, ayrımcılığa karşı, ezen ilişkisinden uzak etkin dinleme yapıldı ve güçlendirme esas alındı.

NASIL BİR DESTEK VERİLDİ?:

Projemizin başladığı ilk günlerde öncelikle "Yerelde ve İstanbul genelinde, bu alanda ne tür kaynaklar var?" araştırılması yapıldı ve ekip arkadaşlarımızla birlikte yerinde tanıma, öğrenme sağlandı. Projenin amacına uygun olarak istihdam edilen sorunu yaşayan bireyler ile yakınlarından oluşan ekip arkadaşlarımızın deneyim ve bilgilerine başvuruldu. Toplum-temelli ruh sağlığı sistemi modelinin gerçekleştirilmesi için gerekli böylesi temel bir prensibin proje içerisinde hayata geçirilmiş olması başvuruların ihtiyaçlarının değerlendirilmesi sırasında ihtiyaçlarla buluşmalarına etkin destek verebilmeyi sağladığı gibi bu alanda çalışan bir sosyal çalışmacı olarak benim de güçlenmemi ve güven kazanmamı sağlamış oldu.

Sosyal çalışmacı desteği verilirken ön yargısız, ayrımcılığa karşı, ezen ilişkisinden uzak etkin dinleme yapıldı ve güçlendirme esas alındı. Her başvuran biricik olarak dinlendi, benzetme, yargılama, küçümseme, damgalama yapılmadan bireyin saygınlığı kendisine yansıtılarak iletişim kurulmaya çalışıldı. Anlatımını, paylaşımını teşvik edebilmek amacıyla başvuruların dinlendiği odanın fiziksel koşullarının da uygun olması göz önüne alındı ve bu paylaşımı engelleyebilecek unsurların olmaması gözetildi. Başvuranın başvurduğu konu ile kimliğinin gizliliğine hassasiyet gösterildi ve bu da kendisine yansıtıldı.

Proje sürecinde başvuruların ihtiyaçlarının değerlendirilmesi sonucunda gözlemlenen karşılanmamış ihtiyaçları var olan kaynaklar ile buluşturabilmek için kaynaklara işaret edildi, kullanabilmeleri için gerekli destek verildi. Bu kaynakları kullanıp kullanmayacaklarına kendilerinin karar vermeleri, kaynaklara ulaşmada çekince yaşayanların özgüven geliştirmeleri ve ulaşmadaki engelleri kaldırma gibi konularda destek vermeye dikkat edildi. Karşılanmamış ihtiyaçlarla buluşturulan bazı kaynaklar şöyle:

- > Psikolojik desteğe ihtiyaç duyanların psikoloğumuza yönlendirilmesi
- > Psikiyatriste yönlendirme (1 kişi ilaçsız, grup terapisi ile gelişme gösterdi)
 - 1 kişiye evde bakım parası bağlanması konusunda destek verildi, 8 kişinin Kadın Koordinasyon Merkezi'ne yönlendirilmesi, 4 kişinin maddi, 4 kişinin düzenli yemek kuponu, 2 kişinin aynı destek alması ,
 - 3 kişiye gönüllü avukat desteği verilmesi,
 - Bir kişinin Sosyal Hizmetler'in yardımıyla İstanbul dışında Özel Bakım Evi'ne yerleştirilmesi
 - Sokakta yaşadığı için sürekli kaybettiği ücretsiz ulaşım kartını yenilemeyen İETT yerine SHÇEK'e başvurmasının sağlanması ve Özürlü Kartı'nın ivedi olarak Sosyal Hizmetler tarafından çıkartılmasına destek
 - İşkur desteği ile iki kişinin engelli raporunun çıkarılması ve İETT kartlarının alınması
 - Okuma yazma bilmeyen bir kişinin evine elektrik, su bağlanabilmesi için bu kurumlara gidilip başvurulmasında RUSİHAK gönüllüsünün refakatçi olması.

Bağımsız yaşayabilmek, istediği bölge ve şehirde yerleşmek, ailesi ile birlikte kalırken ekonomik özgürlüğe sahip olabilmek, dış ve diğer fiziksel sağlık ihtiyaçlarının giderilmesi konusunda sağlık güvencesi, çalışma, sosyalleşme, eğlenme, psikolojik terapi desteği, aynı ihtiyaçlar desteği, ailelerin veya bakıcılarının ihtiyacı olan psikolojik, ekonomik, mola desteği, medikal tedavi sonrası ya da sırasında tedavinin bir parçası olması gereken rehabilitasyon merkezle-

rine duyulan ihtiyaçlar, toplumsal yaklaşımdaki önyargılar, damgalanma, tanımlanma, ayrımcı ve aşağılayıcı yaklaşımlar, gelecek kaygıları gibi bütün bu sorunlar başvuruların karşılanmayan ihtiyaçlarını oluşturmakta. Sistemden kaynaklanan sıkıntıları bu raporun bir başka bölümünde ayrıntılı bir şekilde (başvurulardan edindiğimiz bilgiler doğrultusunda) hazırladığımız için bu bölümde değinmeyeceğim.

Başvurularımızın bir kısmı hastanelerin (Devlet Hastaneleri, Bakırköy ve Erenköy Ruh Sağlığı Hastaneleri ile çapa gibi Eğitim ve Araştırma Hastaneleri) dışında, okul, SHÇEK, RAM, kaymakamlıkların mal müdürlükleri, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları gibi belediyeye ya da devlete ait kurumlara çeşitli nedenlerle başvurmuşlar veya ilişkide bulunmuşlar (tedavi olmak, rapor almak, eğitim gibi konularda). Buna rağmen bu kurumlardan hakları ve başvurulabilecek kaynaklar konusunda bütünsel bir bilgi almaları mümkün olamadığı gibi, kendilerine olan yaklaşımların üstten, yargılayıcı olduğunu düşünmekte. Sahip oldukları hakları veya destek programlarını (burada yetersizliğini bile sorgulamıyoruz) çok uzun sürelerde, çoğu zaman raslantı ile (otobüste sorun yaşayan bir kişi ile karşılaşmak veya komşudan bilgilenmek gibi) öğrenmek ve bunları parça parça elde etmek durumunda kalıyorlar. İstanbul büyük bir şehir, bürokratik olarak istenilen belgeleri temin edebilmek için bir bölgeden diğer bölgeye çok zaman harcayarak gitmek gerek. Az da olsa var olan rehabilitasyon merkezleri bireylerin ve ailelerin yaşadıkları alanların çok uzağında.

Çözüm Önerileri:

Psikiyatrik tanısı olan bireylerin ve zihinsel engellilerin, kendilerinin ve yakınlarının/bakıcılarının bilgiye kolay ulaşmaları için mekanizmaların oluşturulması, ilk tanı koyulduğunda ihtiyaç analizlerinin yapılmasının sağlanacağı ve gerektiğinde bireyin ve ailesinin/bakıcısının da destek alacağı bir bakım programının yapılması olumsuzlukları önleyici bir seçenek olabilir. Bu bakım programının nasıl olacağına sorunu yaşayan birey ve varsa bakımını sağlayan kişileri de etkin olarak dâhil etmek yukarıda sıralanan mağduriyet durumlarını ortadan kaldıracaktır. Böyle bir çözüm süreyi kısaltacak, bireyin gelişimini hızlandıracak ve en önemlisi çocuk yaşında tanısı konulan bireyin vaktinde desteğı verileceğı için hem bireyin hem ailenin toplum içerisinde sağlıklı bir şekilde var olmasına, katkıda bulunmasına destek olunmuş olacak. Burada öncelikle altını çizdiğimiz mesele kaynakların olmaması değil, var olan kaynakların, bilginin ve hakların kullanıcı ile daha sorunun başından buluşturulamamasıdır.

Zihinsel engellilerin ve psikiyatrik tanısı olanların ailelerinin, çocuklarının veya yakınlarının bakımında yalnızlaştırılmış, desteksiz bırakılmış olduğu da gözlemlediğimiz bir durum olmuştur. Bunun tersine, bireyin ailenin ihmeline, tacizine veya yetersizliğine karşı yalnız bırakıldığı da başvurularımızın anlatımlarında gözlemlenmiştir. Her iki sorunda da yine önleyici çalışmanın engelli (zihinsel engeli olan ve psikiyatrik tanı almış birey) bireyin ihtiyaçlarının takibini yapacak bir sistemin oluşturulmasıdır.

Kadın başvurularımızdan gözlemlediğimiz bir diğer olumsuzluk aile içinde kadına yönelik erkek şiddetidir. Şiddetin fiziksel, ekonomik ve cinsel biçimleri ile başvuruların karşılaştığını gözlemledik. Bu durum ilk başvurma nedenlerinin arasında olmamasına rağmen dinleme sırasında hemen ortaya çıkmaktadır. Sorunu yaşayan kadın eşin, annenin veya kızkardeşin bu konuda getirebileceğı işaretleri kaçırmamak, bu sorundan kaynaklanan ihtiyaçlara karşılık verebilmemizi sağlar. Yine annelerin babalar tarafından engelli çocuklarının bakımında çok sık yalnız bırakıldığını, bu durumdan kadınların suçlandığına tanık ol-

Psikiyatrik tanısı ve zihinsel engeli olan bireylerin, kendilerinin ve yakınlarının/bakıcılarının bilgiye kolay ulaşacakları mekanizmaların oluşturulması, ilk tanı koyulduğunda ihtiyaç analizlerinin yapılmasının sağlanacağı ve gerektiğinde bireyin ve ailesinin/bakıcısının da destek alacağı bir bakım programının yapılması olumsuzlukları önleyebilir.

Çalışanların
ayrımcılığa karşı
duran pratiklerinin
ve bireyin insan
haklarını göz önüne
alacak şekilde
çalışmalarının,
ruhsal/zihinsel
engelli bireylerin
topluma
katılmasının
önünü açacağını da
düşünmekteyiz.

duk. Anneler çocuklarının gelişimini sağlayabilmek için gösterdikleri çabada ekonomik, sosyal, duygusal desteklerden hiçbirini kocalarından alamayıp tamamen yalnız bırakılabiliyorlar. Çocuklarına bakabilmek, özel eğitime göndermek, tedavileri ve gelişimleri için seçenek aramak ve kullanmak, bunlar için para gerekli olduğunda sosyal güvencesi olmayan yarı zamanlarda çalışmak zorunda kalıyorlar. Örneğin bir başvuramız sosyal güvencesi olan işinden ayrılıp engelli çocuğu ve çocuklarının bakımını üstleniyor. Fakat eşi bakım için gerekli bazı şeyleri karşılamadığından evde ekmek yaparak eşinin eve bıraktığı ekmek parasını biriktiriyor ve apartman temizliği yapıyor (gizlice). Başvurularımız içerisinde bu anlattığımız sorunları yaşayan, kendi kişisel ihtiyacını, güvenliğini ve sağlığını ihmal etmek zorunda olup bu tür zahmetli, yorucu çözümlerle sorunları ile baş eden kadınlar bulunmaktadır.

Çocuğun bakımını yapan kişilerin ihtiyaçlarını da analiz etmemiz, oluşturacağımız hizmetlerin ve kaynakların dağıtımını bu ihtiyaçlardan yola çıkarak tasarlamamız gerekmektedir. Psikiyatrik tanıli veya zihinsel engelli bireylerin ihtiyaçları "özel ihtiyaçlar ve özel yardım, düzenleme, geliştirme" isteyen ihtiyaçlar değil, temel gereksinimlerdir.

Zihinsel engelli çocuklar için okul sonrasında veya tatil dönemlerinde gidebilecekleri, gelişimlerini sağlayıp eğlenebilecekleri güvenli, süpervizyon yapılan, serüvenli oyun alanlarına ihtiyaç vardır.

Bu tip merkezler hem aileleri desteklemiş olacak onların işgücünden yararlanılabilecek, ailenin ekonomisine katkı olacak hem de engelli çocuğun (zihinsel ve fiziksel engelli 5-15 yaş arası çocukların gidebileceği) eğitim, fiziksel gelişim ve sosyal-psikolojik ihtiyaçları karşılanmış olacak. Oyunun engelli olmayan bir çocuğun hayatında çok önemli yeri olduğu gibi aynı şey engelli olan bir çocuk için de geçerlidir. Burada da yine birinci bölümde söylediğimiz gibi zihinsel engelli çocukların da ihtiyaçlarını analiz eden, eğitim, bakım ve gelişim planını ve takibinin gerçekleşmesini sağlayan bir sorumlu sosyal çalışmacıya ihtiyaç olduğu sonucuna varılmıştır.

Tanı konulduğunda ailenin yönlendirilebileceği, belediyeye veya SHÇEK'e bağlı çalışan sosyal çalışmacıların yer aldığı bir merkezin olmaması nedeniyle her şey ailenin takdirine, olanağına ve becerisine kalıyor. Aileler ile bakıcılar da yakınlarının çocukluklarında, gençliklerinde ve yetişkinliklerinde değişen ihtiyaçlarını karşılamak, ilişkileri düzenlemek, bu çocuk-genç ve yetişkin bireylerin bağımsızlaşmaları için neler yapılabilirli tespit edecek bir sosyal çalışmacıya gerek duymaktadır. Ayrıca böyle sorumlu bir çalışan, çocuğu aileye karşı da koruyacak, ihtiyaçlarla kaynakları buluşturacak veya kaynak eksikliğini gerekli birimlere bildirip, kaynak oluşmasına katkıda bulunacaktır. Bir sosyal çalışmacı çocukların gelişimini engelleyen unsurları fark ederek, çözüm üretilmesini de sağlayacaktır. Bize başvuran ailelerin zihinsel engelli çocuklarının birçoğunun, var olan kaynaklarla buluşması daha küçük yaşta gerçekleşmiş olsaydı, fiziksel, psikolojik, sosyal, zihinsel gelişmeleri, topluma katılmaları, bağımsızlaşmaları çok daha erken yaşta gerçekleşecekti, ailelerin daha az bıkkın ve yorgun olacağı gözlemlenmiştir.

Toplumsal önyargı bu alanlarda çalışanların içerisinde de sorgulanmalı, "farkındalık" hem aile hem toplum için olduğu kadar, alanda çalışan veya hizmet sunan birimlerde de meslek içi eğitimlerle artırılmalı. Halen zihinsel engelli genç veya yetişkini "çocuk" diye çağırarak meslek elemanları çoğunluktadır. Bu tutumun zihinsel engelli bireyin bağımsızlaşabileceği ortamları hazırlamaya ve desteğini vermeye önleyici bir durumu oluşturduğu gözlenmiştir. Çalışanların ayrımcılığa karşı duran pratikleri ve bireyin insan haklarını göz önüne alacak şekilde çalışmaları, zihinsel engelli bireylerin topluma katılmasının önünü açacağını da düşünmekteyiz.

RUSİHAK-ARA İSTANBUL DAYANIŞMA MERKEZİ

Evrem Tilki
Klinik Psikolog

PSİKOLOJİK DESTEK HİZMETLERİ

AMAÇ VE YAPILAN ÇALIŞMALAR

Dayanişma Merkezi'nde psikiyatrik tanısı olan kişi ve yakınları ile zihinsel engeli olan kişi ve yakınlarına yönelik ihtiyaç tespiti, psikolojik danışmanlık ve yönlendirme yanında, ofis içinde yürütülen sosyal destek çalışmaları ve sorunu bizzat yaşayan ofis çalışanlarıyla birlikte bir çalışma ortamı yaratma amacı bulunuyordu.

İstanbul Dayanışma Merkezi'nde psikolojik destek ihtiyacı olan 37 başvuru ile görüldü. Bu başvurulardan 27'sine yüz yüze, 10 kişiye ise telefonda danışmanlık hizmeti verildi. Başvurular psikiyatrik tanısı olan kişi ile yakınları, zihinsel engeli olan kişi ve yakınları ile genel ruhsal sıkıntılar nedeniyle başvuruda bulundular.

PSİKIYATRİK TANISI OLAN KİŞİLER:

Başvuruların büyük bir kısmı yaşadıkları sıkıntılar ortaya çıktığı andan itibaren bilgilendirilme ve desteklenme ihtiyacı içinde olduklarını dile getirdiler. Hastanelerde aldıkları kurumsal ve ilaç desteği yanında düzenli psikolojik destek isteklerini belirttiler. Bunu ücretsiz/ düşük ücretli alabilecekleri neredeyse hiçbir kurum yok. Görüştikleri doktorun sürekli değişmesinin duygusal olarak onlara iyi gelmediğini, hizmet aldıkları uzmanı seçmek istediklerini belirtenler oldu. Psikolojik desteği psikiyatristiyle beraber yürütecek bir psikolojik destek ağına hastanenin içinden yürütülmesini isteyenler de vardı. Maddi olarak sıkıntı içinde olan bu bireyler, hastalıkları hakkında içgörü geliştirmiş, güçlenmiş, kendilerini ifade edebilir durumda oldukları halde, bağımsız yaşam konusunda hiçbir destek görmediklerinden, kendileri için çok ağır iş koşullarına girmek zorunda olmak, girememek gibi zorluklarla başbaşa kalmaktalar. Bu nedenle İstanbul'da bağımsız yaşamının tüm yollarını deneyerek bunun onlara iyi geldiğini de söyleyen başvuranlarımızdan, kendisine iyi gelmeyeceğini bile bile yıllardır aynı ortamda çok uzun süre bir arada bulunmadığı ailelerinin yanına geri dönmek zorunda kalanlar oldu. Şehir dışından arayanlardan bazıları, büyük şehirler dışında hizmetlerin çok yetersiz olduğunu, hiçbir kurumun yeterli donanıma sahip olmadığını, nereye başvuracaklarını bilemediklerini, hizmet alabilmek için İstanbul gibi büyük şehirlere ulaşmak zorunda kaldıklarını belirttiler.

Bu kişilerin düzenli gidip zaman geçirebilecekleri, üretimde bulunacakları, sosyalleşebilecekleri ve bunun üzerinden güçlenebilecekleri alanların yaratılması çok önemli gözüküyor. Örneğin Bakırköy Gündüz Hastanesi bu anlamda güzel bir olanak sağlamış. İstanbul Dayanışma Merkezi gündüzlü bir bakım merkezi haline gelemese de başvuranların kimileri derneğe düzenli uğrayarak günlük yaşantılarının ev dışı düzenlemesi arasına dayanışma merkezini de kattılar. Başvuranlarımızdan düzenli derneğe uğrayarak gündelik yaşantısını düzenlemek üzere danışmanlık alanlar, haftalarının nasıl geçtiğini bilmediklerini dile getirdiler. Şayet ofis içinde düzene oturmuş faaliyetleri yapacak şartlar olsaydı bunlara da katılabilecek başvuranlarımız vardı.

Başvuranların büyük bir kısmı yaşadıkları sıkıntılar ortaya çıktığı andan itibaren bilgilendirilme ve desteklenme ihtiyacı içinde olduklarını dile getirdiler.

Psikiyatrik tanılı bireyler ve aileleri arasında yaşanan çatışmalı ilişkiler dört duvar arasında giderek çıkmaza giriyor ve sorunu daha düğümlenmiş bir hale sokuyor. Bu, rahatsızlığı tetikleyen bir hal de alabiliyor. Dolayısıyla çok acil olarak yakınlarla yönelik psikolojik destek çalışmalarının yürütülmesi gerekiyor.

PSİKİYATRİK TANISI OLAN KİŞİLERİN YAKINLARI:

Başvuran ailelerin en büyük sıkıntısı, bilgilendirme, yönlendirme ve desteklenmede kendilerini yalnız ve çaresiz hissetmeleri. Sıkıntı ortaya çıktığı andan itibaren nasıl davranacakları, nerelere başvuracaklarını bilemiyorlar. Kabullenmeme, öfke, korku, kaygı, çaresizlik, dışlanma, damgalanma, suçluluk, inkar gibi pek çok yoğun duyguyu yaşayan aile bireyleri bu sıkıntılarla başbaşa kalıyorlar. Psikiyatrik tanılı bireyler genellikle aileleri ile birlikte yaşamak durumunda, en yakınlarla yaşanan çatışmalı ilişkiler dört duvar arasında giderek çıkmaza giriyor ve sorunu daha düğümlenmiş bir hale sokuyor. Bu, rahatsızlığı tetikleyen bir hal de alabiliyor. Dolayısıyla çok acil olarak yakınlarla yönelik psikolojik destek çalışmalarının yürütülmesi gerekiyor.

Yakınlarını kuruma bırakmak durumunda kalmış aile bireyleri de, geride kalanın/hayatta kalanın suçluluğu, utanç, çaresizlik, terketme/terkedilme gibi duygularla başbaşa kalıyor. Birlikte yaşayan aile bireyleri kendilerine ait hiçbir alanın kalmayışı, sürekli birlikte olmaktan dolayı yorgunluk, bitkinlik, enerjisizlik gibi sıkıntılarla boğuşuyor. Örneğin uzun süredir kurumda kalmış ancak şimdi dışarıya bırakılma ihtimali olan bir yakını ile ilgili başvuruda bulunan, çocukluğunda aynı evde bulunmaktan yaşadığı korku ve çaresizlik duygularıyla tekrar yüzleştiğini ve bir anda, hiçbir hazırlık yapılmadan aynı evi paylaşma ihtimaliyle nasıl baş edeceğini bilemediğini anlatan başvurularımız oldu. Görüşülen başvurular sadece psikiyatrik tanı almış yakınları ile ilgili değil, aile içi çatışmalar, ilişkisel sorunlar, ekonomik sorunlar gibi çok çeşitli konularda konuşmaya ihtiyaçları olduğunu dile getirdiler. Beş başvuru yakını ile kısa dönemli psikolojik destek çalışması yapıldı. Burada vurgulanması gereken, sorunu yaşayan birey ve yakınlarına yönelik yapılacak bir hizmet modelinin, tıbbi müdahale ve/veya yataklı/kuruma yerleştirmeye dayalı ve ondan ibaret bir sistem olmaktan çıkıp, bireyi ve yakınlarını güçlendirecek, toplum içinde var olmasını sağlayacak bir şekilde yeniden düzenlenmesi gerektiğidir. Buna ek olarak sorunu, sadece onu yaşayan bireyin üzerinde bırakmak yerine, bu sorunun toplumun bütününe kapsayan bir sorun olduğunu kabul eden bir bakış açısı üzerinde düşünmek gereklidir. Yapılan başvurularda da yaşadıkları sıkıntılarla baş etme yöntemleri en gelişmiş olanlar, ailenin kabullenışı en yüksek, sosyal olarak destekli, bağımsız yaşama konusunda desteklenmiş ve bunu isteyen, okumaya, sanat çalışmalarına katılımı desteklenerek düzenli psikiyatrik ve psikolojik desteğe ulaşabilmiş, kendi kazancını sağlayabilen kişilerdi.

ZİHİNSEL ENGELİ BULUNAN KİŞİ VE YAKINLARI:

Psikiyatrik tanı ile karşılaştırıldığında zihinsel engelli birey ile yakınlarının başvuruları daha az sayıda oldu. Burada da temel sıkıntı, ailenin bilgilendirme ve yönlendirilme konusunda çok desteksiz kalmış hissetmesi. Rehberlik Araştırma Merkezleri'nde sadece eğitimsel tanılama çalışmaları yapılabilir, özel eğitim kurumlarında sadece akademik ağırlıklı özel eğitim çalışmaları verilebiliyor. Bunların yanında düzenli rapor çıkartmak zorunda kalmak, psikiyatriden randevu almanın zorluğu, hizmete ulaşmanın zorluğu ve bürokratik engeller aileyi daha büyük bir sıkıntıya sokuyor. Rehabilitasyon merkezlerine ulaşma sıkıntısı, servis hizmeti, özel eğitim uzmanı, fizyoterapist, konuşma terapisi gibi hizmetlerin tamamen merkezin inisiyatif ve şartlarına bağlı bırakılması sıkıntı yaratıyor gibi görünüyor. Özel eğitim ne demek, yaygın eğitimden faydalanma hakları nedir, rapor nasıl çıkartılır vs. gibi konularda ailenin bilgilendirilme ihtiyacı var. Ancak psikiyatrik tanılı kişiler ve yakınlarında olduğu gibi burada da hem bireyin hem de yakınının duygusal anlamda desteklenmeye, bireysel fark-

lılıkları üzerinden eğitime ve sosyal yaşam kurmaya ihtiyacı ve hakkı var. Aile bireylerinin çocuklarının farklılıklarını kabullenme, öfke, çaresizlik vs gibi duygularla başatme konusunda desteğe ihtiyaçları var. Temel sıkıntılardan biri de, çocuğun yaşı bydk devam edebileceği kurumların sayısının azalması ve var olan kurumların yüksek ücretlerle hizmet veren özel kurumlar olması. Çocukların yönlendirilebileceği hiçbir kurum olmadığından genellikle anne ile kalan çocuklar evden çıkamıyor dolayısıyla anne de evden çıkamaz hale geliyor. Hayatlarını birbirlerinden bağımsızlaştırmaları neredeyse imknsız kılan bu ilişki, iki taraf için de güçlendirici değil, bağımlılık yaratan bir ilişki oluşturuyor.

GENEL RUHSAL SORUNLAR:

Proje başladığında, hedeflenen kitle psikiyatrik ve zihinsel engeli bulunan bireyler olmasına rağmen, çok sayıda genel ruh sağlığı ile ilgili danışmanlık ihtiyacı olan kişiler başvuruda bulundular. Genel ruhsal sorunlar ile ilgili gidilebilecek kurum sayısının azlığı önleyici bir çalışmanın yapılmasını da zorlaştırıyor. Genelde başvurular panik atak, tik, depresyon, ebeveyn tutumları, aile içi problemler, aile içi şiddet, taciz, kendine zarar verme düşünceleri gibi sıkıntılarla yapıldı. Psikolojik destek, psikiyatrik tanılar, hangi hizmetin nerede verildiği, psikiyatrik tedavi, terapi desteği ve psikolojik danışmanlık arasındaki farklara ilişkin bilgileneilmeye ihtiyaç duyuluyor.

Bu tip hizmetlerde ulaşım kolaylığı, devamlılık ve ücretsiz/düşük ücretli olması çok önem taşıyor.

Aile Danışmanlık Merkezleri alışanların kaliteli hizmet vermesini sağlamak koşuluyla önemli bir ihtiyaç karşılayabilir duruma getirilebilir.

GENEL DEğERLENDİRME:

Psikiyatrik tanılı veya zihinsel engelli bireylere ve yakınlarına yönelik yapılacak çalışmaların sadece tanılama, tıbbi ve eğitsel müdahaleden çıkıp, bireyin biricik ihtiyaçları üzerinden şekillenen, sosyal yaşamda da güçlenmesini sağlayan, çok yönlü bir hizmet anlayışının geliştirilmesi gerekiyor. Bunu yaparken aile bireylerinin de desteklenmesi ve güçlenmesi gerekiyor. Bunun için de gerek devlet ruh sağlığı politikalarının, gerekse yerel yönetim çalışmalarının kaynaklarını, çalışanlarının donanımından, kentin düzenlenmesine kadar ayrıntılı bir planlamayla ve sorunu bizzat yaşayan kişileri bu çalışmaların içine katacak şekilde bir yapılanmayla en st düzeyde kullanması şarttır.

Psikiyatrik tanılı
veya zihinsel engelli
bireylere ve
yakınlarına yönelik
yapılacak
Çalışmaların sadece
tanılama, tıbbi ve
eğitsel
müdahaleden çıkıp,
bireyin biricik
ihtiyaçları üzerinden
şekillenen, sosyal
yaşamda da
güçlenmesini
sağlayan, çok yönlü
bir hizmet
anlayışının
geliştirilmesi
gerektiriyor.

RUSİHAK-ARA MANİSA DAYANIŞMA MERKEZİ

Ürün Perçin
Sosyal Çalışmacı

İrem Umuroğlu
Psikolog

Akıl sağlığı alanında sorun yaşayan kişilerin yakınlarının dile getirdikleri en önemli sorun; gece-gündüz, zamanlarını sadece evlatlarına ayırmak durumunda kalmaları, ailelerin de bir süre sonra çocukları gibi sosyal hayattan ve toplumdan uzaklaşmalarıdır.

Manisa gelişmekte olan küçük bir il olduğundan, özellikle ruh sağlığı alanında, kişilerin kendilerinin ve yakınlarının hastanelerin psikiyatri bölümleri ve Manisa Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi dışında başvurabilecekleri, rehabilitasyon hizmeti alabilecekleri merkezler bulunmamaktadır. Kuruluş sayısının bu kadar sınırlı oluşu psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerin de alabilecekleri hizmetlerin çeşitliliğini sınırlandırmaktadır. Kişilerin, psikolojik rahatsızlıkları sebebiyle, özellikle evde aileleriyle birlikte yaşamalarını zorlaştıran durumlarda genellikle tercihler kişiyi evin içerisinde olabildiğince izole etmek (odasına kapatmak gibi) veya yatılı tedavi hizmeti veren hastanelere yatışını yaptırmak oluyor. Genelde başvurularda dile getirildiği gibi, insanlar (gerek Manisa Merkez’de, gerek Manisa ilçelerde), psikiyatrik rahatsızlığı olan kişilerdeki durumu ilk fark ettiklerinde din hocalarının dua, muska vb. hizmetlerine başvurumaktadırlar. Denedikleri bu yöntemlerin işe yaramadığını gördükten sonraki tercihleri ise az önce de değindiğimiz gibi, Manisa’daki kuruluş yetersizliğinden ötürü hastanelerin psikiyatri alanındaki yatılı tedavi imkanlarından yararlanmak veya kişiyi evde izole etmekten yana oluyor.

Yine Manisa’daki kurum yetersizliğinin akıl sağlığı alanında da yol açtığı birtakım sorunlar ve ailelerde yarattığı sıkıntılar söz konusudur. Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinin SHÇEK’ten alınıp Milli Eğitim Bakanlığı’nın denetimine verilmesinden sonra Manisa’daki Özel Makbule Ölçen Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi’nin yatılı kısmı kaldırılmış, böylece Manisa ilinde zihinsel engelli kişilere yatılı bakım hizmeti veren tek yer de kapatılmıştır. Bu durumdan ötürü, akıl sağlığı alanında sorun yaşayan kişilerin yakınlarının dile getirdikleri en önemli sorunları; gece-gündüz, zamanlarını sadece evlatlarına ayırmak durumunda kalmaları, ailelerin de bir süre sonra çocukları gibi sosyal hayattan ve toplumdan uzaklaşmalarıdır.

Zihinsel Engellilerin Sorunları:

- Merkezimize gelen başvurular arasında akıl sağlığı alanında danışanların sıklıkla dile getirdiği yakınmalardan, bizim görüşmelerimizden ve Manisa’daki bir yıllık deneyimimizden çıkarılabilecek en önemli sorunlar şöyledir;
- Kuruluşlarda zihinsel engellilerle birlikte derslere giren öğretmenlerin özel eğitim ve rehabilitasyon alanında eğitimsiz olmaları, kişilere yeni beceriler kazandırmakta zorluk yaratmaktadır. Eğitim kriteri yüksek tutulmalıdır.
- Özellikle akıl sağlığı alanında çalışan kişilere süpervizyon eğitimi verilmediği için çalışanların motivasyonları ve iş verimleri düşmektedir. Bu alanda verilen eğitimin verimini artırabilmek için belirli aralıklarla yapılan süpervizyon her kuruluş için zorunlu olmalıdır.
- Kuruluşlarda psikolog bulunmaması ya da var olan psikologlardan öğrencilerin yararlanamaması, öğrencilerin saldırgan davranışlarını artırmaktadır. Söz konusu bu psikolojik hizmetin sık aralıklarla öğrencilere verilmesi zorunlu tutulmalıdır.

- Zihinsel engelliliğin geçici bir rahatsızlık olmamasına karşın her yıl yeniden rapor alma zorunluluğu aile ve engelli bireylerin çok zor anlar yaşamasına neden olmaktadır. Gerek engelli çocukların hastaneye götürülmesi, gerekse hastane ortamında uzun saatler bekletilmesi ve diğer insanların damgalayıcı, ayrımcı tutumu nedeniyle aileler ve bireyler psikolojik çöküntü yaşamaktadır.
- Manisa’da akıl sağlığı alanında hizmet veren yatılı bakımevlerinin olmaması da aileler için ciddi bir sorun oluşturmaktadır.

BAŞVURULARDA DİLE GETİRİLEN SORUNLAR KARŞISINDA NELER YAPILDI?

Merkezimizde verilmiş olan hizmetleri şöyle sıralayabiliriz:

- a- Danışanların hukuki yollarla başvuruda bulunmalarının gerekli olduğu alanlarda yasal prosedürlerin nasıl işlediği ve bu kurumlara hangi yollarla başvuruda bulunacakları, nelere dikkat etmeleri gerektiği anlatıldı. Talep eden başvuru sahiplerinin ilgili mercilere verilmek üzere dilekçeleri yazıldı. Kendi başına başvuruda bulunamayacak durumda olanlara eşlik edildi. Başvuruların takibi yapıldı.
- b- Zihinsel Engelliler Derneği üyeleri arasından bize başvuruda bulunan 15 danışanın (zihinsel engelli yakını) öncelikli ortak sorunları çocuklarının eğitim raporlarını her yıl yeniden çıkarmak zorunda kalmalarıydı. Yaşadıkları bu sıkıntı ile ilgili olarak resmi kurumlara nasıl bir dilekçe aracılığıyla başvuruları gerektiğiyle ilgili bilgilendirme yapıldı. Yazılan raporlarda Merkezimiz’de ilgili yerlere toplu dilekçe vermek için uygun bir sayıya ulaşıncaya kadar biriktirilmek üzere toplandı.
- c- Proje kapsamında yer almamasına rağmen, Manisa ilindeki psikolojik destek ihtiyacından ötürü, psikolojik destek için yapılan başvuruları, kendileri için uygun olabilecek merkez ve uzmanlara yönlendirme yapıldı.
- d- SHÇEK’ten aynı-nakdi yardım hizmeti ile ilgili bilgi alındı, hizmetten yararlanmak isteyen danışanlara, hangi belgelerle nereye başvurmaları gerektiği konusunda yönlendirme yapıldı.
- e- Çalışmak istediğini belirten danışanlarımıza, İş-Kur’a başvuruda bulunmaları konusunda yönlendirme yapıldı.
- f- Geçim sorunu yaşayan danışanlarımız ayrıca Sosyal Yardımlaşma Vakfı’na yönlendirildi.

SORUNLARA YÖNELİK OLARAK GETİRİLEN ÖNERİLER:

Daha önce bahsedilen sorunlara ve sorunların kaynaklarına ilişkin olarak, Manisa’daki ihtiyaçlar doğrultusunda, proje kapsamında gerçekleştirilebilecek çözüm önerileri aşağıdaki gibidir:

- Hastanelerin, devletten yeterince para gelmediği ya da bütçeleri olmaması nedeniyle gerçekleştirilememekten yakındıkları düzenlemeler ve yeni projeler için, kısa süreli, uygulanabilir AB hibe projeleri veya ilaç firmalarının bütçelerinden yararlanabilecekleri projeler hazırlamaları için önerilerde bulunmak.
- Özellikle ruh sağlığı hastanelerinde bütçe yetersizliği nedeniyle çalışanlara süpervizyon verilmemesi, bu alanda hizmet almak için gelen kişilerle olumsuz ilişkilerin yaşanmasına yol açmaktadır. Hizmet alan ve veren açısından da ele alındığında hem hizmet verenin yeterli ve istekle işini yapabilmesi hem de hizmet alan için de tatmin edici ve yararlı olabilmesi adına süpervizyon olanaklarının sağlanması gereklidir. Bunun gerçekleştirilememesinin çeşitli ve haklı sebepleri varsa da bunun yerine geçebilecek, hastane-de görev yapan psikiyatr, psikolog, hemşire ve hasta bakıcıların bir araya

Hem hizmet alan hem hizmet veren açısından, hizmet verenin yeterli ve istekle işini yapabilmesi ve hizmet alanlar için daha tatmin edici ve yararlı hizmet verilebilmesi adına çalışanlara eğitim ve süpervizyon olanaklarının sağlanması gereklidir.

Hizmet veren ve hizmet alanın memnuniyeti ve etkileşimli diyalogu için hastanede çalışan tüm personelin ve psikolojik rahatsızlığı olan kişi ve yakınlarının katıldığı sorun, ihtiyaç ve önerilerini paylaşabilecekleri ortamlar sağlanmalıdır.

gelerek, bilgi ve deneyimlerini, yaşadıkları sorunları ve hastanedeki işleyiş hakkındaki önerilerini paylaşabilecekleri tartışma günleri yaratılmalıdır.

Hatta, az önce değindiğimiz, hizmet veren ve hizmet alanın memnuniyeti ve etkileşimli diyalogu için bu toplantılara psikolojik rahatsızlığı olan kişi ve yakınlarının katılımı, onların da yine aynı şekilde sorun, ihtiyaç ve önerilerini paylaşabilecekleri bir ortam sağlanmalıdır.

- Akıl sağlığı alanında çalışmak da, tıpkı ruh sağlığı alanında çalışmanın yarattığı gibi çalışanlarında tükenmişlik ve isteksizlik yaratmaktadır. Bu nedenle, yine bu alanda da uzman kişilerce verilecek olan süpervizyon olanakları sağlanmalı, bu uzmanlara ulaşamıyorsa, kurumun bünyesindeki uzmanların birbirleriyle deneyim ve görüşlerini paylaşabilecekleri oturumlar düzenlenmelidir. Bu sürecin geçici bir heves ve isteklilik döneminden sonra sona ermemesi için de akıl ve ruh sağlığı alanlarında çalışanlarca yapılan bu tartışmalarda ortaya çıkan fikirlerin uygulamaya konması, sonuçların çalışanlara bildirilmesi ve sonuçların takip edilmesi sağlanmalıdır.
- Hastanelerde, özellikle yataklı tedavi bölümlerinde artık yeni hasta kabul edilecek yer olmamasından şikayet ediliyor. Yine, psikolog ve psikiyatrların hasta sayısının çok fazla olması nedeniyle yoğunluktan ve bundan ötürü herkese yeterli zaman ayıramamaktan şikayetçi oldukları belirtiliyor. Fakat buna rağmen ne rahatsızlığı yaşayan kişilere ne de ailelerine, rahatsızlıklarıyla ilgili bilgi, tedavilerinin iyi sonuçlanması için ne yapmaları gerektiğine ilişkin bilgi ve ne de uygulanan tedavileriyle ilgili bilgi verilmemekte; bu durumda, kişilerin sık aralıklarla tekrar eden hastaneye yatışlarına ve yine bu yatışlar da hastanede yatılı tedavi gören kişi sayısını artırmakta ve hastanede ki aksaklıkları peşi sıra getirmektedir. Kısaca bu duruma önerimiz, hastanelerde uzmanlar tarafından danışanlara daha ayrıntılı, kolay anlaşılabilir bir dille bilgi verilmeli ve bunun uygulamada devamlılık sağlanmalıdır. Bu ihtiyacın karşılanması için Şizofreniyle Yaşam Derneği gibi sorunu bizzat yaşayan bireylerin oluşturduğu sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yapılması sorunun çözümüne katkı sağlayacaktır.
- Akıl sağlığı alanında dile getirilen bir başka sorun da elemanların yetersizliği ve eğitimsizliğidir. Bu konuda, eğitim bakımından belirli bir kriter gözetilerek işe alım yapılmalı, eğer eğitimli eleman sıkıntısı yaşanılıyorsa, ki yaşanılıyor, kurumların bünyelerinde çalışan elemanlara diğer kurumlardan sağlanabilecek daha deneyimli ve bu alanda eğitimli kişilerle belirli periyotlarda toplantılar düzenlenmelidir.
- Psikolojik destek eksikliği de karşılaşılan bir diğer sorundur.. Bu durumun çözümlenmesi için, kuruluşlarda psikologların yer alması zorunlu kılınmalı veya dışarıdan bu desteği verecek bir uzmanın yardımı sağlanmalıdır.
- Zihinsel engelliler için hem eğitim raporlarının çıkması hem de özürülü aylığından kimlerin yararlanabileceği konusunda ne yönde bir karar alınacağı, evlere vaka incelemesine gidilerek ailenin durumunun yerinde gözlenmesi sonucu verilmelidir. Çünkü bu süreç hem maddi hem de manevi olarak ailelerde ve zihinsel engelli kişilerde çöküntü yaratmaktadır.
- Zihinsel engellilerin hem rehabilitasyon hem bakım hem de özel eğitim hizmetlerini bir arada alabilecekleri yatılı bakım merkezlerinin ihtiyacını yukarıda belirtmiştik. Bu ihtiyaç dâhilinde de öncelikli olarak SHÇEK ile Manisa Valiliği birlikte çalışmalıdır.
- Zihinsel engelli bireyler ile psikiyatrik tanıli bireylerin ihtiyaçlarının görünür-lüğünü sağlamak, toplumda farkındalık yaratmak. Önyargıları kırmak için yaygın ve sürekli kamuoyu çalışmaları yapılmalıdır.

RUSİHAK-ARA

DAYANIŞMA MERKEZİ

“TECRÜBEYLE UZMAN”LARIN GÖRÜŞLERİ

Savaş Türkseven (Psikiyatrik tanılı kişi): “Ne kadar güzel bir ekip olduk böyle. Elimde bir güç olsa zamanı durdururdum, burada hep böyle birlikte kalmak isterdim. Daha önce hiç kimse bana buradaki gibi değer vermedi. Burada çalışarak aslında kendimin ne kadar verimli olduğumu ve ne kadar güçlü olduğumu gördüm. Şimdi başka işlerde çalışabileceğime daha çok inanır oldum ve kendime olan güvenim arttı.”

Belkıs Avcu (Zihinsel engelli kişi): “Kendim kendime buraya gelmeyi çok istiyordum, Çünkü önceden kardeşimle birlikte geliyordum ama artık bunu başardım. Hem de ailemle kendim konuşarak. Ailemin bana güvenmesini çok istiyordum ve artık bunu kendi başıma başardım. Ayrıca kendime olan güvenim de arttı ve bunları hep sizin desteğinizle başardım. Ben de Deniz’in dediği gibi okul ev arası çok sıkılıyordum. Burası kapansın istemiyorum, buradan memnunum. Okuldan da memnundum ama burası daha güzel, burada daha çok istediğimi yapıyorum ve daha çok bir şeyler yaptığımı hissediyorum.”

Deniz (Zihinsel Engelli kişi): “Buraya gelmem Belkıs sayesinde oldu. Sizinle çalışmaya başlamadan önce hayatım hep okul ve ev ve yine okul ve evden ibaretti. Çalışmak bana çok iyi oldu. Buraya her gün gelmekten çok zevk alıyorum. Aldığım parayı kendime ayırıyorum, kendi harcamalarım. Ailem de mutlu benim adıma, bana daha çok güveniyorlar. Ailem artık bana kendimi aştığımı ve ne istersem yapabileceğimi söylüyor. Tek başıma işime gelmek çok iyi oldu. Burada çalışırken zamanın nasıl geçtiğini anlamıyoruz ve hiç sıkılmıyoruz.”

Gülsüm İşlek (Psikiyatrik tanılı kişi): “Burada çalışmaya başladıktan sonra hayatımda bir değişiklik oldu özellikle buradaki arkadaşlık ortamı bana çok iyi geliyor. İşim olmadan önce bütün gün evde boş boş oturuyordum ama şimdi kalkıp hazırlanıp bir yerlere gitmek hayatıma yeni bir düzen getirdi. Artık daha çok dışarı çıkıyorum kendi isteğimle ya da iş gereği. Eskiye nazaran biraz daha mutluyum. Burası bittiğinde normal yaşantımı sürdürmeye çalışacağım. Ama bir şeylerle meşgul olmak, bir şeylerle uğraşmak daha güzel ve bana daha iyi geliyor. Ayrıca kendi emeğimle para kazanmak çok güzel bir şey. Ben ilerisi için kazandığım paraları biriktiriyorum.”

Suna Kacar (Zihinsel engelli yakını): “Dernekle bağlantım kızım sayesinde oldu. Projede çalışmak için teklif gelince çok şaşırdım, korktum. Yapabilir miyim, Volkan’a nasıl gelir, sıkılır mı, nasıl vakit geçirir diye tereddüt ettim. Fatma, Gülsun, Evrem Hanım beni ikna ettiler çalışmaya başladık. Böyle bir ekiple tanışmaktan ve çalışmaktan çok mutluyum. Projede görevim, otistik annesi olarak yaşadığım tecrübe ve deneyimlerimi benim gibi ailelerle paylaşmak, konuşup rahatlatmaktı. Daha önce böyle bir or-

Bir şeylerle meşgul olmak, bir şeylerle uğraşmak daha güzel ve bana daha iyi geliyor. Ayrıca kendi emeğimle para kazanmak çok güzel bir şey.

tamda bulunmamıştım. Ben hiç psikolojik destek almamıştım. Çalışma arkadaşlarımızla sorunlarımızı konuşup paylaşmak bana çok iyi geldi. Volkan da alıştı, çok rahat. Dernekten bahsederken RUSİHAK bizim derneğimiz diyor, mutlu görünüyor. Volkan ekibin maskotu gibiydi. Projede sekiz ay bulundum, zaman nasıl geçti anlayamadım. Ben elli dört yaşımdayım. Hayatımın en anlamlı sekiz ayıydı. Bu tarz projelerin yapılmasını, devam etmesini çok isterim.”

Yalçın Kemal Genç (Psikiyatrik tanıılı kişi):

Bir grup arkadaş
toplandık
dertlere çare bulmaya çalıştık
çare bulamayız diye çok
korktuk
saatlerce konuştuk
ve kurumların
aksayan yönlerini
yapılan yanlışlıkları
boşa harcanan paraları
yardıma muhtaçları
neler yapılması gerektiğini
ve nasıl yapılması
gerektiğini
saatlerce konuştuk
ve bir grup arkadaş
toplumda muhtaçlara
yalnız değilsiniz dedik
artık biz de
rusihak-ara olarak varız
dedik

PROJE DEĞERLENDİRME ÇALIŞMASI SONUÇLARI

Rusihak teşhis almış kişiler, yakınları ve kurum temsilcileri olmak üzere 3 grubun Rusihak'ın dayanışma merkezlerinin ve toplum temelli hizmetlerin nasıl değerlendirildiğine ilişkin iki değerlendirme çalışması yaptırmıştır. Bağımsız araştırmacılarla ağırlıklı olarak telefon görüşmesi olarak toplamda yaklaşık 90 kişinin katılımıyla yürütülen bu değerlendirmelerin sonuçları kısaca şöyle özetlenebilir:

Görüşmelerde, Rusihak'ın ve projenin nasıl algılandığı, kurumlara ya da bireylere katkısının ne olduğu ve (sadece kurumlara) toplum temelli hizmetlerle ilgili görüşler sorulmuştur.

RUSİHAK-ARA MERKEZLERİNE BAŞVURAN TEŞHİS ALMIŞ KİŞİLERİN DEĞERLENDİRMELERİ

Danışanlarla yapılan görüşmelerde genel olarak RUSİHAK'ın çalışmaları ile ilgili olumlu bir izlenimin yaygın olduğu gözlemlenmiştir.

Genel olarak derneğe kolay ulaşıldığı, olumlu karşılandıkları, çalışanların onlara ellerinden geldiğince yardımcı olmaya çalıştıkları ve doğru yönlendirildikleri bilgisi alınmıştır.

Derneğin güçlenmesini, kendini daha fazla duyurması ve ilaç tedavisi dışında başkaca destekleyici çalışmaların artırılmasını, damgalamaya ve sağlık hizmeti alınan yerlerdeki olumsuz koşullara dair çalışmalara ağırlık verilmesini beledikleri bildirilmiştir.

Başvuran kişilerin çoğunluğunun dernek tarafından takip edildiklerini hissettikleri, psikolojik destek hizmetinden memnun kaldıkları, ancak özellikle hukuksal sorunlar konusunda sonuç almakta zorlandıkları görülmüştür. Genel olarak ruhsal sorunlar nedeniyle başvuruda bulunanlar derneğin oldukça önemli ve iyi bir amacı olduğunu, çalışmalarından memnun olduklarını ve çalışmaların devam etmesini istediklerini söylemişlerdir.

Danışanlar, dernekten destek alan kişilerin bazı etkinliklerle bir araya getirilerek grup bilincinin oluşturulmasını önermiştir.

Bunun yanında danışanların önerilerinden bir diğeri enformasyon ve tanıtım yoluyla rusihak'ın ekonomik kaynaklarını güçlendirebileceği çalışmalar yapılması yönündedir. Çünkü derneğin koşullarının iyileştirilmesi (çalışan uzman sayısının artırılması, günlük çalışmaların fazlaştırılması, v.s.) Hukuksal destek ve Psikolojik destek çalışmalarının kesintiye uğramadan ve daha uzun süreli devam edebilmesi beklentileri bulunmaktadır.

RUSİHAK-ARA MERKEZLERİNE BAŞVURAN YAKINLARIN DEĞERLENDİRMELERİ

Aileler, genel olarak derneğe kolay ulaştıklarını, oldukça olumlu karşılandıklarını, çalışanların onlara ellerinden geldiğince yardımcı olmaya çalıştıklarını ve doğru yönlendirildiklerini düşündüklerini belirtmiştir. Özellikle yasal haklarıyla ilgili bilgi almaktan, yurtdışındaki örnekleri öğrenmekten, yasal işlemleri nasıl yürütecekleri ile ilgili yönlendirilmekten ve (maddi olanaksızlıklar nedeniyle)

Rusihak'a başvuran teşhis almış kişilerin çoğunluğunun dernek tarafından takip edildiklerini hissettikleri, psikolojik destek hizmetinden memnun kaldıkları, ancak özellikle hukuksal sorunlar konusunda sonuç almakta zorlandıkları görülmüştür.

Aile üyeleri,
Rusihak'ın projesi
kapsamında, yasal
haklarıyla ilgili bilgi
almaktan,
yurtdışındaki
örnekleri
öğrenmekten, yasal
işlemleri nasıl
yürütecekleri ile
ilgili
yönlendirilmekten
ve (maddi
olanaksızlıklar
nedeniyle) ücretsiz
psikolojik- destek
almaktan memnun
olduklarını
belirtmişlerdir..

ücretsiz psikolojik- destek almaktan memnun olduklarını belirtmişlerdir.. Dernek tarafından takip edildiklerini hissettiklerini, destek almaya devam edemeyenlerin de genelde kendi koşulları nedeniyle ilişkiyi sürdüremedikleri bilgisi alındı.

Genel olarak hasta yakınları derneğin oldukça önemli ve iyi bir amacı olduğunu, çalışmalarından oldukça memnun olduklarını ve çalışmaların devam etmesini istediklerini söylediler.

Derneğin olanaklarının daha fazla olmasını temenni ettiklerini belirttiler. Bu anlamda hastalarının onların desteği olmadan sosyal hayatlarına devam edebilmelerinin, devlet yeterli olanak sağlayamadığı için iş olanakları sağlanabilmesinin ve ailelerin tükenmişliğine yönelik çalışmaların yürütülmesinin sorunlarının çözümüyle ilgili eksik kalan noktalar olduğunu belirttiler. Bunun derneğin niyeti değil de olanakların yetersizliğinden kaynaklandığını düşündüklerinden bahsettiler.

Derneğin içerisinde tıbbi destek verecek bir uzmanın olmayışı, uzman ve çalışan sayısının azlığı dernekle ilgili belirtilen eksiklikler olmuştur. Derneğin güçlenmesi, kendini daha fazla duyurması ve insanlara anlatması, daha fazla yerde merkez açılması yönünde temennilerde bulunuldu. Hastalarının sosyal hayatlarına devam edebilmelerinin, çalışabilmelerinin ve ailelerin tükenmişliğine yönelik çalışmaların yürütülmesinin önemli olduğu dile getirildi. Genel olarak hasta yakınları derneğin oldukça önemli ve iyi bir amacı olduğunu, çalışmalarından memnun olduklarını ve çalışmaların devam etmesini istediklerini söylediler. Ancak sorunlarının çözümünde devlet kurumlarına baskı yapacak ve dernek bünyesinde destek almalarını sağlayacak şekilde derneğin güçlenmesini istediklerini bildirdiler.

PROJEDE BAĞLANTI KURULAN KURUMLARIN DEĞERLENDİRMELERİ

Manisa ve İstanbul'da onar farklı kurum ve Ankarada 5 kurumla görüşmeler yapılmıştır. Etkinliklere katılan ve bağlantıda olunan, resmi (SHÇEK, il sağlık müd., ruhsağlığı hastanesi, valilik, işkur, emniyet müd, RAM) yerel (belediye, kadın koordinasyon merkezi, özrlülür müd.) kurumlar, odalar (baro, ticaret odası) ile dernek ve federasyon temsilcileri ile görüşülmüştür.

Genel olarak, Rusihak' ve çalışanlarına yönelik son derece olumlu bir hissiyatın olduğu, yapılan işe ve çalışanların gönüllüğüne derin bir saygı duyulmakta olduğu bildirilmiştir. Özellikle kurum yetkililerinin davet edildiği toplantılar ve çeşitli organizasyonlardaki sunumlar Rusihak'ın ve konunun tanınmasına katkı sağlamıştır. Katılımcılar farklı kurumların birbiriyle etkileşime geçmeden, her birinin kendi bünyesinde birşeyler yapmaya çalıştığını ifade etmişlerdir. Her biri kendi açılarından baktıklarında gördükleri sorunlar yığnında çözümler üretebilmek için çaba sarfetmektedir ya da önerilerde bulunmaktadır. Ancak toplum- temelli bir ruh sağlığı sistemi modeli yaratma projesi" görüşülen kişilerce ayrıntılı olarak anlaşılamamıştır. Bunda bu toplantılara katılanların konuya yabancı olmalarının payı büyüktür. Toplantıların sadece projeyi tanıtmaya yönelik olmaması, BM sözleşmesinin, toplum temelli model örneklerinin anlatılması da projenin algılanmasının önünde bir engel oluşturmuştur. Bu tür faaliyetlerin daha dinamik bir içeriğe ve interaktif bir yapıya kavuşturulması önerilmiştir. Öte yandan vali yardımcısı, il müdürü gibi kurumlarında yönetici konumunda olan kişilerin yoğunlukları nedeniyle projenin işleyişinden çok haberdar olamadığı, Rusihak'ın yönlendirdiği kişilerle temas etmiş olan katılımcıların ise, bu yönlendirmelerden son derece hoşnut olduklarını, işlerinin kolaylaştığını ifade ettiği görülmüş-

tür.. Özellikle sürecin takip edilmesi ve fikir alışverişinde bulunulmasından büyük memnuniyet duyulmaktadır. Projenin kurumlara sağladığı en büyük katkı zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan insanların hakları konusunda bilgilenmeleri olmuştur. Bireysel olarak ise görüşülen kişiler üzerinde son derece olumlu bir katkı sağlanmıştır. Bakış açıları değişmiş, empati kurulmuştur. Rusihak'a bütün katılımcıların tavsiyesi, kendini ve projelerini daha iyi tanıtmasıdır. Toplumsal düzeyde bir bilinirlik yaratılması için medyanın kullanılması önerilmektedir. Rusihak'a yönelik bir eleştiri yavaş çalışması olmuştur. Rusihak'ın önceki izleme çalışmasında yakından çalışılan bazı kurumlar ise, ilk başta bu izleme çalışmasının yarattığı gerginliğe ve güvensizliğe değinmiş, ancak bu proje çalışmasında daha yoğun bir ilişki içine girdikten sonra, Rusihak'la ilişkilerinin güçlendiğini ve sivil toplum kuruluşlarının dışardan bir göz olarak hizmetlerin daha kaliteli olmasına katkı sağladığını gördüklerini belirtmiştir. İnternet ortamının daha aktif kullanılması bütün katılımcıların ortak önerisi olmuştur. Bazı katılımcılar da Rusihak'ın acilen kurumsallaşması, daha profesyonel bir çalışma ortamı kurması gerektiğini belirtmiştir.

Projenin kurumlara sağladığı en büyük katkı zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan insanların hakları konusunda bilgilenmeleri olmuştur.

2. BÖLÜM

Gelişmekte Olan Ülkelerde ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Genel Durum



KISACA

Proje merkezlerine yapılan başvurular gösterdi ki:

- Türkiye’de zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan kişilerin hizmet aldığı, devlet, belediye, özel sektör alanından 30’a yakın kurum var (sağlık, eğitim, sosyal hizmetler, istihdam, sosyal güvenlik, emniyet, vs).
- Bu kurumlar arasında bilgi akışı ve hizmet birliği yok.
- Neredeyse tüm kurumlar bu durumdan olumsuz etkileniyor.
- Zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan bireyler ile yakınları sağlık, eğitim, sosyal destek, sosyal güvence, ayrımcılık gibi pek çok alanda sorun yaşıyor.
- Bu kişiler ve çoğu kurum çalışanı, varolan hakları ve verilen hizmetleri bilmiyor. Sorunların temelinde maddi kaynakların yetersizliği değil, düzgün biçimde kullanılmaması yatıyor. Hizmet alan bireylere kulak veren, ihtiyaçlarını merkeze alan bir yaklaşım gerekli.

RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERİN DURUMU

Dr. Aylin Çiftçi

Halk Sağlığı Uzmanı, İstanbul Büyükşehir Belediyesi Sağlık ve Hıfzısıhha Müdürü

Ruh sağlığı hizmetlerinin uluslararası karşılaştırmasını yaparken, hizmetleri sınıflandırmak amacıyla kullanılan terimlerin ortak hale getirilmesi büyük önem taşımaktadır. Avrupa Psikiyatri Bakım Danışma Kurulu (European Psychiatric Care Assessment Team) tarafından bu amaçla bir çalışma yapılmış ve terimlerin ortak hale getirilmesi sağlanmıştır.³ Bu çalışmada, orta ölçekte yapılan çalışmalar esas alınmış, bireye yönelik hizmetler yerine hem hedef kitlenin hem de bölgenin işlevsel tanımları ‘bakımın temel özellikleri’ adı altında çıkarılmış ve bu bölgede bakımın temel kriterleri ortaya konmuştur. Aynı zamanda, Avrupa Haritalama Sistem Hizmeti de kullanılarak (ESMS), verilen hizmetlerin bölgelere göre dağılımları haritalandırılmıştır.⁴ Bu metot, ulusal ruh sağlığı hizmetlerinin programlanmasında çok pratik ve sistematik bir yol olarak kabul edilmektedir. Dünyanın doğusunda ve batısında akıl hastalığı bulunan kişilere yardımcı olmak üzere gerçekleştirilen hizmetleri araştıran çok sayıda araştırma bulunmaktadır.^{5,6} Dünya Sağlık Örgütü’nün, akıl sağlığı sistemlerini değerlendirmek ve izlemek amacıyla geliştirdiği ve bugün dünyada yaygın olarak kullanılan WHO - AIMS sistemi sayesinde ülkelerin akıl sağlığı hizmetlerindeki durumu değerlendirilebilmektedir.⁷

Akıl sağlığı hizmetlerinin izlenmesinde farklı ülkeler farklı modeller geliştirmiştir. Örneğin, İngiltere’de, yerel akıl sağlığı hizmetlerini değerlendirmek amacıyla “Akıl Sağlığı Performans Gösterge Sistemi” uygulanırken⁸ Amerika’da akıl sağlığı hizmetlerini izlemek için geliştirilmiş olan “Akıl Sağlığı Rapor Kartı” sistemi uygulanmaktadır.⁹

GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERDE RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ:

Gelişmekte olan ülkelerde ruh sağlığı hizmetleriyle ilgili tespit edilen ortak bir

Akıl sağlığı hizmetlerinin izlenmesinde farklı ülkeler farklı modeller geliştirmiştir. Örneğin, İngiltere’de, yerel akıl sağlığı hizmetlerini değerlendirmek amacıyla “Akıl Sağlığı Performans Gösterge Sistemi” uygulanırken Amerika’da akıl sağlığı hizmetlerini izlemek için geliştirilmiş olan “Akıl Sağlığı Rapor Kartı” sistemi uygulanmaktadır.

3 Beecham J, Munizza C: Assessing mental health in Europe: introduction. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102(suppl 405):5-7,2000

4 Johnson S, Kuhlmann R, EPCAT Group: The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102(suppl 405):14-23,2000

5 World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, World Health Organization, 2001

6 Chatterjee S, Patel V, Chatterjee A, et al: Evaluation of a community-based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India. *British Journal of Psychiatry* 182:57-62, 2003

7 World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems (WHO-AIMS), Version 2.2. Geneva, World Health Organization, 2005. Available at www.who.int/mentalhealth/evidence/AIMS_WHO22.pdf

8 Commission for Health Improvement. Final Performance Indicators for Mental Health Trusts (2002/2003). Available at <http://ratings2003.healthcarecommission.org.uk/ratings>

9 Consumer-Oriented Report Card: Final Report of the Mental Health Statistics Improvement Program (MHSIP) Task Force on a Consumer-Oriented Mental Health Report Card. Washington, DC, Mental Health Statistics Improvement Program, 1996

Hindistan'da 1950'li yıllarda sadece akıl hastaneleriyle başlayan hizmetler bugün, sadece sağlık hizmetleri boyutunda değil, hukuki ve sosyal boyutta da gelişim göstermektedir. Yeni kanunlar sayesinde akıl hastalarının cezaevine girme oranları azalmıştır.

durum, bu ülkelerde hastane tedavi ve bakım hizmetlerinin bulunup ayakta tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin kısıtlı olarak uygulanmasıdır. Hindistan, Çin, Uganda, Tanzanya, Nijerya, Kolombiya, Sri Lanka ve Güneydoğu Asya'daki gelişmekte olan ülkelere ruh sağlığı hizmetleriyle, temel sağlık hizmetlerinin birleştirilmesine yönelik pilot çalışmalar son yıllarda artmıştır.¹⁰ Hindistan ve İran'ı da içeren, Asya, Afrika ve Güney Amerika ülkelerinde yapılan bir çalışmanın sonuçları bu ülkelerde genel olarak, eğitilmiş ruh sağlığı uzmanlarının eksikliğini, kırsal kesimle gelişmiş bölgeler arasındaki iletişimin eksikliğini büyük problem oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Bu ülkelerde görülen bir avantaj, hastaların toplumda kabulünde sorun yaşanmaması yani hastalara karşı hoşgörünün yüksek olmasıdır. Geleneksel yaşam tarzları, ruh sağlığı hastalıklarının erken önlenmesinde önemli bir faktördür ve bu ülkelerde geleneksel yaşam tarzlarının olumlu etkileri gözlenmektedir.¹¹

Tüm gelişmekte olan ülkelere ruh sağlığı hizmeti veren kurum sayısı çok sınırlıdır ve uzman yetersizdir. WHO tarafından son yirmi yıldır geliştirilen akıl sağlığı hizmetlerine yönelik proje program ve stratejik yayınlar sayesinde ülkeler ve bölgeler düzeyinde akıl sağlığına yönelik çalışmalar başlatılmıştır.¹² Hindistan'da nüfusun %70'i kırsal bölgelerde yaşadığından, akıl sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri yani birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yapılandırılması. şartı ortaya çıkmış ve 1980'den beri buna göre hizmet dönüşümleri başlamıştır.¹³ İran'da da, Hindistan'la benzer şekilde, ruh sağlığı hizmetlerinin daha ziyade şehir merkezlerinde oluşturulmuş sağlık kuruluşları içinde ve ruh sağlığı uzmanları tarafından verilmekte olduğu görülmektedir. Yine benzer şekilde son otuz yıl içinde, bu hizmetlerin birinci basamak sağlık hizmetleri içinde ve kırsal bölgelerde de yaygınlaşmaya başladığı görülmektedir.

Köylerde, köy sağlığından sorumlu sağlık çalışanlarına bu konuda eğitimler verilerek ruh sağlığı hizmetlerinin erken tanısı ve tedavisine ilişkin yeni düzenlemelerde bulunmaktadır. Sonuç olarak bugün İran'ın yaklaşık yarısında ruh sağlığı hizmetleri, temel sağlık hizmetleri arasında sunulabilmekte, düzenli kayıtları tutulabilmektedir. Özellikle "Ruh Sağlığı Günleri" adı altında gerçekleştirilen ulusal günlerde bu çalışmaların ülke genelinde tartışılması ve yeni politikaların belirlenmesi mümkün olabilmektedir. Kolombiya'da yardımcı hemşireler, psikotik olmayan ruh sağlığı hastalarına destek olmaktadır. Tanzanya'da, ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetleriyle bütünleştirilmesine yönelik bir programa başlanmıştır. Bangladeş, Mısır, Nepal, Pakistan ve Endonezya'da da nüfusun çoğunu içerecek şekilde, ruh sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri arasında yer almasına imkân sağlayacak düzenlemelere başlanmıştır. Hindistan'da ruh sağlığı hizmetlerinin tarihsel süreç içinde büyük değişimlerden geçtiği ve bugün özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde sistemin yerleştirilmesine güzel bir örnek teşkil ettiği görülmektedir. 1950'li yıllarda sadece akıl hastaneleriyle başlayan hizmetler bugün, sadece sağlık hizmetleri boyutunda değil, hukuki ve sosyal boyutta da gelişim göstermektedir. Yeni kanunlar sayesinde akıl hastalarının cezaevine girme oranları azalmıştır.¹⁴ Tedavi

10 Srinivasa Murthy R: *Economics of mental health care in developing countries*, in *International Review of Psychiatry*, vol 2. Edited by Lieh Mak F, Nadelson CC. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996

11 *Prevention of Mental, Neurological, and Psychological Disorders*. Geneva, World Health Organization, 1986

12 Sartorius N, Harding T: *The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care: I. the genesis of the study*. *American Journal of Psychiatry* 140:1470-1479, 1983

13 Wig NN, Srinivasa Murthy R, Harding TW: *A model for rural psychiatric services: Raipur Rani experience*. *Indian Journal of Psychiatry* 23:290,

14 Kumar S. (1993) *Humanising mental health care (News) Lancet*. 342, 670-671.

hizmetlerine yönelik hastanelerin dışında, taburcu sonrası hasta takip sistemleri bulunmaktadır. Hastanede ortalama yatış süreleri azaltılmış, uzun yatış gerektiren hastaların yakınları için hastane otel hizmeti getirilmiştir. Gönüllü ve sivil toplum kuruluşları vasıtasıyla yürütülen hizmetler arasında yarıyol evleri, çeyrek yol evleri, hastane sonrası rehabilitasyon hizmetleri, kriz müdahale hizmetleri, intihar önleme hizmetleri ve ruh sağlığı eğitimleri yer almaktadır. Son yıllarda özel sektörün bu alana katkıları da belirgin hale gelmiştir. Özellikle özel bakım evleri ve hastaneleri bu kapsamdadır. Özel psikiyatri muayenehanelerinin sayısı her geçen gün artmaktadır. Özel sektörün el attığı bir başka alan da ruh sağlığı konusunda lisans üstü eğitimlerdir. Yine de bütün bu hizmetler hasta potansiyeline cevap verecek boyutta değildir.¹⁵

Gelişmekte olan ülkelerdeki durum göstermektedir ki, ruh sağlığı hizmetlerinin toplumun geneline sunulabilmesi için, büyük kurumsal yapılar içinden çıkarılıp birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumların içine yerleştirilmesi gerekmektedir.¹⁶ Ancak henüz bu ülkelerde, ailelerin ihtiyaçlarını belirlemeye, beceri geliştirme eğitimleri ile aileleri desteklemeye, organize aile gruplarını desteklemeye ve ailelerin birbiriyle iletişim kurabilecekleri ağları geliştirmeye yönelik çalışmalara planlı olarak başlanmamıştır. Bu ülkelerde, ruh sağlığı alanında uzman sağlık personelinin sayısının da yetersiz olmasına yönelik sıkıntılar mevcuttur. Ruh sağlığı hizmetlerinin planlanmasında ülkelere özgü politika geliştirilmesi ihtiyacı gözlenmektedir. Bu ülkelerde ruh sağlığı uzmanları genelde ruh sağlığı hizmeti sunmada, personeli eğitmede, ruh sağlığı ekibine liderlik yapmada, aileleri güçlendirmede ve ruh sağlığı alanındaki koruyucu sağlık hizmetlerinde aktif rol almaktadır. Ayrıca, araştırma, bilgi paylaşımı, toplum liderlerini etkileme, politika geliştirme gibi alanlarda da uzmanların görev aldığı gözlenmektedir.

LATİN AMERİKA

Son yıllarda ruh sağlığı hastalıklarındaki yaygın artışa karşılık hastalık ve hastalığın kaynağıyla ilgili verilere erişmedeki zorluklar, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelere bu konuda sağlıklı bilgi aktarımının olamaması ve ruh sağlığı hizmetleri ile diğer sağlık hizmetlerine ilişkin bilgilere erişim konusundaki dengesizlikler bu alanda acilen düzenlemelerin yapılması gerekliliğini ortaya koymuştur.¹⁷ Latin Amerika'da, özellikle ruh sağlığı alanında, sunulan hizmetlerin ihtiyacı karşılamadığına ilişkin bir sorun öne çıkmaktadır.¹⁸ Şili, üst-orta gelir düzeyine sahip bir ülkedir.

1990'larda akıl sağlığı hizmetleri alanında bir reform geçirmiştir. Bu reform ruh sağlığı sistemi olarak İspanya'da mevcut olan hizmetleri esas almıştır. Bu kapsamda, toplum sağlığına yönelik geniş kurumsal katılımlı çalışmalar yürütülmüş ve ruh sağlığı, temel sağlık hizmetleri içine alınmıştır. Ruh sağlığı hizmetleri alanında ülkeler arası karşılaştırma yaparken karşımıza çıkan en temel sorun, makro ölçekte yani ülke genelinde yürütülen ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin verilere kolay ulaşılabilirken, orta ölçekte yani belediyeler, bölgeler, iller bazında bilgilere çok güç ulaşıyor olmasıdır. İtalya ve İspanya'da orta ölçekli

Gelişmekte olan
ülkelerde, henüz,
ailelerin
ihtiyaçlarını
belirlemeye, beceri
geliştirme eğitimleri
ile aileleri
desteklemeye,
organize aile
gruplarını
desteklemeye ve
ailelerin birbiriyle
iletişim
kurabilecekleri
ağları geliştirmeye
yönelik çalışmalara
planlı olarak
başlanmamıştır.

15 Isaac M.: Trends in the Development of Psychiatric Services in India. Division of Mental Health, WHO, 1211 Geneva, Switzerland.

16 Patel W., Cohen A.: Mental Health Services in Primary Care in Developing Countries. World Psychiatry. 2003, October; 2(3):163-164.

17 Saraceno B, Saxena S: Mental health resources in the world: results from Project Atlas of the WHO. World Psychiatry 1:40-44, 2002 [Medline]

18 Kohn R, Levav I, de Almeida JM, et al: Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority [in Spanish]. Revista Panamericana Salud Publica 18:229-240, 2005

Diğer bir Afrika ülkesi olan Gana'da da Gambia gibi hizmetten yararlanamayan psikiyatri hastalarının oranı %98 civarında olup, DSÖ tarafından yürütülen ruh sağlığı geliştirme çalışmalarının sonrasında olumlu ilerlemeler kaydedilmiştir.

verilerin makro ölçekli verilerden nasıl farklılık gösterdiğine ve önemine ilişkin bir çalışmanın sonuçları bu açıdan değerlendirmeye değerdir.¹⁹

İspanya'da uygulanan sistemi benimseyen Şili'de halkın erişebildiği hizmetler şunlardır: akut tedavi hizmetleri, yatılı bakım hizmetleri (farklı şartlarda), gündüz bakım merkezleri (işe değil, uğraşıya yönelik), sürekli bakım merkezleri (ruh sağlığı hizmeti alan hastaların izlenmesi, ayakta tedavi merkezleri ve hastanelerin ayakta tedavi hizmetleri). Şili'de hastanelerin kronik hasta bakım hizmetleri sınırlıdır, akıl hastalarına yönelik iş-ugraşı merkezleri azdır ve yirmi dört saat hizmet veren acil psikiyatri klinikleri yetersizdir. İspanya'da ise, mobil acil hizmetlere erişimde sıkıntılar yaşanmaktadır.²⁰ Belirgin olarak gözlenen bir gerçek ise, psikiyatrik hizmetlere erişimde ekonomik gelir seviyesi iyi olan bölgelerde, olmayan bölgelere oranla hizmetlerin daha yaygın ve erişilebilir olmasıdır.

AFRİKA ÜLKELERİ

Afrika ülkelerinde ruh sağlığı hizmetleri daha ziyade acil ihtiyaçları karşılayacak düzeydedir. Bundan yirmi yıl önce yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, Gambia'da hastaların %90'ının hiçbir şekilde tedavi alamadığı belirlenmiştir. 2005 yılında DSÖ ile birlikte yürütülen bir program sonrasında ruh sağlığı hizmetlerinin genişletilmesi ve hizmetlere erişim konusunda önemli gelişmeler kaydedilmiştir.²¹ 2006 yılında devletin ruh sağlığı politikaları belirlenmiş ve uygulanmaya başlanmıştır.²² Gambia'da yatılı ruh sağlığı tedavi hizmetleri sadece tek bir kurumdan verilmektedir. Ayakta tedavi hizmetleri ise bir hastanede tek bir klinikten sunulmaktadır.

Bunların dışında yürütülen toplum-temelli ruh sağlığı hizmetleri kapsamında aylık klinik ziyaretler, ev ziyaretleri, koruyucu ve önleyici çalışmalar, cezaevlerine ruh sağlığı hizmetleri ve sağlık profesyonellerine ruh sağlığı eğitimleri gibi hizmetler gerçekleştirilmektedir. Bunların dışında, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ruh sağlığı hizmetleri de yaygınlaşmaya başlamıştır. Ancak buralarda profesyonel ruh sağlığı elemanları yer almamaktadır. Geleneksel sağlık hizmeti sunan bazı kurumlarda da buna yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerini destekleyen birkaç sivil toplum kuruluşu dışında gönüllü kuruluş çalışmaları çok yaygın değildir. Hasta veya aile dernekleri ise bulunmamaktadır.

Diğer bir Afrika ülkesi olan Gana'da da Gambia gibi hizmetten yararlanamayan psikiyatri hastalarının oranı %98 civarında olup, DSÖ tarafından yürütülen ruh sağlığı geliştirme çalışmalarının sonrasında olumlu ilerlemeler kaydedilmiştir.²³ Burada Gambia'dan farklı olarak, Gana'da sağlık hizmetlerinin her alanında ruh sağlığı hizmetleri mevcuttur. Ancak, psikiyatrik hizmetlerinin ço-

19 Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Johnson S, et al: Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain—an investigation using the European Service Mapping Schedule. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40:149–159,2005[CrossRef][Medline]

20 Salvador-Carulla L, Garcia-Alonso C, Gonzalez-Caballero JL, et al: Use of an operational model of community care to assess technical efficiency and benchmarking of small mental health areas in Spain. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 10:87–100,2007[Medline]

21 Country Focus Initiative: WHO Country Cooperation Strategy, The Gambia 2002-2005. http://intranet.who.int/public-drives/PubDept/CCO%20-%20Cooperation%20and%20Country%20Focus/1_CCS_CountryCooperationStrategy/1_WHO%20African%20Region/Gambia/gambia_2002_2005.pdf (last accessed 09/01/2007)

22 WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package (13 modules). http://www.who.int/mental_health/policy/en (last accessed: 08/01/2007)

23 Asare J.B., (2003). *Mental Health Profile (Ghana) 2003*. Accra: WHO 50 pages. http://www.who.int/countries/gha/publications/MENTAL_HEALTH_PROFILE.pdf

ğu devlet değil, özel kurumlar tarafından karşılanmaktadır. Toplum-temelli sunulan birkaç ufak hizmet de yine özel firmalar aracılığıyla, kısacası çoğu tedavi ve bakım hizmetleri daha ziyade başkente yakın yerlerde ve özel hastaneler aracılığıyla verilmektedir. Hizmetler, ülkenin kırsal kesimlerinde de bölge hemşireleri tarafından uygulanmaktadır. Psikiyatri hizmeti veren hastanelerin tamamında yatılı ve ayakta tedavi uygulamaları yapılmaktadır.

ARAP ÜLKELERİ

Arap ülkelerinde en büyük sıkıntı, rehabilitasyon hizmetlerinde gözlenmektedir. Özellikle Bahreyn, Ürdün, Lübnan ve Tunus'ta bu durum belirgindir. Öğrenme güçlüğü ve zekâ geriliği bulunan çocuklara yönelik özel eğitim çalışmaları Mısır, Ürdün, Lübnan, Suudi Arabistan, Tunus ve Birleşik Arap Emirlikleri'nde bulunmaktadır. Genel olarak Arap ülkelerinde erişkin psikiyatri hizmetlerine oranla çocuk psikiyatrisi hizmetleri daha az gelişmiştir. Mısır, Lübnan, Birleşik Arap Emirlikleri ve Morocco'da madde bağımlılığı rehabilitasyonuna yönelik hizmetler kısıtlıdır.

Lübnan, Birleşik Arap Emirlikleri ve Morocco'da çocuk ve geriatrik psikiyatri hizmetlerine ihtiyaç duyulduğu bildirilmektedir. Hemen hemen tüm Arap ülkelerinde geleneksel tedavi metotları yaygın olarak uygulanmakta ancak modern tıp ile geleneksel tıp arasında hiçbir iletişim bulunmamaktadır. Arap aile yapısı, psikiyatrik hastalıkların rehabilitasyonuna destek olan önemli bir faktördür.²⁴ İslami yaşam tarzının da psikiyatrik hastalıkların az görülmesinde olumlu etkilerinin olduğu görülmektedir.^{25,26} Arap ülkelerinde sağlık hizmetleri devlet ve özel kuruluşlar tarafından sunulmaktadır.²⁷ Lübnan'da sivil toplum kuruluşları tarafından sunulan ruh sağlığı hizmetleri özellikle 1990'da savaş sonrasında artış göstermiştir. Mısır başta olmak üzere çoğu Arap ülkesinde sadece ruh sağlığı hizmeti veren hastane sayısı bir veya ikiye geçmemekte ve finansal açıdan büyük sıkıntılar yaşamaktadır.²⁸ Son birkaç yıldır başlatılmış olan yaygın ruh sağlığı programları özellikle kırsal bölgelerde yatılı tedavi gerektiren ruh sağlığı hastalıklarının hafiflemesini sağlasa da s tamamen çözmemiştir. Yataklı tedavi kurumları dışında ruh sağlığı hizmeti veren kurumlar sınırlıdır. Yatılı bakım merkezleri, gündüz hastaneleri, rehabilitasyon merkezleri ve mobil sağlık ziyaretçileri sadece büyük şehir merkezlerinde bulunmaktadır. Ürdün'de genel sağlık hizmeti veren hastanelerin ve askeri hastanelerin ruh sağlığı bölümleri bulunmakta, üniversite hastanelerinde ise bulunmamaktadır. Filistin'de ise devlet desteğinden ziyade, sivil toplum kuruluşlarının desteği görülmektedir. Hizmet veren hastanelerin yatak kapasitelerinin %25'i ruh sağlığı hastalarına ayrılmak durumundadır. Filistin'de iki psikiyatri hastanesi yer almakta, bunun yanı sıra pek çok sivil toplum kuruluşu tarafından ruh sağlığı hizmetlerine destek verilmektedir.

Hemen hemen tüm Arap ülkelerinde geleneksel tedavi metotları yaygın olarak uygulanmakta ancak modern tıp ile geleneksel tıp arasında hiçbir iletişim bulunmamaktadır.

24 El-Islam, M.F. (1998). "Rediscovery of the traditional role of the family." *Transcultural Psychiatry Newsletter*, 16(3).

25 Chaleby, K. (2001) "Forensic psychiatry and Islamic law." In A. Okasha and M. Maj (Eds.), *Images in psychiatry: An Arab perspective* (pp. 281). *World Psychiatric Association Series*. Cairo: Scientific Publishing House.

26 El-Islam, M.F. (2001). "Social psychiatry and the impact of religion." In A. Okasha and M. Maj (Eds.), *Images in psychiatry: An Arab perspective* (pp.21-22). *World Psychiatric Association Series*. Cairo: Scientific Publishing House.

27 Okasha, A., & Karam, E (1998). "Mental health services and research in the Arab World." *Acta. Psychiat. Scand.* 98, 406-413.

28 Okasha, A. (1993). "Psychiatry in Egypt." *Psychiatric Bulletin*, 17, 548-551.

TÜRKİYE'DE RUH SAĞLIĞI ALANINDA SİSTEMİN İŞLEYİŞİ

Dr. Ayla Yazıcı

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezi Koordinatörü

İlaç tedavisi alan hastalar sosyal sorunları bakımından tamamen yalnız bırakılmaktadır. İş, barınma, aile, basit yaşam becerileri gibi alanlarda ciddi sorunları olan bu kişilere bu alanlarda hemen hiç yardım edilememektedir.

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetleri sınırlı yatak sayısı ve insan gücü ile esas olarak hastane merkezli yürütülmektedir. Bazı illerdeki ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, bunların dışında bu illerde ve diğer illerde değişik sayıda psikiyatrik hasta yatağı barındıran genel hastaneler vardır. Ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki psikiyatri yatak sayıları şöyledir: Adana (609), Bolu(100), Elazığ(490), Kayseri (100), Manisa(707), Samsun(288), İstanbul Bakırköy (1435) ve Erenköy(229). Sağlık bakanlığı hastanelerine bağlı toplam yatak sayısı 6108'dir. Türkiye'nin tüm üniversitelerine bağlı psikiyatri yatağı sayısı toplamı ise 1042'dir. 412 adet de özel psikiyatri hastane ve kliniklerinde psikiyatri yatağı vardır. Yani tüm Türkiye'de psikiyatri hasta yatağı 7562'dir. Hastane merkezli ruh sağlığı sistemi için bile bu kadar hasta yatağı sayısı çok azdır. Daha çok yatak ve daha çok elemana ihtiyaç duyulmaktadır. Ulusal ölçekte mevcut sistem ihtiyaçları karşılayamamaktadır.

Batı ülkelerinden farklı olarak ülkemizde halen mevcut yatak kapasitesinin iki katından fazla hasta yatağına ihtiyaç duyulmaktadır.

Türkiye'deki gibi hastane merkezli ruh sağlığı hizmeti verilen yerlerde, hastaların hastane dışı koşullarına müdahale edilememektedir. Hastane merkezli ruh sağlığı hizmetleri tüm dünyada 20.yy başlarında verilen bir hizmetti. Büyük depo hastanelerde hastalara aşırı medikalize yaklaşımlarda bulunuluyordu. Bunlar genellikle toplumdan uzak sanatoryumlar şeklindeydi.

İstanbul'daki Türkiye'nin halen en büyük ruh sağlığı hastanesi olan Bakırköy bu yüzyılın başında kurulduğunda şehrin hayli dışındaydı ama artık günümüzde şehrin içinde kalmıştır.

Hastane merkezli hizmetlerde hasta başvurdukça hizmet alır, hastane dışında hastalar takip edilmez, hastaların bir önceki yatışı/başvurusu ile bir sonraki başvurusu arasındaki dönemde etkin değildir. Bu ara dönemde gelişen olaylara müdahil olunmaz. Doluluk oranları nedeniyle hastanın yatış süresinde servis koşulları da belirleyicidir. Hasta merkezli değildir. Hastalar yatar-çıkart ve tekrar yatarlar. Poliklinik hizmeti hasta başvurusuna göre belirlenir, bir nedenle kontrolüne gelemeyen hastalar açısından herhangi bir uygulama yoktur. Bu sistem hastaların daha çok alevlenme döneminde işlev görür, idame tedavide etkin değildir. Veri tabanları hastane işleyişi için kullanılmaktadır. Yalnızca medikal tedavi uygulanması hastaların sosyal ihtiyaçlarını karşılamaktan çok uzaktır. Hastanelerin büyük ve toplumdan uzak oluşu hastaların izolasyonunu artırmaktadır. Psikiyatrik hastalar için hastalık alevlenmelerinde etkili olan sosyal etkenler ile bilişsel yıkımı azaltmada önemli olan sosyal uyaran, sosyal gelişim ve ilgili tedavi uygulanmaz. İlaç tedavisi alan hastalar sosyal sorunları bakımından tamamen yalnız bırakılmaktadır. İş, barınma, aile, basit yaşam becerileri gibi alanlarda ciddi sorunları olan bu kişilere bu alanlarda hemen hiç yardım edilememektedir.

Dünya Sağlık Örgütü kronik ruhsal hastalıkların tedavisinde, merkezden yönetim yerine toplum içinde o topluma özgü şekilde hasta yönetimini (desentra-

lizasyon), depo hastaneler dışında (deinstitüzasyon), genel hastane içindeki psikiyatri kliniklerinde akut tedavilerinin yapılmasını, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak tedavi hizmetlerine katılımını ve coğrafi temelli toplum psikiyatrisi modelini önermektedir.

- Toplum psikiyatrisi modeline geçiş ülkemizde bilimsel gereklilik olduğu kadar sorunların aşılması için zorunluluk haline gelmiştir ancak bu geçiş ciddi kaynak gerektirmektedir. Bu nedenle hastane merkezli sistemden toplum-hasta merkezli sisteme geçilmesi için çok ağır da olsa bir takım girişimler başlamıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde, bir “toplum ruh sağlığı projesi” oluşturulma, aşamasındadır. Halen rehabilitasyon sistemleri yok denebilir.

BRSHH’de. yalnızca buraya gelebilen hastalara hizmet verebilen, gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezi vardır. Bu merkez başlangıç için ülkemize özgü bir model geliştirmesi bakımından önemlidir. Diğer büyük ruh sağlığı hastanelerinde de gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezi açma girişimleri başlamıştır. Ankara Üniversitesi Hastanesi’nde çok kısıtlı sayıda hastanın yararlanabildiği bir gündüz hastanesi bulunmaktadır. Bolu İzzet baysal Ruh ve Sinir Hastalığı Hastanesi’ne bağlı bir toplum ruh sağlığı merkezi vardır ve başarıyla çalışmaktadır. Bu merkez o bölgedeki bütün hastalara ulaşabilmekte ve hastane dışı izlemlerini yapabilmektedir. Yarı zamanlı çalışan bir psikiyatri hekimi de ilaç tedavilerini organize etmekte, ekibin geri kalanı psikolog ve hemşirelerden oluşmaktadır. Elazığ’da ise hastanede yaşayan hastaların çok küçük bir kısmını toplum içinde yaşama hazırlama programı hayata geçirilmiştir. Ülkemizde halen depo hastaneler olduğundan bu proje küçük de olsa içerdiği mesaj bakımından önemlidir.

- Hastaların bakım, barınma ve istihdam sorunları için yapılan 1-2 sonuca ulaşmayan deneme dışında sözü edilecek bir çalışma yoktur.

Türkiye’de rehabilitasyon üniteleri ile ilgili standartlar henüz oluşmamıştır. Psikiyatride rehabilitasyon kavramı da olmadığı için Sağlık Bakanlığı bütçesinden buna ayrılmış bir kısım da yer almaz. Bu alanda çalışan eğitimli eleman eksikliği de ciddi sorunlardan biridir. Bu nedenle ülkemize özgü model oluşturabilecek çalışmalara ihtiyaç vardır. Diğer bir sorun “toplum psikiyatrisi” bilincinin yerleşmemiş olmasıdır. Hem toplumda hem de alanda çalışan kişiler arasında bu, aşılması gereken önemli bir engeldir. Bilgilendirme ve olumlu sonuçların gösterilmesi ile bu sorunun çözülebileceği anlaşılmıştır.

Kronik ruhsal hastalıklar genellikle ergenlikte gizli gizli başlar, aile önce bilinçsiz sonra bilinçli olarak gizleyebileceği kadar gizler, daha sonra entellektüel düzeyle ilişkilendirilebilecek şekilde, psikiyatri dışı (hacı-hoca) veya psikiyatrik yardım aramaya başlar. Hastanın atak sayısı arttıkça ve seyri kroniklik kazandıkça bununla ilgili sorunlar da artarak sürer. Bu nedenle bu hastalığı erken tanıma ve tedavisine başlama da bu politikaların bir parçası olmalıdır.

Hastaların hukuki hakları alanında da yakın zamana kadar önemli sorunlar vardı ama bir takım düzenlemelerle bunlar kısmen değiştirilmiştir. Ancak sosyal güvenceleri, vasiyet durumları, hastaneye zorunlu yatış, zorunlu tedavi, hastaneden taburcu olma, vasi atanma gibi konularda bu hasta grubu için yeni düzenlemeleri gerektirmektedir.

Ülkemize özgü model oluşturabilecek çalışmalara ihtiyaç vardır. Diğer bir sorun “toplum psikiyatrisi” bilincinin yerleşmemiş olmasıdır. Hem toplumda hem de alanda çalışan kişiler arasında bu, aşılması gereken önemli bir engeldir. Bilgilendirme ve olumlu sonuçların gösterilmesi ile bu sorunun çözülebileceği anlaşılmıştır.

TÜRKİYE’DE ZİHİNSEL VE RUHSAL SORUN YAŞAYAN KİŞİLERİN VE AİLELERİN AİLE SİSTEMİ DÜZEYİNDE DENEYİMLERİ VE İHTİYAÇLARI

Doç. Dr. Nevin Eracar
Psikolog, Aura Psikoterapi Merkezi

Türkiye’de sosyal devlet bağlamında, farklı gelişen bireylerin eğitimi, sağaltımını, rehabilitasyonunu, yaşam kalitesine etki edecek diğer faktörleri daha çağdaş ve organize bir şekilde destekleyecek toplumsal kurumlara şiddetli bir şekilde ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu yazıda ailelerin, farklı gelişen çocuk ve ergenlerin, yetişkin psikiyatrik tanı almış kişilerin ihtiyaçları, sosyal yaşamda ne tür hizmetler alabildikleri, yaşanan süreçler öncelikle “aile sisteminde ortaya çıkan değişim” çerçevesinde ele alınacak, özellikle psiko sosyal gelişim açısından farklılıklar taşıyan bir çocuğun/insanın bakımı, yetiştirilmesi, yaşama hazırlanması ve yaşamının idamesi yönünde yaşanan zorluklar ve bu zorlukların yarattığı psikolojik, psikopatolojik sonuçlar, kişiye ve aileye sağlanabilecek desteklerin niteliği, içeriği ve yöntemleri gözden geçirilecektir.

Bilinen en eski zamandan bu yana insan denen canlı, bir toplumsal çevre içine doğar. Bu çevrenin kendini var etmek ve varlığını sürdürebilmek adına koyduğu kuralları, normları öğrenir. Kendini toplumsal çevresiyle bir arada yaşayabilmek ve bu çevre tarafından kabul edilmek için programlar.

Modern topluma bakıldığında bu ilk toplumsal çevre ailedir. Ardından yakın çevresi gelir ve giderek toplum içinde var olabileceği bir insan haline dönüşmeye başlar. Toplumun normlarını, kurallarını aile vasıtası ile öğrenmeye başlayan birey kendini bağımsız olarak yaşayabileceği bir canlı haline getirir. Böylece daha ilk başta toplumu kabul etmiş olur ve toplumdan da kabul bekler. Kişi, varlığını sürdürebilmek adına devamlı olarak toplumla iç içe olma çabasındadır.

Bu süreç, normal gelişim gösteren her bireyde aşağı yukarı benzer örüntülerle vuku bulmakla birlikte, gelişimin normal kabul edilen ölçütlerden sapması sonucu sekteye uğrar. Bu noktada değinilecek olan entegrasyon kavramı her bireyin kendi imkânlarına göre kendini dahil edebileceği sosyal süreçler sağlaması açısından değerlidir. Entegrasyon, var oluşu “normal” ya da “farklı” olsun karşılıklı olarak birbirini kabul etme, birlikte yaşayabilme durumudur. Buradaki temel prensip farklılığın göz ardı edilmesi değil bu farklılığa rağmen birlikte yaşanabilmesi ve insana özgü değerlerin paylaşılabilmesidir.

SORUNUN TANIMLANMASI; EKSİK OLAN NE?

Devletin farklı gelişenlerle ilgili politikaları, süreci yaşayanlara başka bir yol olmadığı ve bu yolda ilerlenmesi gerektiğini dayatmaktadır. Türkiye’de farklı gelişen ve /veya psikiyatrik tanı almış bireylere yönelik özel eğitim, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri sağlayan kurum ve kuruluşların sayısı her geçen gün artmakla birlikte, bu kurum ve kuruluşların sağladığı hizmetin niteliği tartışılmaktadır. Türkiye’de sosyal devlet bağlamında, farklı gelişen bireylerin eğitimi, sağaltımını, rehabilitasyonunu, yaşam kalitesine etki edecek diğer faktörleri daha çağdaş ve organize bir şekilde destekleyecek toplumsal kurumlara şiddetli bir şekilde ihtiyaç duyulmaktadır.^{29,30}

29 Rusihak, Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları Raporu (2008),

30 (Rusihak raporu, 2008)

Gelişimsel kuramlara baktığımızda toplumsal gelişimi desteklenen birey diğer gelişim alanlarında potansiyelini daha iyi kullanır, İnsan eylemde bulunmazsa hastalanmaktadır. (Moreno,... 1962) Bu gerçekten hareketle, sosyal gelişimi eldeki verilerle desteklenemeyen, farklı gelişen veya psikiyatrik tanıli bireyin diğer gelişim alanlarında da ilerlemesinin eksik kalacağı ortadadır..

Ülkemizde yaşanan durum budur; özellikle farklı gelişen çocuk ve ergenler için yürütülen mevcut eğitim politikası sosyal gelişimi destekleyememektedir. Hatta üniversitelerin ilgili bölümlerinde yetişmekte olan özel eğitim alanı eğitimci adaylarının aldığı eğitim programları da sosyal gelişimi hedefleyen eğitimleri içermemektedir. Toplum içindeki varlığı bir takım politika ve yaptırımlara bağlı olan farklı gelişen bireyler bu koşullarda kaliteli yaşam haklarını giderek kaybetmeye ve eve kapanmaya başlarlar. Burada değinilmesi gerekli önemli bir nokta Türkiye’de farklı gelişenlerin bir anlamda topluma katılımlarını sağlayan eğitim süreçlerinin ergenlik döneminde sona erdiği gerçeğidir. Çocukluk çağlarında özel alt sınıflar, kaynaştırma programı veya meslek okulu adı altında uygulamalar olsa dahi bu hizmetler ergenlik dönemi ile birlikte sonlanmaktadır. Farklı gelişim gösteren gençler, bu çağlarda eve kapanmakta ve giderek daha eylemsiz ve daha hasta hale gelmektedir. Herhangi bir eylemde bulunmamak, dolayısıyla özne olamamak farklı gelişen ve psikiyatrik tanı alan bireyi hatta ailesini maddeten ve manen ciddi bir açmaza sokmaktadır.

Üretim sürecinin dışında kalma durumu hastalığın bir sonucu olarak görülürken, hastalığı da tetikleyen ve seyrini hızlandıran bir durum haline gelir.

Birlikte yaşama koşullarını yaratmak ve sürdürmek doğal haklar ve adalet kavramları açısından devlet ve organlarının yükümlülüğüdür. Anayasal haklar da bu gerçeği tanımlamaktadır. Hukuk devleti olma açısından bakarsak 2007 yılı 3 Aralık Dünya Özürlüler günü demecine Devlet Bakanı Selma Aliye Kavaf şu mesajı vermiştir:

Özürlüler alanında sistemli bir yapı oluşturma çalışmalarına ilk olarak hukuk alanındaki düzenlemeler ile başladık. Evrensel insan hakları ilkeleri çerçevesinde, özürlülerimizin sorunlarının çözümü için yeni sosyal politikalara ve özürlüleri ilgilendiren mevzuatın yeniden düzenlenmesine duyulan ihtiyaçtan hareketle başlatılan çalışmalar sonucunda 07.07.2005 tarihinde 5378 sayılı Özürlüler Kanunu yürürlüğe girdi. Kanun ile, alanda ihtiyaç duyulan tanımlar literatüre kazandırıldı. Böylece bu alanda büyük ölçüde dil birliği sağlandı.

Özürlüler Kanunu ile özürlülüğün önlenmesi, sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım, ulaşılabilirlik, sosyal güvenliğe ilişkin sorunların çözümü ile özürlü bireylerin her bakımdan gelişmesi, toplumsal hayata tam katılımlarının sağlanması ve bu hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemelerin yapılması yasal çerçeveye belirlendi. Kanun, ilkesel düzeyde ve bütüncül karaktere sahip biçimde özürlülük alanında temel hak ve hizmetlerden yararlanma, fırsat eşitliği yaratmanın yanı sıra, özürlülere yönelik hizmet sunumu ve uygulamalarda belirli bir standardın sağlanmasında da bağlayıcı olmuştur. Özürlüler Kanunu, ülkemizde 1400’den fazla maddeden oluşan bir Özürlülük Hukuku alanını oluşturmaktadır. Kanun, özürlülerin karşılaştıkları ayrımcılıkla mücadele edilmesi, alınacak kararlar ve verilecek hizmetlerde özürlünün, ailesinin ve gönüllü kuruluşların katılımcı olmasının sağlanması ve özürlüye sunulacak hizmetlerde aile bütünlüğünün korunması ilkelerini esas almaktadır. Ayrıca, özürlü kişilerin, tüm insan hak ve özgürlüklerinden eşit şekilde yararlanmasını teşvik etmek, korumak, sağlamak ve doğuştan sahip oldukları onura saygıyı güçlendirmeyi amaçlayan BM Engellilerin Hakları Sözleşmesi, 30 Mart 2007 tarihinde taraf devletlerin imzasına açıldığında ülkemiz de imzalayan ilk ülkeler arasında yer almıştır³¹.

Herhangi bir eylemde bulunmamak, dolayısıyla özne olamamak farklı gelişen ve psikiyatrik tanı alan bireyi hatta ailesini maddeten ve manen ciddi bir açmaza sokmaktadır.

Farklı çocuk ve /veya psikiyatrik tanı almış birey, ailede travmatik gelişmelere yol açar. Adaptasyon süreci uzun ve zorludur. Bu süreçte ortaya çıkan değişiklikler nedeniyle aile bireylerinin ve aile sisteminin ruh sağlığı açısından sarsılması bazı riskleri beraberinde getirir.

Burada öyle haklardan söz ediliyor ki; hakların kabul edilmesinin, yasalarla tanımlanmasının, uygulama ve sürdürülebilirlik için yeterli olmadığını görüyoruz. Gelişim farklılıkları ve özellikle kronik psikiyatrik hastalıklar hakkında bilgi ve deneyim yetersizlikleri dikkate ve ciddiye alınmalıdır. Yasaların düzenlenmesi ilk koşuldu! Ancak bu hizmetlerin nasıl üretilebileceği, nasıl yaygınlaşabileceği hakkında plan ve projeler hazırlanması, denenmesi, izleme, değerlendirme ve yeniden düzenlemeler yapılması gerekmektedir. İşlevsel ve kalıcı iyileşmelerin sağlanabilmesi için. öncelikle pilot uygulamaların ve proje temelli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Bu çalışmaların gerçek ihtiyaçlara cevap verecek biçimde yürütülemediği durumda sadece hastalar ve engelliler değil, aynı zamanda onların aile bireyleri de ruh sağlığı açısından risk grubu haline gelmekte, ayrıca istihdam gücü kaybına yol açılmaktadır³². Gerek yasal düzenlemelerin çeşitli nedenlerle uygulamaya yeterince geçememesi, gerekse uygulayıcıların yetersizliği sonunda hasta da, ailede ve toplumda ne gibi sonuçlar doğduğuna bakmak gerekir.

Farklı çocuk ve /veya psikiyatrik tanı almış birey, ailede özel ve önemli bir değişiklik yaratır:

Bu değişiklik beklenen, istenen yönde değildir. Aile içinde travmatik gelişmelere yol açar. Adaptasyon süreci uzun ve zorludur. Ailede ortaya çıkan yeni ve zor durum ailenin yeniden düzenlenmesini gerektirir. Bu süreçte ortaya çıkan değişiklikler nedeniyle aile bireylerinin ve aile sisteminin ruh sağlığı açısından sarsılması bazı riskleri beraberinde getirir. Ruh sağlığı açısından baktığımızda psikolojik, psikopatolojik gelişmelerin de görülebildiği bir süreç gelişir.

1-AİLEDE DUYGUSAL DÜZLEMDE DEĞİŞİKLİKLER:

Şaşkınlık ve Korku: Kendine benzemeyen, eksik, değişik, farklı özellikteki bebek ya da çocuk önce şaşırtır aileyi. Bilinmeyenlerle dolu bir serüvenin başı olan bu karşılaşma haklı olarak korku verir. Tüm canlılarda evlat sahibi olmak biraz da (esasen) kendi türünü sürdürmek bakımından önemlidir. Hayvan topluluklarında sakat olan yavrunun öldürülmesi veya ölüme terk edilmesi doğal seçim olarak görülmektedir. Belki insan türü için de benzer eğilimler söz konusudur. Ancak insan sosyal bir varlık olarak doğal seçim eğilimine karşı, şefkat, acıma, yardım gibi savunmalar geliştirmiştir. Normal çocuklar ve aileleri için dahi çok zor olan insan (evlat) yetiştirme süreci bu savunmaların yardımı ile daha kolay geçirilebilir. Ancak biliriz ki pek çok aile çocuğuna kendi istediği yönde bir eğitim ve gelişim planı yapmaya çalışır. Onu kendi belirlediği bir insan haline getirmeyi amaçlar. Kazandıracağı sosyal statüyü çocuğun ileriki yaşamını kolaylaştırıcı bir unsur olarak tanımlar. Özürlü ailesinde ise bu tasarımların hayal bile edilmesi güçtür. Pek çok özürlü ailesi bu çocuğun yaşamla nasıl baş edebileceği üzerine yoğun kaygılar taşır. Korku en çok bu kaygıların beslediği temel bir duygu olarak baş göstermektedir.

Öfke: İnsan hakları açısından düşünülecek olursa her insanın insan olmaktan doğan yaşama, barınma, korunma, eğitim alma gibi bazı temel hakları vardır. Yasalar bu hakların korunması ve yaşanabilmesi için hazırlanmıştır. Özellikle "gelişmekte olan" diye andığımız ülkelerde ve tabii ki bizim ülkemizde, bu farklı çocukların/insanların temel hak ve özgürlüklerini nasıl kullanacakları belirsizdir. Yasal düzenleme ve değişim çabaları olmakla birlikte halen psikiyatrik tanı almış bir bireyin ailesini yitirdikten sonraki yaşamına ilişkin iç ferahlatıcı bir düzen yaratılabilmemiş değildir. Aile, bir yandan bu özel ve (istenmeyen yönde) özel

³² Rusihak raporu, 2008

likli çocuğu yetiştirmeye çalışırken bir yandan da onun geleceği için duyduğu şiddetli korkuya yoğun bir öfke duyar. Bu öfke; devlete, kurumlara, (hastane, okul, belediyeler, v.b), yakın ve uzak tüm sosyal çevreye karşı duyulabilen bir öfke olabilir. Aile böyle bir çocuğun yetiştirilmesinde ne denli çaresiz ise öfke o denli yoğun olacaktır.

Çaresizlik: Zorluklar karşısında kullandığımız çözüm yolları veya geliştirdiğimiz savunma düzenekleri kişiden kişiye değiştiği gibi, ailelerin de yine bir sistem olarak zorluk karşısında yaşayacağı duygular birbirinden farklıdır. Aile içerisinde iletişim, güç dengeleri, paylaşım, gerçeklik ilkesi, problem çözme ve yaratıcılık bakımından önceden var olan özellikler de özürü bir çocuğun karşılanmasındaki duygu değişimlerini etkiler. Bazı aileler yeniden adaptasyon sürecini nisbeten kolay geliştirebilir. Bazıları ise çaresizlik hislerine yenik düşer ve ailede tüm olarak veya bazı bireylerde daha yoğun olarak ortaya çıkan bir depresyon tablosu oluşabilir.

Ümitsizlik: Aile, baş vurduğu çarelerden veya geliştirdiği savunmalardan beklediğini bazı zaman bulamaz. Özellikle otizm ve kronik psikiyatrik tablolar gibi pek çok disiplinin birlikte çalışmasını gerektiren multi faktoriyel bir tabloda bazen ne profesyonellerin ne kitapların ne geleneksel yol ve yordamların ne de yakın ve uzak sosyal çevrenin destek olamadığı durumlarla sıkça karşılaşılır. Bu durum, ailenin ümitsizliğe kapılmasına neden olur. Ümitsizlik, aile bireylerinin çaba gösterme ve adaptasyon yönündeki heveslerini kırar. Yaşam enerjisi, ve değişime ilişkin motivasyon zayıflar. Vaz geçme duygusu baş gösterir.

Suçluluk: Normal çocukların yetiştirilmesi bile aileleri maddi manevi zorlamakta iken farklı ve engelli bir çocuğun yaşama hazırlanması veya psikiyatrik sorunları olan bir hastanın bakım ve tedavisi, bazen bir türlü işlerin üstesinden gelememek, ailenin duygu durumunu alt üst etmektedir. Korku, öfke, çaresizlik ve ümitsizliğin sonunda, hasta ya da engelli bireye karşı da öfke duyguları gelişecektir.

2-AİLEDE DÜŞÜNSEL BOYUTTA DEĞİŞİKLİKLER:

Duyusal dünyada yaşanan karmaşa, benliği “acıya karşı korunma ihtiyacı ile dengelenmek” isteğini doğurur. Bu duyguların su yüzüne çıkması ve bu karışık duygularla yüzleşmek hayli zordur. Bu yüzden düşünce düzleminde bazı savunma cümleleri ortaya çıkar. Huzursuzluk veren durumla ilgili açıklamalar, bahaneler, bu durumdan sıyrılabilme ihtiyacı ile gelişen muhakemeler gelişir. Neden oldu Suç kimde? Tüm hastalıklarda olduğu gibi aile geçmişi ve genetik sebepler aramak sanki ailede kadın ya da erkeğin hangisinin asıl sorumlu olduğunu anlamak için sorulur. Gebelik sırasında yaşananlar, alınan ilaçlar, geçirilen psikolojik bunalımlar veya diğer traumaları sorgulama eğilimi ile aile sanki bir suçlu arar gibidir. Bu sebebi bulmak çareye biraz yaklaştıracak gibi hissettirebilir. Bazen de bu duygularla işler daha da karışıp aile içi ilişkiler iyice bozulur.

Çözümlememiş geçmiş dosyalar da açılır ve kopmaların yaşandığı durumlar gelişebilir. Özürü çocuklarda parçalanmış ailelere çok sık rastlanmaktadır.

Şimdi ne olacak? Sonra ne olacak ? Bizden sonra ne olacak? Aile, gerçekçi bir şekilde çocuğun farklılığını benimseyip kabul etsin veya edemesin, bu çocuğu nasıl ve ne şekilde yetiştireceği ile ilgili zorluklar yaşayacaktır. Yukarıda sayılan kültürel, toplumsal yapıdan ve olanakların yeterlilik veya yetersizliğinden duyulan kaygının tüm yaşamsal eylemlere yön vermesi, her an geleceğe dönük en-

Tüm hastalıklarda olduğu gibi genetik sebepler aramak sanki ailede kadın ya da erkeğin hangisinin asıl sorumlu olduğunu anlamak için sorulur. Gebelik sırasında yaşananlar, alınan ilaçlar, geçirilen psikolojik bunalımlar veya diğer travmaları sorgulama eğilimi ile aile sanki bir suçlu arar gibidir.

Davranışları kolay denetlenemeyen bir çocukla insan içine çıkmak son derece güç ve örseleyici bir durumdur. Anne veya baba, toplumun hoş karşılamadığı davranışlar için hem utanç ve eziklik hem de tam bu noktada şiddetli öfke duyguları yaşayabilirler.

dişelerle yaşanması, ailenin diğer bireylerini özellikle diğer kardeşleri ciddi biçimde etkiler. Önceleri, eğitim ve tedavi adına yapılanlarla umutlanılır. Ailenin aklında hep bir gün daha "normal" (!) bir insan olacağına ilişkin bir umut, bir hayal vardır. Ancak gelişim bozuklukları çok geniş bir yelpazede karşımıza çıktığından en çok da nasıl bir enstrümanla karşı karşıya bulunduğumuzu tam olarak bilemediğimizden tam bir gelişim tasarımı yapılamaz. Yaş ilerleyip ailenin beklentileri hedeflerini bulamıyorsa ailenin düşünsel düzeyde kurduğu savunmalar yetersiz kalır ve davranış düzeyinde değişiklikler, hatta bozukluklar ortaya çıkabilir.

3-AİLEDE DAVRANIŞ DÜZLEMİNDE DEĞİŞİKLİKLER:

Aile yaşadığı değişiklik yüzünden (bu değişikliğin niteliği ne olursa olsun) iç dengelerinde bir değişim ve yeniden düzenlenme eğilimi gösterir. Farklı çocuğun yaşadığı ailede bu değişiklik daha derin ve daha uzun zamana yayılan bir etki yaratır. Ailenin yaşama bu yeni durumla birlikte yeniden uyum sağlaması gerekir. Uyum, çoğunlukla savunma niteliğindedir. Farklı çocukla yaşama ve onu yetiştirme zorlukları yanı sıra ailenin, sosyal çevre ile ilişki ve iletişiminde de bazı sorunlar yaşanması söz konusudur. Yakın ve uzak akrabaların durumu nasıl algıladıkları, nasıl tanımladıkları, aralarında nasıl konuştukları, bu yeni aile bireyini kabul etmede yaşanan güçlükler, ihmal veya yok sayma gibi dışlayıcı tutumlar görülebilir. Aynı şekilde ailenin komşuluk ilişkileri bozulabilir. Davranışları kolay denetlenemeyen bir çocukla insan içine çıkmak son derece güç ve örseleyici bir durumdur. Anne veya baba, toplumun hoş karşılamadığı davranışlar için hem utanç ve eziklik hem de tam bu noktada şiddetli öfke duyguları yaşayabilirler. Tüm bunlarla ortaya çıkan davranış değişiklikleri, çevreyi değiştirme, yeni ilişkilerin kolayca kurulamaması, toplum içinde yaşanan dışlanma sürecine karşı geliştirilen bazı tutumlarla kendini gösterir.

Bu tutumlar kimi zaman ailenin ve/ya aile bireylerinin toplumsal uyumunu bozacak nitelikte psikopatolojik savunmaların geliştiği bir tablo oluşturur.

Yukarıda tanımlanan duygu, düşünce ve davranış sorunların yanı sıra ailelerin asıl çıkmazı, ebeveynin yaşamı son bulduğunda hasta bireyin ne olacağı, nasıl ve nerede yaşayacağıdır.

Bireyler için yaşama katılım planı:

A - TANI VE DEĞERLENDİRME SÜREÇLERİ:

Farklı Çocuklar için:

- 1- Sağlık sistemi içinde geliştirilecek rutin bir uygulama ile tüm yeni doğanların ayrıntılı gelişim raporlarının tutulması,
- 2- Gelişimsel sapma gösterenlerin erişkinlik çağına kadar düzenli izleme ve değerlendirmesinin yapılması.

Erişkin ve psikiyatrik tanı almış olanlar için:

- 1- Tanı aldığı andan itibaren aile incelemeleriyle birlikte değerlendirilir, aile yanında veya ayrı yerleşim birimlerinde ne şartlarla kalacağına ilişkin tanımlar yapılır.
- 2- Üretim gücü ve kapasitesi değerlendirilerek (hastalıkların akut ve kronik özellikleri dikkate alınarak) korumalı işyeri bağlantıları veya kendi işinde desteklenmesi sağlanır.
- 3- Aktif çalışabilme gücünün yitilmesi durumunda kronik bakım servisleriyle gündüz hastanesinde veya kapalı hastane ünitelerinde "günlük yaşama katılım" amaçlı çalışma programı düzenlenir. Hedef, bireyin kesinlikle üretici olması ve yaşamının düzenli bir sorumluluk içinde geçmesidir (bu hastanenin mutfağında maydanoz ayıklamak bile olabilir).

B- TEDAVİ, DEĞİŞİM VE DÖNÜŞÜM SÜREÇLERİ (gerek çocuklar, gerekse yetişkinler için geçerli eylem adımları):

1- Gelişimsel açıdan farklılık veya sapma görülen çocukların düzenli izlenmesi ve özelliklerine uygun koruyucu, geliştirici ve iyileştirici tedavi/egitim programların uygulanması yönünde Sağlık ve Eğitim Bakanlıklarının bağlantılı çalışması gerekir.

2- Yaşlıtlarına göre farklı gelişim göstermeye devam edenler için eğitim ve yaşam süreci hakkında koruyucu , fakat esnek kariyer planı hazırlamak, uygulamak ve gidişatın izlenmesi, raporlamaların yapılması

3- Fiziksel ve/veya psikolojik özellikleri bakımından spor, iş ve meslek eğitimlerini alabilecekleri ortamların araştırılması ve korumalı işyeri işbirliği çalışmalarının yapılması (işyeri çalışanlarının eğitimini de içeren entegrasyon projeleri).

4- Ergenlik çağılarından başlayarak yetişkinlik çağlarında da kısmi korumalı gençlik evleri yapmak ve ailelerinden yarı bağımsız, daha sonra da tam bağımsız evlerde yaşam yaratmak (gereksinimlere ve özelliklerine göre 2-3 kişilik gruplar oluşturulur ve sosyal hizmet desteği ile yürütülür).

AİLE İÇİN DESTEK ÇALIŞMA PLANI:

A- TANI VE DEĞERLENDİRME SÜREÇLERİ:

1- Ailelerin günlük yaşam döngüsü içinde işlevsellik açısından irdelenmesi. Aile bireylerinin

tek tek ve hep birlikte yapılan oturumlarla incelenmesi ve mevcut durumun ayrıntılı bir değerlendirmesinin yapılabileceği raporlama çalışması 2- Olağan dışı olaylar ve traumaların yaşanması sırasında gelişen savunmalar ve aile işlevlerinin değerlendirilmesi:Ailenin geçmiş yaşantılar ve öykülerinde yer alan psikososyal unsurların anlaşılmasını sağlayabilecek nitelik ve yeterlilikte çalışmalar yapmak(karşılıklı görüşmeler, atölye ve grup çalışmaları).

B- TEDAVİ, DÖNÜŞÜM VE DEĞİŞİM SÜREÇLERİ:

1- Ailenin traumayı aşabilmesi ve yeni bir yaşam yolu açabilmesi için öncelikle koruyucu önlemler almak, gerektiğinde de sağıaltıcı çalışmalar planlamak ve uygulamak.

2- Aileyi engel ve engelli bireye sahip olma konusunda bilgilendirmek, uygun kaynaklarla tanıştırmak ve buluşturmak

3- Kronik problemlerin yarattığı süreçlerin aile bireyleri üzerindeki etkileri, bireyde ve ailenin sistemik döngüsünde oluşan duygu, düşünce, davranış bozuklukları ve savunmaların ele alındığı koruyucu ve /veya iyileştirici ruh sağlığı projeleriyle çalışmak.

Aile işlevlerinin tanınması ve değişiminde çeşitli terapi yöntem ve teknikleriyle uygulamalar yapmak, travmatik ailenin yeniden uyum yapabilmesini sağlamak: Bireysel görüşme ve danışmalar, Ailenin tüm bireyleriyle ortak oturumlar, anneler/babalar/kardeşlerle ayrı ayrı ve/ veya ortak grup uygulamaları yapmak (Grup teknikleri, psikodrama ve sosyodrama, sanatla terapi etkileşim vefarkındalık süreçlerinin öne çıkarıldığı yöntemler ile teknikler koşullar, olanaklar ve ihtiyaçlar yönünde tercih edilir).

İlgili Kaynaklar:

Eracar, N. :Biraz Yer Açar mısınız, Beyaz Yayınları 1999 İst.

Kohut, H.: Kendiliğin çözümülenmesi. Çev. Tura, S.M. Metis Yay.1998

Eracar, N.: Farklı Gelişen Çocuklarda Aile'nin Ele Alınışı, Farklı Gelişen Çocuklar, (kitap)

Editör: Kulaksızoğlu, A., Epsilon yay. 2003

Gelişimsel açıdan farklılık veya sapma görülen çocukların düzenli izlenmesi ve özelliklerine uygun koruyucu, geliştirici ve iyileştirici tedavi/egitim programların uygulanması yönünde Sağlık ve Eğitim Bakanlıklarının bağlantılı çalışması gerekir.

RUSİHAK İHTİYAÇ ANALİZİ ÇALIŞMA SONUÇLARI

İrem Umuroğlu,
Ürün Perçin,
Evrem Tilki

Görüşülen kurum çalışanları arasında sosyal hizmet uzmanları, doktorlar, hemşireler, hastabakıcılar, öğretmenler, özel eğitim öğretmenleri, sağlık memurları, araştırma görevlileri, sosyologlar, kurum yöneticileri, memurlar, muhtarlar, din görevlisi bulunmaktadır.

Dayanışma Merkezleri açılmadan önce, projenin uygulanacağı her iki ilde de, teşhis almış kişilerle, aileleriyle ve bu kişilere hizmet veren kurumlarla görüşmeler yapılmıştır. Buradaki amaç hem kişilerin hem kurumların ihtiyaçlarını anlamak ve projenin uygulamasını bu doğrultuda oluşturmaktır. Proje ekibince hazırlanan üç ayrı soru formu, 2009 (Şubat)'da İstanbul ve Manisa'da toplam 193 kişi ile yüzyüze görüşmelerle uygulanmış ve ihtiyaçlar analiz edilmeye çalışılmıştır.

Bu analiz, var olan hizmetlerin uygulanış biçimi, sorunlar ve ihtiyaçlarla ilgili önemli bilgiler ortaya çıkarmıştır.

Görüşülen Kişi Sayıları

	Teşhis almış kişiler	Yakınlar	Kurum çalışanları	Toplam
İstanbul	27	28	38	93
Manisa	27	27	46	100
Toplam	54	55	84	193

Kurum görüşmelerinde 49 kadın - 35 erkek çalışan, 84 kişi ile görüşülmüştür. Bu kurumlar arasında Aile Sağlık Merkezi, Çocuk ve Gençlik Merkezi, Devlet Hastaneleri, Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, Müftülük, Sağlık Ocağı, Kadın Konuk Evi, Toplum Merkezi, Muhtarlıklar, Valilik, Bakım Merkezleri, Hastaneler, Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezleri, İl Sağlık Müdürlüğü, Darülaceze Müdürlüğü, Büyükşehir Belediyelerinin Özürlüler Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler Müdürlüğü, İş-Kur, Zihinsel ve teşhis almış kişilerle ilgili dernekler ve sivil toplum kuruluşları bulunuyor. Görüşülen kişiler arasında sosyal hizmet uzmanları, doktorlar, hemşireler, hastabakıcılar, öğretmenler, özel eğitim öğretmenleri, sağlık memurları, araştırma görevlileri, sosyologlar, kurum yöneticileri, memurlar, muhtarlar, din görevlisi bulunmaktadır.

Ailelerde 29 zihinsel, 24 psikiyatrik tanı almış kişi yakını ile görüşülmüştür.

Tanı almış kişiler 9-47 yaş arasındaki zihinsel tanı almış 23, psikiyatrik tanı almış 31 kişi idi.

Teşhis almış kişilerden 24 kadın, 30 erkek ile görüşüldü. Katılımcıların %24'ü lise mezunu, %22'si ilkokul mezunu, %18'i ise ortaokul mezunudur.

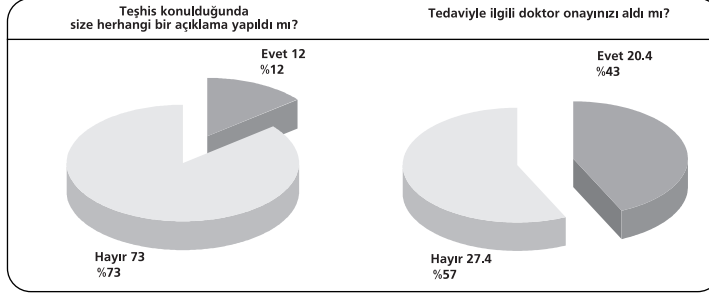
Teşhis Almış Kişilerin Sorun ve İhtiyaçları :

Teşhis almış kişilerin karşılaştığı sorunlar

- Farklı tanıları alma
- Teşhis konulduğunda açıklama yapılmaması % 72,7
- Tedavi için doktorun onaylarını almaması % 55,1
- Görülen tedavi biçimlerinin sınırlı oluşu
- Zihinsel engelli katılımcılar: Psiko-eğitim % 61 (fayda sağladı diyenler

%26,7), sosyal aktivite % 43,5 (fayda sağladı diyenler % 40).

- Psikiyatrik tanı almış katılımcılar: ilaç tedavisi % 100, (fayda sağladı diyenler % 63), bireysel psikoterapi % 48,4 (fayda sağladı diyenler % 15) .
- Eğitiminin yarıda kesilmesi: %27,5'
- Çalışmama: % 83,3
- Tedavi masraflarını eşinin/ailesinin sosyal güvencesi ile karşılama: %37
- Özürlü maaşı alanlar: % 18,5



Katılımcılar, teşhislerinin günlük hayatlarına etkisinde ise % 33,3 oranıyla işlerini bırakmak zorunda kaldıkları; %29,6 oranıyla, bir işe kendilerini uzun süre veremedikleri; % 24,1 oranıyla da gelecekle ilgili kaygılarının arttığı yanıtlarını vermişlerdir. Katılımcılar, yaşadıkları en önemli sorunlar olarak, % 68,5 ile toplum içine katılma; % 51,9 ile insanların önyargıları; % 33,3 ile de maddi güvence bulma yanıtlarını vermişlerdir.

Teşhis almış kişilerin yaşadığı sorunlarda, açıkça görülmektedir ki, toplumsal platformda kabul görmeme sorunu yüzdelik olarak hayli ön plandadır. Kişiler toplum tarafından itilme, 'normal' insanlar tarafından ayrımcılığa uğrama durumu ile karşı karşıyadır.

AİLE İLİŞKİLERİ:

Katılımcılara, aileleri ile en çok hangi alanlarda sorun yaşadıkları sorulduğunda ise iletişim sorunları ilk sırada yer almaktadır. Sonrasında ailenin kişiye değer vermemesi, kişiyi aşığılaması, hastalığını kabul etmemesi sorunları yer almaktadır. Üçüncü sırada ise, ailelerin kişinin hayatına fazla müdahale etmesi sorunu yer görülmektedir. Bu sonuçlardan, teşhis sonrasında ailelere mutlaka bilgilendirme yapılması gerektiğini çıkarabiliriz.

Katılımcılara, ailelerinin kendilerini nasıl tanımladığını sorduğumuzda ise, % 18,5'i sessiz, sakin, kendi halinde yanıtını; yine % 18,5'i öfkeli yanıtını; % 9,5'i konuşkan- cana yakın yanıtını; %7,4'i iyi yanıtını vermişlerdir. En yüksek oranlara sahip yanıtların, toplumdaki psikiyatrik hasta imajı ile de paralel olduğunu söylemek mümkündür: Sessiz ve öfkeli.

Katılımcılara, ailenizin size karşı tutumu nasıl, sorusuna alınan yanıtlar ise; koruyucu-kontrolcü (% 26,3); ilgili-sevecen (% 26,2), iyi (%14,9) yanıtlarıdır. Katılımcıların, ailenizin size nasıl davranmasını isterdiniz sorusuna yanıtları ise, % 34,2 oranıyla, biraz daha anlayışlı ve saygılı olsunlar, % 30,3 oranıyla zaten iyi, böyle devam etsin, yanıtını verdikleri gözlenmektedir. Buradan, teşhis almış kişilerin, fazla kontrollü ve baskıcı olmadan, anlayışlı ve ilgili bir aile yaklaşımı istedikleri gözlenmektedir.

HAYALİNİZDEKİ GÜNLÜK YAŞAM VE ŞU ANKI YAŞAMINIZ:

Katılımcılar, bir gününüz nasıl geçiyor sorusuna, yoğunluklu olarak spesifik bir cevap vermemekle birlikte, verdikleri yanıtların toplamına bakıldığında, gün-

Teşhis almış kişilerin yaşadığı sorunlarda, açıkça görülmektedir ki, toplumsal platformda kabul görmeme sorunu yüzdelik olarak hayli ön plandadır. Kişiler toplum tarafından itilme, 'normal' insanlar tarafından ayrımcılığa uğrama durumu ile karşı karşıyadır.

Katılımcılar, yakınlarına teşhis konulduğunda % 63 oranıyla açıklama yapıldığını; % 53, 8 oranıyla da yakınlarının tedavisiyle ilgili onaylarının alındığını belirtmişlerdir. Bu oranları, teşhis alan kişilerin cevaplarıyla karşılaştırdığımızda, teşhis hakkında ailelerin daha çok bilgilendirildiği, tedavi ile ilgili onayın ailelerden alındığı görülmektedir.

lük hayatlarını, sabah kalkma, kahvaltı etme, gittiği okul veya tedavi merkezi varsa oraya gitme ve eve dönme şeklinde sürdürdükleri görülmektedir. Özetle, günlük hayatlarındaki değişimler genelde spontan durumlardan kaynaklanmakta, hayatları ev, aile, varsa okul-rehabilitasyon üçgeninde geçmektedir. Katılımcılara, son olarak, en büyük hayaliniz nedir diye sorulduğunda, (% 37,9) meslek edinmek, güzel bir iş sahibi olmak, (%18,9) evlenmek-yuva kurmak, (% 13,2) iyileşmek-bu hastaneden çıkmak cevaplarını vermişlerdir.

TEŞHİS ALMIŞ KİŞİLERİN YAKINLARININ SORUN VE İHTİYAÇLARI:

Teşhis almış kişilerin yakınlarının katıldığı görüşmelerde, katılımcıların yaş ortalaması 45,56 olarak belirlenirken; katılımcıların tanı alan yakınlarının %60 oranıyla çocukları, %12,6'sının kardeşi/ağabeyi/ablası, %9,1 oranıyla da ebeveynleri olduğu görülmüştür. Katılımcıların %54,7'si zihinsel, %45,3'ü psikiyatrik tanıli kişi yakınıdır.

Katılımcılar, yakınlarına teşhis konulduğunda % 63 oranıyla açıklama yapıldığını; % 53, 8 oranıyla da yakınlarının tedavisiyle ilgili onaylarının alındığını belirtmişlerdir. Bu oranları, teşhis alan kişilerin cevaplarıyla karşılaştırdığımızda, teşhis hakkında ailelerin daha çok bilgilendirildiği, tedavi ile ilgili onayın ailelerden alındığı görülmektedir. Oysa ki, aileler kadar, teşhis alan kişilerin de bu bilgilendirmeyi alma hakları vardır ve hastaların kendilerinin de bizzat bilgilendirilmesi, ailelerin de yaşamını kolaylaştırmaktadır.

Kurumlara Dair En Önemli Sorunlar	Teşhis Almış kişi		Aile	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Aşırı kalabalık-yorgunluk	Evet	14 25,9	8 17,4	
Kayıt-evrak işlerinin yavaş ilerlemesi	Evet	11 20,4	11 23,9	
Çalışanların on yargıları-bizi yanlış tanımaları	Evet	15 27,8	1 2,2	
Hizmet hakkında bilgi verilmemesi	Evet	2 22,2	4 8,7	

Yaşadıkları durumun günlük hayatlarına etkisi sorulduğunda, % 54,5'i gelecekle ilgili kaygıları olduğu, % 36,4'ü psikolojik sorunlar yaşadığı, % 34,5'i ise kendine vakit ayıramadığı yanıtını vermiştir. Ailelerin, yüksek oranda verdikleri, gelecekle ilgili kaygılarının olduğu yanıtı, katılımcıların çoğunun çocuklarının teşhis alan yakını olması ve çocuklarının onlar olmadan ne yapacağı sorusu karşısında kaygılar taşımasından kaynaklanmaktadır.

2.Hangi Alanlarda Sorun Yaşadınız?	Teşhis Almışlarda		Ailelerde	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Toplum içine katılma	Evet	37 68,5	31 56,4	
Maddi güvence bulma	Evet	18 33,3	21 38,2	
İnsanların önyargıları	Evet	28 51,9	32 58,2	
Kendi adıma karar alma	Evet	13 31,7	13 28,9	

AİLE İÇİ İLİŞKİLER:

Ailelerde de teşhis almış kişilerde olduğu gibi sorunlar baş göstermekte, kendilerini teşhis almış yakınlarına adamaları ve zamanla sosyal hayattan kopmaları hem teşhis almış kişiyi hem de aileyi kötü etkilemektedir.

Katılımcılara "teşhis almış yakınınız ile hangi alanlarda sorun yaşadınız" sorusu yöneltildiğinde, % 62,2 yanıtıyla takıntılı davranış, % 54,6 oranıyla sinirli-gergin olma yanıtı alınmıştır. Katılımcılar, teşhis almış yakınınızda değişmesini istediğiniz özellikler nelerdir, sorusuna % 23,4'ü kendine yetmesi-temel ihti-

yaçlarını gidermesi; %19,9'u toplum içine karışması; % 14,4'ü sağlığına kavuşması yanıtını vermişlerdir.

Zihinsel ve psikiyatrik sorunların uzun süreli olduğu hâlâ tam olarak bilinmemekte, aile ve teşhisli kişilerin yaklaşımı "ilaçları alalım geçsin" şeklinde olmaktadır.

Ailelere "ilişki tarzınızı nasıl nitelersiniz" sorusu sorulduğunda, katılımcıların, %21,9'u fedakâr, %10,9'u bağımlı-desteğe muhtaç, yine %10,9'u sıcak-sevecen, %7,3'ü talepkâr yanıtlarını vermişlerdir. Katılımcılar "o sizi nasıl algılıyor" sorusunu, %30,6'sı sıcak-sevecen-anlayışlı; %10,9'u iyi; %9'u müdahaleci-eleştirci olarak yanıtlamıştır. Bir önceki soruyla, son sorunun yanıtlarının ters orantılı olduğunu düşünebiliriz. Ailelerin fedakârlık olarak gördüğü tavırları, teşhis almış yakınları müdahale olarak, algılamaktadır.

HAYALİNİZDEKİ GÜNLÜK YAŞAM:

Katılımcılara, hayallerindeki günlük yaşam sorulduğunda, çoğunluğu, yakınlarının "kendi başlarına yetebildiği normal bir hayat", bir kısmı ise "hayal edemem" yanıtını vermişlerdir.

Burada, katılımcıların normal hayat ve yaşadıkları durum arasında bir alternatif yol bulamamaları söz konusudur, ki bu da eldeki imkânların aileler ve teşhis almış kişiler için yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır. Katılımcıların en büyük korkusu, yakınlarının onlara bir şey olması durumunda ne yapacağı, ikinci olarak teşhisli kişinin başına kötü bir şey gelmesidir. Ailelerin, teşhisli yakınlarının kendilerinden sonraki hayatı hakkında endişe etmesi, bakımevlerinin, kişileri güvenerek bırakabilecekleri, yaşamayı öğrenebilecekleri yerlerin bulunmamasından, maddi güvencenin olmamasından kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların en büyük hayallerinin ise, % 43,2 ile yakınlarının iyileşmesi - kendine yeter hale gelmesidir.

En çok hangi desteğe ihtiyaç duyuyor	Teşhis Almışlar		Aile	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Maddi destek	Evet	22 40,7	32 58,2	
Psikolojik destek	Evet	25 46,3	30 54,5	
Söz hakkı verilme	Evet	20 37	12 21,8	
Kendi adına karar verebilme	Evet	20 37		
Kendi hayatını kurma	Evet	22 40,7	31 56,4	
İnsanlarla doğru iletişim kurma	Evet	19 35,2		
İnsanların saygılı davranması	Evet		26 47,3	
Toplum içine katma	Evet		33 73,3	

KURUM ÇALIŞANLARININ DİLE GETİRDİĞİ SORUNLAR VE İHTİYAÇLAR:

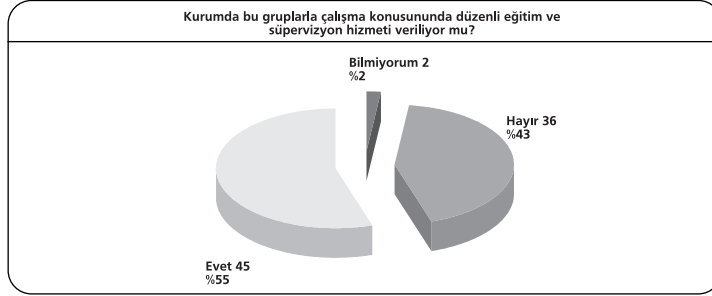
Kurum yöneticilerinin ve çalışanlarının katıldığı görüşmelerde, "Son bir yıl içinde bu tür (zihinsel engelli / psikiyatrik tanılı) kişilere hizmet verildi mi?" "Evet ise ne tür ve nasıl bir hizmet veriliyor?" sorusuna verilen yanıtlar çok çeşitlidir. Bunların % 14,4'ü "eğitim ve rehabilitasyon" hizmetlerinden oluşmaktadır. Zihinsel engellilik alanında verilen hizmet, eğitim ve bakım olarak öne çıkarken, psikiyatrik tanılı kişilere verilen hizmetlerde ise rehabilitasyon ve yatılı tedavi hizmeti ön plana çıkmaktadır. Ayrıca heyet raporu, kayıt ve evrak işleri ve diğer kurumlara yapılan yönlendirmeler bu alanlarda verilen diğer hizmetler olarak dile getirilmiştir. Psikolojik destek, bireysel görüşmeler, grup terapileri ve sosyal etkinlikler ise bu alanda verilen hizmetler arasında sadece % 4,8 lik bir orana sahiptir.

Ailelerin, teşhisli yakınlarının kendilerinden sonraki hayatı hakkında endişe etmesi, bakımevlerinin, kişileri güvenerek bırakabilecekleri, yaşamayı öğrenebilecekleri yerlerin bulunmamasından, maddi güvencenin olmamasından kaynaklanmaktadır.

Dolayısıyla hizmet alma ve verme açısından taraflar arasında bir iletişim kopukluğu ve topu hep karşı tarafa atma eğilimi olduğu görülmektedir.

YAŞANAN SORUNLAR VE SORUN KAYNAKLARI:

Kurumlara yöneltilen bir diğer soru şu şekildedir; "Bu gruplarla çalışırken yaşadığınız en önemli sorunlar ve kaynakları nedir?". Bu alandaki sorunların % 16,8'nin "hastalardan" ve % 13,2'sinin ise ailelerden kaynaklandığı dile getirilmiştir. Kurumların kendi bünyesinden ya da çalışanlarından kaynaklı sorunlar belirenlerin oranı ise % 1,2'dir. Yakınmalar genellikle hastaların sinirli ve saldırgan davranışlar sergilediği, tedaviye yatkın olmadıkları, bilgisiz ve anlayışsız oldukları yönündedir. Sıklıkla da hastalarla iletişim kurulamadığından şikâyet edilmiştir. Ailelerin, anlayışsız oldukları, işbirliğine yatkın olmadıkları ve çoğunlukla bilgisiz oldukları dile getirilmiştir. Yani kurumlar bu alanda hizmet verirken yaşanan sorunların kaynakları olarak genellikle hep hizmet alan tarafı sorun kaynağı olarak gösterme eğilimindedirler. Bu sonuçlarda, aslında açık bir şekilde bu alanlarda hizmet alırken yaşanan sorunlarda, hizmet veren tarafın kendini herhangi bir şekilde sorgulamadığını veya sorgulasa bile öncelikle sorun kaynağı olarak hizmet alan tarafı gösterdiğini vurgulamaktadır. Dolayısıyla hizmet alma ve verme açısından taraflar arasında bir iletişim kopukluğu ve topu hep karşı tarafa atma eğilimi olduğu görülmektedir.



HANGİ KURUMLARIN SORUNUN ÇÖZÜMÜNE NASIL KATKISI OLABİLİR?

Bu soruya verilen yanıtlarlar şu şekildedir: % 11, 6'lık bir oranla MEB'den özellikle zihinsel engellilik alanındaki eğitim imkânlarının iyileştirilmesi konusunda katkı beklenmektedir. Ardından % 7,1'lik bir oranla Sağlık Bakanlığı'ndan bu alandaki yasalarla ilgili olarak (rehabilitasyonun tanımlanması ve bu alana bütçe ayrılması vs.) katkı beklendiği dile getirilmiştir. Son olarak %3,6 oranında da SHÇEK'den işbirliği ve yardım istenmiştir.

BİR YILLIK ÇALIŞMA SÜRECİNDE AKIL VE RUH SAĞLIĞI ALANINDA SİSTEMDE TESPİT EDİLEN TEMEL SORUNLAR

Nalan Erkem / Gülsun Kanat Dinç

Aşağıdaki tablo, sorunu bizzat yaşayan ekip üyelerimizle yaptığımız çalışmada ortaya çıkmıştır. Türkiye’de bu gruplara verilmesi gereken hizmetleri aşağıdaki başlıklarda toparlayıp hangi hizmetin hangi kurum tarafından verildiğini sıraladık. Belli başlıklarda hizmet veren bir kurumun olmadığını ya da belirsiz olduğunu fark ettik. Türkiye’de zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan bireylere dönük hizmetler ve ilgili kurumlar

BİLGİYE ERİŞİM	–
TIBBİ TANI	Sağlık Bakanlığı
EĞİTSEL TANI	Milli Eğitim Bakanlığı, RAM
TEDAVİ	Sağlık Bakanlığı
TERAPİ /rehabilitasyon	Sağlık Bakanlığı, SHÇEK, MEB, Belediye
EĞİTİM	MEB
İSTİHDAM	İŞKUR
BAKIM	SHÇEK, Belediye (Darülaceze)
BARINMA /BAĞIMSIZ YAŞAMA	–
AİLELERE MOLA DESTEĞİ	–
MADDİ DESTEK	Valilik, SHÇEK
KRİZ MÜDAHALE	Sağlık Bakanlığı, Emniyet Md.
SOSYAL YAŞAMA UYUM	–

1. Tedavi ve Rehabilitasyon: Bir yıllık çalışma sürecinde, gerek danışanlarla gerekse kurumlarla yapılan ortak çalışmalarda, tedavi ve rehabilitasyon alanında yaşanan ve sıkça dile getirilen sorunlar:

- Hastalık ve tedavisi konusunda bireye ve ailesine yeterli bilgi verilmemesi başlıca şikâyet nedenlerinden biri olarak karşımıza çıkmıştır. Hastalığın nedenleri ve sonuçları, seyri, ilaçların yan etkileri, alternatif tedavi olanakları ayrıntılı anlatılması, tedavi süreçlerinin hasta ve yakınının bilgilendirilerek onamları alınıp programlanması, temel taleplerden biri olmuştur. Ancak bu konuda üniversite hastanelerinde hasta ve aileyi bilgilendirmebilme konusunda olumlu tutumlar ve işbirliğine yatkın bir durum tespit edilmesine karşılık, aynı sorunda Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri’nde kayda değer bir ilerleme sağlanamamıştır.
- Teşhis almış bireylerde hastalık nedeniyle oluşabilecek davranış biçimleri konusunda bilgilendirilmek ve ayrıca bu kişilerle sağlıklı iletişim kurma yollarının öğretilmesi, ailelerden gelen önemli bir istemdir. Aksi halde teşhis almış yakınlarında oluşan davranış değişikliklerinin ailelerde korku, panik, utanç, damgalama ve hastaya zarar verebilecek diğer davranış biçimlerine yol açabildiği görülmüştür. Ailelerin, hastalığın farklı evrelerinde görülecek davranış biçimleri konusunda ayrıntılı bilgilendirilmelerinin ve her aşamada kişiyle sağlıklı iletişim kurma teknikleri konusunda da yeterli eği-

Teşhis almış bireylerde hastalık nedeniyle oluşabilecek davranış biçimleri konusunda bilgilendirilme ve ayrıca bu kişilerle sağlıklı iletişim kurma yollarının öğretilmesi, ailelerden gelen önemli bir istemdir.

Psikiyatrik teşhis almış ya da zihinsel engelli kişiyle birlikte, ona özel yaşam programı oluşturacak, takibini yapacak, ihtiyaç duyduğunda kolayca ulaşılabilir, doktor, psikiyatri hemşiresi, psikolog ve sosyal çalışmacıdan oluşan, ekiplerin olmayışı temel eksiklik olarak dile getirilmiştir.

tim verilmesi ihtiyacı anlatımlar ve gözlemlerle belirlenmiş ve ailelerin konusunda tekrarlayan çalışmalarla desteklenmesi gerektiği dile getirilmiştir.

- Tedavinin, ilaç tedavisiyle sınırlı tutulması, psikoterapi olanağının özellikle RSSH’de uygulanamıyor olması, hastalarla yakınlarının psikolojik ve sosyal destek mekanizmalarından yoksun kalması en çok yakınılan konulardan biri olmasına karşın, bir yıllık çalışma sürecinde ilerleme sağlanamayan konulardandır. Buna neden olarak da bölge hastanelerine başvuran hasta sayısının çokluğu, doktor, psikolog ve diğer uzman sayısının yetersizliği, psikologların test uygulamaktan başka bir şey yapma fırsatlarının olmayışı, psikiyatlardaki zihniyet farkı, çalışanlarda tükenmişlik duygusu vb sorunlar belirtilmiştir. Sorunun çözüm yollarının konuşulduğu toplantılara üniversite hastanelerinde çalışan doktorların aktif katılımı gözlenirken, RSSH’den doktorların temsili düzeyde katıldığı gözlenmiştir. Bu kapsamda, başvuranlardan tıp fakültelerinin hastanelerinde tedavi görenler ile yakınlarının memnuniyet düzeyinde belirgin farklılık saptanmıştır.
- Rehabilitasyonun tedavinin önemli bir parçası olduğu gerçeğine uzak yaklaşım, toplumsal yaşam içinde kolay ulaşılabilir, engellilerin ücretsiz yararlanabileceği, yaygın rehabilitasyon merkezlerinin olmayışı temel gereksinimlerden biri olarak belirtilmiştir.

2. Kişi Merkezli Hizmet: Psikiyatrik teşhis almış kişiyle birlikte, ona özel yaşam programı oluşturacak, takibini yapacak, ihtiyaç duyduğunda kolayca ulaşılabilir, doktor, psikiyatri hemşiresi, psikolog ve sosyal çalışmacıdan oluşan, toplum koordinatörü türünde ve gerektiğinde anında müdahale edebilme yeteneğine sahip mobilize ekiplerin olmayışı temel eksiklik olarak dile getirilmiştir.

Aynı sorun zihinsel engelli bireylerin yakınlarınca da dile getirilmiştir. Başvuranlar zihinsel engelli çocuklarının ihtiyaçlarını (eğitim, bakım) analiz eden, gelişim planını ve takibini sağlayan bir sorumlu sosyal çalışmacıya ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir. Zihinsel engelli çocuklar için doğrudan sorumlu böyle bir çalışan olmaması nedeniyle her şeyin ailenin takdirine ve becerisine kaldığı gözlenmiştir. Ailelerin çocuklarının ihtiyaçları için nereye başvuracakları, zihinsel engelli çocuklarının, genç ve yetişkin olduklarında ne tür ihtiyaçlarının gelişeceği ve bağımsızlaşmaları için ne yapılabileceği konusunda yol gösterecek bir sosyal çalışmacıya gerek duyduğunun önemini, kurum temsilcilerine anlatabilmek konusunda yeterli başarı sağlanamamıştır.

3. Bürokratik İşlemlerle İlgili Sıkıntılar: Rapor alma süreçlerine ilişkin yaşanan sıkıntılar ailelerin önemli şikâyetlerinden biri olarak saptanmıştır. Büyük şehirlerde hastanelerdeki yığılma, bürokratik işlemlerin çokluğu, zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış kişilerin günlerce hastanelere gidip gelmesine ve uzun süre beklemlerine yol açtığı bildirilmiştir.

Raporların geç verilmesinin maddi hak kayıplarına neden olduğu belirtilmiştir. Çözüm olarak çocuk psikiyatristi sayısının artırılması, rapor veren merkezlerin yaygınlaştırılması, kurumlar arası iletişim ve güvenin sağlanması, bürokratik işlem ve belgelrin sadeleştirilmesi önerilmiştir.

4. Toplum-Temelli Hizmet: Akıl ve ruh sağlığı anlayışı kapsamında bu tür mekanizmaların oluşturulması için tüm tarafların etkin katılımını sağlayacak çalışmaların düşünsel planda ilk adımları atılmışsa da dönüşümün gerçekleşmesi için yapılması gereken çok şey olduğu gözlenmiştir.

5. Barınma: Bir başka sorun alanı olarak da engellinin bakımı ve barınma konusu belirtilmiştir.

Bu kapsamda:

- Anne - babası olmayan, kardeş ya da daha uzak akraba ile yaşamak zorunda kalan engellilerin barınma konusu önemli bir sorun oluşturmaktadır. Özellikle gündüzleri bu tür engellilerin gidebileceği merkezlerin olmayışı, çalışan yakınlar için sorun olmakta ve sırf bu nedenle bu tür teşhis almış bireyler hastanelere kapatılmak istenmekte ve çoğunlukla da kapatılmaktadır. Oysa bu bireyler, kendilerine korumalı ev ya da sosyal konut vb şekilde barınma olanağı sağlandığı takdirde yaşamlarını sürdürebilecek kapasitede olmalarına rağmen özgürlüklerinden yoksun bırakılmaktadırlar. Bu sorunun çözümü için gereken yasal değişikliklerin yanı sıra Devlet, Belediyeler ve STÖ işbirliğinin sağlanmasına acil gereksinim vardır.
- Aynı şekilde sahipsiz ve evsiz engellilerin barınmaları ve istismardan korunmaları için gereken sosyal güvenlik ve destek mekanizmalarının kurulması, tüm tarafların bu konuda var olan olanakların nasıl ortaklaştırılacağına dair projeler üretilmesinin önemi açıktır.
- Bir yıl içinde gelen başvurulardan, aileleriyle birlikte yaşayan engellilerin, aileleriyle yaşadıkları çatışmalar sonucu hiç gerekmediği halde hastanelere yatırılmaya çalışıldığı gözlenmiştir. “Çocuğumuzu, yakınımızı hastaneye yatırmamız için yardım edin” ya da “doktor oğlumuzu taburcu ediyor ancak biz eve gelmesini istemiyoruz çünkü bize bağıırıp çağırıyor o nedenle hastaneden çıkarılmaması için bize yardımcı olun” türünden bir hayli başvuru almış bulunuyoruz. Bu tür vakalarda aile ve teşhis almış bireyle ayrı ayrı görüşerek birlikte yaşamalarına katkı sağlamaya çalıştık. Ancak sorun hem aileye hem de teşhis almış bireye psikolojik destek verecek mekanizmaların oluşturulmasıyla çözülecektir. Bu tür çatışkı çözümleyici destek mekanizmaları, kişilerin hastanelere kapatılmasını engelleyerek toplum içinde yaşama olanaklarını artıracak ve bu şekilde hem birey haklarından yoksun kalmayacak hem de hastanelerde gereksiz yığılmalar önlenmiş olacaktır.
- Aileleriyle yaşamak istemeyen engelliler ile psikiyatrik teşhis almış yakınlarıyla birlikte yaşamak istemeyen ailelerin sorunlarını çözecek korumalı evler/kulüp evleri gibi evlerin hizmete sunulması öncelikli taleplerden biridir. Ailelerin, devletin ve sivil toplumun ortaklaşa katkı koyabileceği ve Sosyal Hizmetler’in destekleyeceği bu evler, engelli kişilerin barınma sorununun çözümünde tüm çağdaş ülkelerde uygulanan yöntemdir.

6. Eğitim: Eğitim alanında en fazla sorun yaşayan kesimin zihinsel engelliler olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Zihinsel engellilerin genel/karma eğitim sisteminden yeterince yararlanamaması, özel eğitime ayrılan bütçenin yetersizliği ve özel eğitim merkezlerinin izlenmesi/denetimi gibi sorunlar başvurular tarafından dile getirilen başlıca sorunlardır.

- Zihinsel engellilere tanınan aylık özel eğitim ve grup çalışması saatlerinin ihtiyacın çok altında olması,
- Merkezlerimize yapılan başvurularda, özel eğitim merkezlerinde farklı engellilik düzeyinde çocukların bulunmasına karşın ağır engelliler dışında hepsine aynı programın uygulandığı belirtilerek aslında her çocuğun durumunun ve ihtiyaçlarının farklı olduğu, ancak hepsine aynı programın uygulanmasının diğer çocukların gelişimini olumsuz etkilediği eleştirisi getirilmiştir. Bu nedenle her çocuğa özel, onun ihtiyaçlarına yönelik bireysel programların yapılmasının gerektiği ancak özel eğitim kurumlarının per-

Aile ve teşhis almış kişi arasındaki çatışmaları çözümleyici destek mekanizmaları, kişilerin hastanelere kapatılmasını engelleyerek toplum içinde yaşama olanaklarını artıracaktır.

Aileler, özel eğitim merkezlerinde, çocuklara inisiyatif tanınmadığını, onların bir şeyleri kendi başlarına başardıklarını görmelerinin gerektiği ancak pratikte bunun yapılmadığı belirtmiştir.

- sonel yokluğundan söz ederek bu eleştirileri dikkate almadıkları ve konuda etkili bir denetim mekanizmasının bulunmadığı,
- Özel eğitim merkezlerinin kendilerini okuldan çok bakım merkezleri gibi algıladıkları, oysa ki onların eğitim kurumları anlayışıyla hizmet vermeleri gerektiği,
 - Okullarda çocuklara yönelik bireysel veya grupsal psikolojik destek çalışmalarının olması gerektiği ancak pratikte böyle bir desteğin verilmediği,
 - Öğretmenlerin çok sık değiştiği, dolayısıyla tam çocukları tanımaya başladıklarında değiştirildikleri ve bunun hem çocukları hem eğitimi hem de dolaylı olarak aileleri olumsuz etkilediği,
 - Öğretmen ve psikologun sıkça değişmesinin istikrarsızlık yarattığı, başlatılan programların yarım kaldığı, her yeni gelen öğretmenin başka bir program başlattığı ve bir süre sonra onun da yarım kaldığı ve çocukların olumsuz etkilendiği,
 - Öğretmenlerin motivasyonlarının düşük olduğu, bunun çocukları ve verilen hizmeti olumsuz etkilediği,
 - Çocukların zaman zaman gelişim gösterdiği ancak öğretmenlerin değişmesi ve diğer nedenlerle bir süre sonra gerileyip tekrar başa döndükleri,
 - Velilerin okulların atölyelerine, mutfaklarına girmelerinin engellendiği, içeride ne olup bittiğini bilmedikleri ve bu yüzden tedirgin oldukları, ancak içeriye girmek için ısrar etmeye çekindikleri çünkü o zaman da çocuklarının okuldan çıkarılma tehlikesinden kaygılandıkları,
 - Çocuklara inisiyatif tanınmadığını, onların bir şeyleri kendi başlarına başardıklarını görmelerinin gerektiği ancak pratikte bunun yapılmadığı,
 - Öğretmenlerin yöneticiler ve diğer kişiler tarafından motive edilmesinin önemli olduğunu, pratikte bunun yararını gördüklerini, motivasyon eksikliğinin yorgunluk, yılgınlık ve bıkkınlığa neden olduğu,
 - Okula gittiklerinde çocukları hep otururken gördüklerini, çocukların bütün gün hiçbir şey yapmadıklarını,
 - Ailelere zihinsel engelliğin ne olduğu ve çocuklarına nasıl davranacağı öğretilmesi gerektiği,
 - Babaların çocuklarının özürlü olmasını kabul etmedikleri ve tüm yükün annelere kaldığı, bunun da annenin aşırı yorulmasına yol açtığı, ailede sorunların büyüdüğü ve babaların evi terk ettikleri ya da boşandıkları, bu nedenle zihinsel engelli çocuğu olan babalara ilk andan itibaren bilgi ve psikolojik destek verilmesinin gerektiği,
 - En önemli ihtiyaçlardan biri olarak ailenin toplum içine çocuklarıyla birlikte çıkma ve kabul görme ihtiyacı olduğu, toplumdaki önyargılar nedeniyle çocuklarını toplum içine ortak sosyal alanlara çıkaramadıklarını, bunun hem çocuğun gelişimini olumsuz etkilediğini hem de ailelerin eve kapanmasına yol açtığını,
 - Öğretmen ve çalışanlara periyodik süpervizyon verilmesi gerektiği,
 - Bakıcıların eğitimsizliğinin çocukları olumsuz etkilediği çünkü çocukların günün büyük bir kısmını bakıcılarla geçirdiği,
 - Zihinsel engellilerin her yıl rapor almak zorunda bırakılmalarının çocuklar ve aileler bakımından büyük bir sorun olduğu,
 - Hastanelerde ayrımcı uygulamalara maruz kaldıkları, çocukların o ortamdan çok olumsuz etkilendikleri, heyet raporuyla durumu bir kez belirlenmiş olan zihinsel engellinin bir daha rapor almak zorunluluğundan çıkarılması gerektiği,
 - Yatılı bakım merkezlerine ve mola evlerine acil gereksinim olduğu, bu merkezlerin ailelerin ulaşabileceği yakın semtlerde kurulmasını, örneğin

hafta sonları, tatillerde ya da gereksinildiğinde, çocukları bir süreliğine bırakabilme olanağı sağlanmasının aile bireyleri açısından çok önemli olduğu,

- Zihinsel engelli çocuklar için okul sonrası ve okul tatillerinde gidebilecekleri, oyun oynayabilecekleri, gelişimlerini sağlayıp, eğlenebilecekleri, güvenli süpervizyonu yapılan macera oyun alanlarına ihtiyaç duyulduğu,
- Hem zihinsel engelliler hem de psikiyatrik teşhis almış bireyler için durumlarına uygun mesleki eğitim olanaklarının sağlanmasının gerekliliği temel sorunlar olarak belirtilmiştir.

Başvuranların aktardıkları bu sorunlara ilişkin, kurumlarla yapılan toplantılarda bu sorunlar paylaşılmış, gelişmiş ülkelerdeki modellerden yola çıkılarak kendi modelimizi oluşturma çalışmalarının ilk adımları atılmıştır. Ancak bu adımların karar vericiler tarafından da desteklenmesi, çözümü yolunda acil adım atılması henüz mümkün olmamıştır.

7. İstihdam: Engellilerin çalışma yaşamına katılımını özendirici yasal düzenlemeler kısmen yapılmışsa da uygulamada büyük sorunların varlığı tüm başvuruların ortak sorunudur.

Kısıtlı olan engelli kontenjanlarından zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhisli bireylerin yararlandırılmadığı, kamu sektörü de dahil engelli kontenjanlarından işe alımlarda basit ortopedik engellilerin öncelikle tercih edildiği ifade edilmiştir. Bu açıdan bakıldığında zihinsel engelliler ile psikiyatrik teşhisli bireylerin çifte ayrımcılığa maruz kaldıkları görülmektedir.

Özel sektörün yükümlülüklerini yerine getirmekten kaçındığı, yeterli denetimin olmamasından dolayı da engellilerin çalışma yaşamının dışında kaldıkları bilinen bir gerçektir. Bu konuda, birçok engelli derneği de dahil, toplumda korumalı işyeri konusunda bilgi eksikliği olduğu da bir başka sorundur.

8. Ekonomik ve sosyal haklar: Ekonomik ve sosyal haklarla ilgili olarak, başvuruların belirttiği sorunlar.

- Engelli aylığı alma şartlarının, bu hakkı kullanılamayacak kadar daraltıcı kapsamda olması, en azından engelli aylığına hak kazanmada ailedeki kişi başına gelirin asgari ücret düzeyinde olmasının aranmaması, asıl olanın engellinin kişisel gelirinin ve varlığının aylığa hak kazanmada temel ölçüt olması gerektiği,
- Evde bakım ücreti hesaplanırken bakım veren kişinin çalışmaktan kaynaklanan ekonomik ve sosyal hak kayıplarının da göz ardı edilmemesi gerektiği, özellikle ailede başka gelir yok ise verilen bir asgari ücretin bakım veren kişinin yaşam koşulları bakımından yetersiz olduğu,
- Ayrıca ihtiyacı olan engellinin evinin, engelli için gerekli güvenli ortama dönüştürülmesi ve yetişkin pedi gibi desteklerin, SHÇEK'in engelliler için vermekte olduğu destekler kapsamına alınması,
- Belediyelerce, bağımsız yaşayan engellilerin elektrik, su ve ısınma gibi giderlerine indirim uygulanması,
- Emeklilik süresinin tüm engel grupları için aynı olmasının bazı engelliler bakımından fiilen emekli olma hakkından yararlanamamaya varan sonuçlara neden olduğu, bu nedenle engellilik oranıyla ve türüyle orantılı bir emeklilik hakkı tanınması gereği
- Tüm engellilerin koşulsuz olarak sağlık güvencesinden yararlanma hakkının olması gerektiği.

9. Kurumlara Erişim: Engellilerin kurumlara erişiminde yaşanan ekonomik, fi-

Engelli aylığı alma şartlarının, bu hakkı kullanılamayacak kadar daraltıcı kapsamda olmasından yakınılmış, en azından engelli aylığına hak kazanmada ailedeki kişi başına gelirin asgari ücret düzeyinde olma şartının aranmaması, engellinin kişisel gelirinin aylığa hak kazanmada temel ölçüt olması gerektiği vurgulanmıştır.

Kurumlara yapılan
başvurularda
dilekçelerin
görevlilerce
alınmaması ve
kayda
geçirilmemesi
yaygın bir uygulama
olarak dikkati
çekmektedir.

ziksel ve bürokratik engellerin kaldırılması başvuranların dile getirdiği diğer bir önemli istemdir.

- Kurumlara yapılan başvurularda dilekçelerin görevlilerce alınmaması ve kayda geçirilmemesi yaygın uygulama olarak dikkati çekmektedir. Anayasal bir hak olan dilekçe hakkının kullanılmasında yaşanan engel, kimi kurumlara yapılan görüşmelerde kısmen düzelme eğilimindeyse de görevlilerin dilekçeleri kayda geçmemeleri halen devam etmektedir. Başvurulan kurum personelinin engellilere karşı bireyin gereksinim ve haklarını değil "devletin parasını koruma" kaygısıyla başvuruları engelleyici davranış içinde bulundukları temel şikayet noktalarından birini oluşturmuştur.
- Ekonomik olarak toplumun en zayıf kesimlerinde yer alan engellilerin büyükşehirlerde SHÇEK, hastane, valilik vb kurumlara ulaşmada önemli maliyete ve uzun zaman kaybına yol açtığı, bu maliyeti karşılayamayacak durumdaki engellilerin, engelli kartı ve ulaşım kartı almak için başvuramadığı aktarıldı.
- Engelli kartı alınmış olsa bile büyük şehirlerde bu servislerin uzak olması engelli yakınının refakata ihtiyaç duyan engelli ile rehabilitasyon merkezine gitmesi, bilgi almak, servis ihtiyacı için başvuruda bulunmasının çok zaman aldığı, çalışan refakatçisinin işini engellediği, hatta tehlikeye attığı bu nedenle engellilerin hakları için yasal prosedürlere başvurulamadığı anlatıldı.
- Engellilere hizmet veren merkezlerin yaygın, kolay ulaşılabilir olması, personelin engellilere yaklaşım ve engelli hakları konularında eğitimli olması sorunu büyük ölçüde çözebilecek önlemler olarak değerlendirilmiştir.
- Kendi başına hareket edemeyen engellinin bu tip rehabilitasyon merkezleri yaygınlaşana dek ulaşımının kolay ve ücretsiz sağlanması için ivedi çözüm üretilmesi gerektiği, böyle bir desteğin engelli yakınının ekonomik ve psikolojik güçlenmesini sağlayacağı belirtilmiştir.

10. Bireylerin Özellikleri: Yerel hizmet planlamasında zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireylerin gereksinimleri ve özellikleri dikkate alınmamaktadır. Başvuranlar tarafından belirtilen bir başka sorun alanı valilik ve belediyelerde engellilere yönelik hizmetler planlanırken daha çok ortopedik engelliler ile görme engellilerin esas alındığı, zihinsel ve ruhsal alanda engelli gruplara yönelik hizmet üretilmediği ile ilgilidir

11. Önyargılar: Engellilerin eğitim, tedavi, bakım, barınma, iş ve toplumsal yaşama katılım gibi temel konularda karşılaştığı engellerin içinde en belirleyici sorunlardan bir tanesi olarak "toplumsal önyargılar ve ayrımcılık" olarak belirtilmektedir. Okula kabulde, işe alınmada, genel hastanelerde tedavide, sosyal yaşama katılma çabalarında kısaca yaşamın her alanında zihinsel ve ruhsal engelliler büyük bir ayrımcılığa uğradıklarını, kendilerine karşı toplumda damgalama eğiliminin çok güçlü olduğunu, bu damgalama ve önyargılı, ayrımcı tutumlar yüzünden sokağa çıkamadıklarını, toplumsal yaşama katılamadıklarını, işe kabul edilmediklerini, kendilerine ev verilmediğini, özellikle psikiyatrik teşhisli potansiyel suçlu muamelesi yapıldığını dile getirmişlerdir. Bu sorunların çözümü, önyargıların ve ayrımcılığın aşılması için tüm toplumsal kesimlere yönelik çalışmalar yapılması önemlidir.

Bu çalışmaların devlet desteğinin yanı sıra, yerel yönetimler, özel sektör, medya ve sivil toplum kuruluşlarının birlikte çalışmasıyla başarılabileceği düşünülmektedir. Bu kapsamda yapılan çalışmalar henüz çok yetersiz olup yerel yönetimler ve özel sektörün yeterli katkı sağlaması henüz gerçekleşmemiştir.

12. Hukuksal yardım : Psikiyatrik teşhis almış bireylerin vesayetten kaynaklanan sorunlar nedeniyle ücretsiz hukuksal danışmanlık alabilecekleri yerlerin olmaması, Baroların bu gruptaki bireyler tarafından rolünün bilinmemesi, polis, savcılar ve hâkimlerin bu grubun ihtiyaçlarını bilememesi, sürecin aktörlerindeki önyargılar nedenleriyle yaygın hak ihlalleri yaşandığı gözlemlenmiştir. Örneğin engellilerin vesayet sorunlarını çözecek yargılamanın uzunluğu, hizmete ulaşmalarını engelliyor veya vasilerin sorumluluklarını yerine getirmemeleri, görevlerini kötüye kullanmaları vb nedenlerle vesayeti kaldırmak isteyenlerin, vesayeti başkasında olduğu için kendi adına avukat tutamaması gibi sorunların çözümü için yeni düzenlemeler gereksinim olduğu görülmektedir. Ayrıca zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhisli kişilerin mahkemelerde, hâkim karşısında konuşamadıkları gözlenmiştir.

Bu nedenle çocuk yargılamalarındaki benzer bir sistemle, engelli bireyle duruşma öncesi ön görüşme yapacak ve duruşma sırasında ona eşlik ederek kendisini ifade etmesine yardımcı olacak bir psikolog veya uzmanın atanmasının doğru olacağı düşünülmektedir.

13. Kurumlararası işbirliği; Hizmetlerin planlanması ve uygulanmasında devlet kurumları, belediyeler, özel sektör ve sivil toplum örgütlerinin ortak çalışması, bilgi, deneyim ve olanakların ortaklaştırılması, merkezi hizmet yerine yerel güçlerce düzenlenen ulaşılabilir ve yaygın hizmet ihtiyacı, tüm illerde öne çıkan ihtiyaç ve talep olmuştur. Yerel kaynakların hizmet planlaması ve sunumunda etkin kullanımı ancak karar süreçlerine sorunların taraflarının tam katılacağı demokratik mekanizmaların oluşturulmasıyla olanaklı olacağı açıktır. Nitekim bu sorunların çözümünde önemli mesafe kat eden çağdaş ülkelerde hizmet planlaması ve sunumu, yerel güçlerin, sivil toplum kuruluşlarının, engellinin ve ailenin tam katılımıyla gerçekleştirilebilmiştir.

Çocuk
yargılamalarındaki benzer bir
sistemle, engelli
bireyle duruşma
öncesi ön görüşme
yapacak ve duruşma
sırasında ona eşlik
ederek kendisini
ifade etmesine
yardımcı olacak bir
psikolog veya
uzmanın
atanmasının doğru
olacağı
düşünülmektedir.

TÜRKİYE'DE ENGELLİLERİN İNSAN HAKLARI: OLANAKLAR VE GÜÇLÜKLER

Avukat Nalan ERKEM

Asıl önemli yasal
iyileştirme
Engellilerin İnsan
Haklarına Dair
Birleşmiş Milletler
Sözleşmesi'nin
kabulüdür. Bu
sözleşmenin önemi,
ilk kez engelliliğe
ilişkin sosyal
yaklaşımı temel
alan bir uluslararası
hukuk metni
olmasıdır.

MEVCUT DURUM:

Türkiye'de engellilerin insan haklarına özgü yasal düzenlemeler ağırlıklı olarak 2005 yılı ve sonrasında gerçekleşmiştir. Önceleri Medeni Yasa'da düzenlenen vesayet kurumu, zihinsel ve ruhsal engellilerin evlenmeleri dahil, hak ve fiil ehliyetine yönelik kısıtlamalar ile Türk Ceza Yasası'nda engelliler lehine az sayıdaki maddeler ile SHÇEK'i düzenleyen yasalar gibi genel yasaların içinde yer alan birkaç maddenin dışında engellilere özgü kapsamlı yasal düzenlemeler bulunmuyordu.

İlk olarak 01.07.2005 tarihinde yürürlüğe giren "Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun" ile engellilere özgü ve onların ihtiyaçlarını temel alan bir yasal düzenleme gerçekleştirilmiştir. Engellilerin ihtiyaçlarını tam olarak karşılayamasa da Özürlüler Yasası'nın kabulü kuşkusuz çok önemli bir gelişmedir.

Bu yasa ile "Devlet, insan onur ve haysiyetinin dokunulmazlığı temelinde, özürlülerin ve özürlülüğün her tür istismarına karşı sosyal politikalar geliştirme" hedefini koymuş ve "Özürlülere yönelik olarak alınacak kararlarda ve verilecek hizmetlerde özürlülerin, ailelerinin ve gönüllü kuruluşların katılımı sağlanır. Özürlülere yönelik hizmetlerin sunumunda aile bütünlüğünün korunması esastır." demekle ilk kez engelli merkezli bir yaklaşıma yönelmiştir.

Özürlüler Yasasına bağlı olarak gerçekleştirilen çeşitli yönetmelik, kanun hükmünde kararname ve genelgelerle, engelli hakları alanında yeterli olmasa da önemli iyileştirmelere gidilmiştir. Yine bu yasa ile engellilerin sağlık, eğitim, çalışma haklarına, ekonomik ve sosyal destek mekanizmaları oluşturulmasına yönelik adımlar atılmıştır.

Özellikle ağır engellilerin bakım merkezlerine toplanması yerine kendi ailesiyle birlikte yaşayabilmesinin kapısını aralayan "evde bakım ücreti" gibi olanaklar getirilmiştir.

Asıl önemli yasal iyileştirme Engellilerin İnsan Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'nin kabulüdür. Bu sözleşmenin önemi, ilk kez engelliliğe ilişkin sosyal yaklaşımı temel alan bir uluslararası hukuk metni olmasıdır. Bu önemli bir gelişmedir çünkü engelliliği bireydeki "engelle" açıklayan tıbbi yaklaşımın aksine, engelliliğin bireydeki, toplumdaki ve çevredeki engelin karşılıklı etkileşimi ile açıklanması, engellilik konusunda üretilmesi gereken çözümlerin çerçevesini genişletmekte, toplumsal ve çevresel faktörlerin rolünü temel alan yaklaşımlar getirmektedir. Nitekim bu çalışmanın konusu olan zihinsel engelliler ile psikiyatrik teşhis almış bireyler ve onların aileleri bakımından, toplumsal algıların ve ayrımcı zihniyetin, yaşamı ne denli zorlaştırıcı ve kişinin var olan engelinin daha büyük ve yaygın engeller oluşturan bir unsur olduğu, bir yıllık çalışma süresince danışma merkezlerine yapılan başvurulardan açıkça görülmüştür.

Yasalarda engelli haklarına dair yapılan düzenlemeler çok önemli bir adım olmakla birlikte henüz ihtiyaçları karşılamaktan uzaktır. Bunun en temel neden-

lerinden biri engelli bireylerin, ailelerinin ve bu alanda savunuculuk yapan sivil toplum örgütlerinin, ihtiyaçların belirlenmesi ve yasaların oluşturulması süreçlerine katılamamasıdır. Bu nedenle çıkarılan yasalar ihtiyaçların karşılanması konusunda yetersiz kalmaktadır. Bunun tipik örneklerinden bazıları engellilere ekonomik destek sunan düzenlemelerde engelli bireyin gelirini temel almayan yaklaşım ya da özel eğitim konusunda farklı engel gruplarına ve oranlarına sahip bireyin ihtiyaçlarının farklı olacağı gerçeğinin göz ardı edilmesi olarak sayılabilir.

Yasal düzenlemelerle getirilen kimi haklar da bu hakların yaşama geçmesini sağlayacak sosyal destek mekanizmalarının oluşturulmaması nedeniyle kâğıt üstünde kalmaktadır. Örneğin rehabilitasyon hakkı, çalışma hakkı, eğitim hakkı gibi.

Yasalarda yer alan hakların kullanılmasının önündeki bir başka sorun da engellilere yönelik farklı kurumların yetki alanına giren hizmetlerin koordinasyonunda yaşanan güçlükler ve kurumların birbirlerinden habersiz çalışması, kurumlar arası iletişim kopukluğudur. Bu nedendir ki yasal hakkından yararlanmak isteyen engelli birey ya da ailesi, kurumlar arasında kapı kapı dolaşmak zorunda kalmakta, doktor raporları, ya da SGK kayıtları gibi bir kurumun kayıtlarında zaten var olan bilgilerin bu alanda hizmet veren diğer kurumlarla paylaşılmaması nedeniyle emek, zaman ve ekonomik kayıplara uğramakta, ağır bürokratik işlemlerle baş etmek zorunda kalmaktadır.

Bir yıllık çalışma sırasında kurumlarla yapılan toplantılarda engelli bireyler ve ailelerinin bu konuda yoğun eleştiri ve talepleri olmuştur.

Yasalarla yapılan iyileştirmelerin yaşama geçilmesinde en büyük engellerden bir diğeri de ayrımcılık, damgalama ve diğer önyargılardır. Toplumsal önyargılar aşılmadan engellilerin insan hakları alanında gerçekleşen hukuksal kazanımların tümüyle yaşama geçirilmesi olası görülmemektedir.

BAŞVURULARDA ÖNE ÇIKAN HAKLAR VE SORUNLAR:

1- Dilekçe Hakkı ve Haklara Erişim: Her yurttaşın dilek ve şikâyetlerini bildirmek üzere kamu makamlarına dilekçe verme hakkı gerek Anayasa'nın 74. Maddesinde gerekse 3071 sayılı Dilekçe Hakkının Kullanılmasına Dair Kanun'la tanınmış hakkıdır. Ancak buna rağmen özellikle engelli bireyler ve ailelerinin çeşitli taleplerini içeren dilekçelerinin kamu kurumlarındaki görevlilerce çeşitli bahaneler ileri sürülerek alınmaması, işleme konulmaması gibi yaygın bir uygulama vardır. Merkezlerimize bu konuda çok sayıda başvuruda bulunmuş olup bu şikâyetler kamu kurum temsilcileriyle yapılan toplantılarda kendilerine bildirilmiştir.

Dilekçe Hakkının Kullanılmasına Dair Kanun'un 5. Maddesi vatandaşın dilekçeyi yanlış bir merciye vermesi durumunda dahi görevlinin dilekçeyi alarak kayda geçmesi ve doğru merciye göndermesi yükümlülüğünü düzenler.

Yine aynı yasanın 7. Maddesi idari makamlara yapılan her başvuruya en geç 30 gün içinde yazılı olarak yanıt verilmesi zorunluluğu düzenlenmiştir. Ancak yasadaki bu açık hükümlere karşın uygulamada dilekçelerin kabul edilmemesi, kabul edilse dahi yanıt verilmemesi yaygın bir şekilde sürmektedir. Bu durum hak taleplerinin yetkili makamlara ulaşmasının, dolayısıyla haklara erişimin önünde ciddi bir engel oluşturmakta olup gerek engelli bireyler ve yakınları, gerekse bu alanda savunuculuk yapan sivil toplum örgütlerinin konunun takipçisi olmasıyla kamuda tutum değişikliklerinin sağlanacağı düşünülmektedir.

Yasalarla yapılan iyileştirmelerin yaşama geçilmesinde en büyük engellerden bir diğeri de ayrımcılık, damgalama ve önyargılardır. Toplumsal önyargılar aşılmadan engellilerin insan hakları alanında gerçekleşen hukuksal kazanımların tümüyle yaşama geçirilmesi olası görülmemektedir.

Çağdaş ülkelerde
psikiyatrik teşhis
almış ve/veya
zihinsel engelli
bireylerin evlenme
ve aile kurma
haklarını kısıtlama
anlayışı çoktan terk
edilmiştir.

2- Vesayet Kurumu: Zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireylerin kişilik haklarının en fazla kısıtlanmasına yol açan ve pratikte sağlıklı denetim ve kontrol mekanizmalarının bulunmadığı en önemli sorun alanlarından biri vasiyet ve vesayet sistemidir. Medeni Yasa'nın 13. Maddesi gereği "yaş küçüklüğü, akıl zayıflığı ve akıl hastalığı"nın varlığı, kişinin ayırt etme gücünden yoksunluğunun nedenidir.

Medeni Yasa'nın 14.Maddesine göre de, ayırt etme gücü olmayanlarla, küçüklerin ve kısıtlıların fiil ehliyeti yoktur ve onların bazı temel haklarını kullanabilmesi için onlar adına karar verecek bir vasi atanması gerekir. Medeni Yasa'nın 403. ve 483. Maddeleri arasında düzenlenen vesayet kurumu özellikle zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireylerin kendilerine Anayasa, yasalar ve uluslararası sözleşmeler ile tanınmış olan en temel haklarını kullanmalarının önünde çok önemli bir engel olarak varlığını sürdürmektedir.

Psikiyatrik teşhis almış veya zihinsel engelli bireyi bağımsız, özerk ve eşit haklara sahip, kendi yaşamı hakkında karar verebilen, topluma katkı sunabilecek bir birey olarak kabul etmeyen, bunun yerine engellileri kendileri hakkında her türlü kararın aile, vasi, kurum ve/veya devlet tarafından alındığı, topluma yapabilecekleri katkının yok sayıldığı birer nesne olarak gören anlayışın en somut örneği olan Medeni Yasa'daki bu düzenlemeler engellilerin yaşamında önemli kısıtlamalara ve temel haklardan yoksun kalmalarına yol açmaktadır Bu kapsamda;

2.1. Vesayet ve Evlenme, Aile Kurma Hakkı: Vesayet altına alınan engelli birey evlenme, aile kurma, çocuk sahibi olma gibi kişiye sıkı sıkıya bağlı en temel haklarda bile vasinin iznini almak zorunda bırakılmaktadır. Engelli bireyin evlenip evlenemeyeceğine ya da kiminle evleneceğine vasi karar vermekte, eğer engelli kişi vasinin haberi olmaksızın her nasılsa kendi istediği bir 51 kişiyle evlenmiş ise vasiye ya da Cumhuriyet savcısına bu evliliği fesh ettirme hakkı (Medeni Yasa 145-146-152-153) tanınmaktadır.

Pratikte zihinsel engelli ve/veya psikiyatrik teşhis almış bireylerin evlenme ve aile kurma, çocuk sahibi olma haklarının kullanılmasını fiilen imkânsızlaştıran bu düzenleme başta Engelli Kişilerin İnsan Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi olmak üzere temel insan haklarına aykırı bir düzenlemedir ve ivedilikle değiştirilmesi gerekir. Çağdaş ülkelerde psikiyatrik teşhis almış ve/veya zihinsel engelli bireylerin evlenme ve aile kurma haklarını kısıtlama anlayışı çoktan terk edilmiş, onun yerine devletin engelli bireyi psikolojik, sosyal, ekonomik ve tıbbi destek mekanizmaları ile güçlendirdiği ve eşit bir birey olarak evlenme ve aile kurma hakkını özgürce kullandığı sisteme geçilmiştir.

2.2. Vasi Seçimi ve Atanması : Medeni Yasa'daki düzenlemeler gereği vasi atanmasına vesayet mahkemeleri karar verir, doktor raporu ve engellinin görüşünün alınması zorunludur. Ancak mahkeme gibi resmi bir ortamda "normal" bireylerin bile heyecanlanarak dertlerini anlatamadığı bilinen bir gerçek iken, toplum önünde kendini ifade etme sorunu yaşayan zihinsel engelli ve/veya ruhsal sorun yaşayan bireylerin haklarını savunabileceklerini düşünmek mümkün değildir.

Bu nedenle öncelikle bu bireylere, kendilerine vasi atanmasının hukuksal sonuçlarını onların anlayacağı şekilde anlatılması önemlidir. Bunun yanı sıra mahkeme önünde düşüncelerini özgürce ifade edebilmeleri için psikolog ya da sosyal çalışmacı tarafından güçlendirilmeleri ve duruşma sırasında da psikolog veya sosyal çalışmacının eşlik etmesi önemli bir ihtiyaç ve adil yargılanma hakkının gereğidir. Ayrıca engellinin tüm aşamalarda konunun uzmanı bir avukat

yardımdan ücretsiz olarak yararlandırılması gerekir. Ancak bu koşullar sağlandığı takdirde verilecek bir vesayet kararı engelli bireyi koruyucu ve destekleyici bir karar olabilir. Aksi uygulama vesayet kurumunu engellilerin haklarının kullandırılmadığı, sömürü ve istismara açık bir esaret kurumuna dönüştürme riski taşıyacaktır.

2.3. Görevini Yapmayan Vasinin Değiştirilmesi : Vesayet konusundaki bir başka sorun alanı görevini ihmal eden ya da kötüye kullanan vasinin değiştirilmesi sorunudur. Zihinsel ya da ruhsal engelli bireyin, görevini istismar veya ihmal eden vasisini değiştirme hakkı fiilen yok gibidir. Çünkü yasa bu durumda vasinin vesayet makamına şikayet edilmesinden söz ediyorsa da eğitimsiz, yoksul ve güvensiz bir engellinin vesayet makamına ulaşması, derdini anlatabilmesi, iddialarını kanıtlayarak vasinin değiştirilmesini sağlayabilmesi, üstelik tüm bunları büyük olasılıkla vasi ile aynı çatı altında yaşarken yapabilmesi mümkün değildir. Bu tür sakıncaları gidermek için yerel ya da merkezi sosyal servislerin uzmanlarınca önceden bildirim yapılmaksızın vesayet altındaki engelliler sık sık ziyaret edilmeli ve yapılacak özel görüşmelerle engelli bireyin sorun yaşayıp yaşamadığı kontrol edilmelidir. Bu alanda herhangi bir sorun sapta olduğunda bir yandan derhal raporlanarak vesayet makamına bildirilmeli diğer yandan da adli yardım sisteminden bir avukat görevlendirilerek gereken hukuksal başvurular yapılmalıdır. Bu anlamda Medeni Yasa'da gereken değişiklikler yapılmalı ve bu değişiklik sürecine engelli bireyler, aileleri ve bu alanda çalışan sivil toplum örgütlerinin katılımı sağlanmalıdır.

Vesayet konusundaki bir başka sorun alanı yargının yavaş işlemesi nedeniyle engellilerin uzun süre beklemek zorunda kalmaları ve bu nedenle ekonomik ve sosyal hak kaybına uğramalarıdır.

3- Sağlık Hakkı: Zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış bireylerin genel sağlık konusunda yaşadıkları sorunlardan başlıcaları aydınlatılmış onam (bilgilendirilme hakkı), tedaviyi red etme haklarına saygı gösterilmemesi ve istemsiz yatış olarak sıralanabilir.

3.1. Aydınlatılmış Onam Hakkı: Gerek uluslararası hukuk gerekse Hasta Hakları Yönetmeliği 15. Madde ve devamında her bireyin sağlık durumu, uygulanması önerilen tıbbi işlemler, bunların yararları ve olası sakıncaları, alternatif tıbbi müdahale yöntemleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek olası sonuçlar ve hastalığın seyri konusunda sözlü veya yazılı olarak uyarılması, bilgilendirilmesi hakkı vardır. Bilginin hastanın anlayacağı bir dille ve şekilde, tıbbi terimler fazla kullanılmadan, şüpheye yer bırakmayacak ve hastanın ruhsal durumuna uygun bir şekilde nazikçe verilmesi düzenlenmiştir (Hasta Hakları Yönetmeliği 18.Madde).

Ancak yönetmelikteki bu açık anlatıma rağmen gerek hastanelerdeki yoğunluk gerekse engelliye karşı ayrımcı zihniyet nedeniyle pratikte özellikle ruhsal ve zihinsel engelli hastalar, hastalıkları ve tedavi yöntemleri, riskler ve alternatif tedavi seçenekleri konusunda bilgilendirilmemektedir.

Bunun yerine yasal zorunluluğu yerine getirmiş olmak için hastaya yönetmelikte sayılan hakların yazılı olduğu bir belge imzalatılarak tedavi planlanmakta ve uygulanmaktadır. Bu konuda en fazla başvuru psikiyatrik teşhis alan hastalardan gelmektedir. Hastalığın belirtileri, tedavi süreçleri, ilaçların yan etkileri konusunda bilgilendirilmeyen bireyler, tedavi sürecinde ortaya çıkan yan etkilerden paniğe kapılmakta, tedaviyi bırakmakta ve bu da istenmeyen sonuçlara yol açmaktadır.

Hastalığın belirtileri, tedavi süreçleri, ilaçların yan etkileri konusunda bilgilendirilmeyen bireyler, tedavi sürecinde ortaya çıkan yan etkilerden paniğe kapılmakta, tedaviyi bırakmakta ve bu da istenmeyen sonuçlara yol açmaktadır.

Medeni Yasa’da
vesayet makamının
adli yardım
sağlayabileceği ve
kişiyi dinleyeceği
belirtilmekteyse de
pratikte
yaygın olarak
istemsiz yatış
kararları evrak
üzerinden, kişiye
avukat yardımı
sağlanmadan ve kişi
mahkeme
huzurunda
dinlenmeden
onanmaktadır.

Manisa merkezimize başvuruçularımız arasında bir babanın “Oğlumun hastalığı tüm ailemizi perişan etmişti, Sonra doktor Hanımı bulduk. O bize oğlumun hastalığından kaynaklanabilecek sorunları anlattı ve ona nasıl davranmamız, kriz anında ne yapmamız gerektiğini öğretti ve hayatımız değişti. Şimdi sorunlar daha az, ilaç tedavisinde oğlumun da görüşü alınıyor, oğlum kendine güveniyor, yarı zamanlı çalışmaya başladı, artık her şey daha kolay” sözleri engellinin ve ailesinin bilgilendirilmesinin, güçlendirilmesinin tüm ailenin yaşamındaki değişimi ve önemini gösteren örneklerden yalnızca biri.

3.2. Tedaviyi Reddetme Hakkı: Herkesin özgür iradesiyle tedaviyi ret etme hakkı olmasına rağmen psikiyatrik teşhisli ve/veya zihinsel engelli bireyler bu haklarını kullanamamaktadırlar.

Bunun nedenleri bu bireylerin ya vesayet altında olmaları ya da vesayet altında olmasalar bile engelliliklerine dair önyargılar, bireyin özne değil nesne olarak algılanması ve bunun sonucunda bireyin kendisinden değil ailesinden izin alınarak tedavi uygulanması yoluna gidilmesidir.

3.3. İstemsiz Yatış: Gelişmiş ülkelerde çok sıkı kurallara ve denetim mekanizmalarına bağlı olarak uygulanan istemsiz yatışlar, bizde Medeni Yasa’nın 436. ve diğer maddelerinde yer alan “Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması” başlığı altında düzenlenmiştir. Buna göre akıl hastalığı, akıl zayıflığı ve madde bağımlılığı gibi nedenlerle, doktor raporu almak koşuluyla, kişi özgürlüğünden yoksun bırakılarak bir kuruma kapatılabilir.

Eğer kişiye vasi atanmış ve vasisi önceden böyle bir rapor almış ise zihinsel engelli ya da psikiyatrik teşhis almış bireyin kurumlara kapatılması keyfiliğe varan bir şekilde ve çok daha kolaylıkla gerçekleştirilebilir. Nitekim yetişkin psikiyatrik teşhisli kişilerin vasilerinin engelli yakınlarını, tıbbi açıdan hiç gerekli olmadığı durumlarda dahi hastanelere yatışlarını sağlamaya çalıştıkları görülmektedir. Merkezimize bu tür başvurular yapılmış ve yaşamını bağımsız olarak sürdürebilecek engelli çocuklarının ya da kardeşlerinin kapalı kurumlara alınması için bizden destek istenmiştir. Bu tür başvurular engelli ve yakınlarını güçlendirici çalışmalarla çatışmaların çözülmesi sağlanarak ailenin bir arada yaşamasına katkıda bulunulmuştur.

İstemsiz yatışların teorik olarak yargı denetimine tabi olmalarına rağmen uygulamada bu denetim ya hiç yapılmamakta ya da genellikle etkili bir şekilde yapılmamaktadır. Bunun nedenlerinin başında istemsiz yatırılan/tıbbi müdahale uygulanan bireye itiraz haklarını kullanabilmesi için adli yardım kapsamında derhal bir avukat atanmaması gelmektedir. Kişi haklarını bilmediği gibi, hiçbir şekilde savunma yardımı da alamamaktadır. Medeni Yasa’da vesayet makamının adli yardım sağlayabileceği ve kişiyi dinleyeceği belirtilmekteyse de pratikte yaygın olarak istemsiz yatış kararları evrak üzerinden, kişiye avukat yardımı sağlanmadan ve kişi mahkeme huzurunda dinlenmeden onanmaktadır. Gerek Anayasa gerekse Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi 5. Maddesi’nde düzenlenmiş olan kişi özgürlüğü ve güvenliği hakkının açık ihlalini oluşturan bu uygulamanın değiştirilmesi, etkin bir hukuksal ve sosyal yardım ile denetim mekanizmalarının oluşturulması önemlidir.

3.4. Rehabilitasyon Hakkı: Engelliler için yaşamsal öneme sahip haklardan biri de rehabilitasyon hakkıdır. Rehabilitasyon hakkı Özürlüler Yasası 10. Madde’de “Rehabilitasyon hizmetleri toplumsal hayata katılım ve eşitlik temelinde özürlülerin bireysel ve toplumsal ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olarak verilir. Rehabilitasyon kararının alınması, plânlanması, yürütülmesi, sonlandırılması

dâhil her aşamasında özürlü ve ailesinin aktif ve etkili katılımı esastır.” Şeklinde düzenlenmiştir. Ancak bu düzenlemeye rağmen zihinsel engelli ve psikiyatrik teşhis almış engelliler bakımından ne yazık ki rehabilitasyon için yeterli bütçe, yetmiş eleman ve program bulunmadığından bu engelli grubu rehabilitasyon olanaklarından yararlanamamaktadırlar.

RUSİHAK Danışma Merkezlerine yapılan başvurularda dile getirilen en temel taleplerden/ihtiyaçlardan biri de rehabilitasyon talebi olmuştur. Başvuranların büyük çoğunluğu rehabilitasyon ve güçlendirme çalışmalarına duyulan ihtiyacı dile getirmişler ve bu ihtiyaçlarının karşılanacağı gündüz merkezlerinin açılmasını talep etmişlerdir.

4- Bakım Hakkı: Engellilerin Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi’nde düzenlendiği ve gelişmiş ülkelerde uygulandığı üzere engelli bireylerin aileleriyle yaşadıkları ortamda hizmet alabilmeleri esastır. Türkiye’de ise engelliler önceleri yalnızca kurum bakımından yararlandırılabilir iken, Özürlüler Yasası’nın kabulü kurum bakımı hakkının yanı sıra evde bakım hakkı da getirilmiştir.

4.1. Evde Bakım: Buna göre; “Özürlü kişilerin yaşamlarını öncelikle bulundukları ortamda sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmesi, toplum içinde kendi kendilerini idare edebilecek ve üretken hâle gelebilecek şekilde bakım ve rehabilitasyonlarının yapılması, bunlardan ihtiyacı olanların geçici veya sürekli bakım altına alınması veya bunlara evde bakım hizmeti sunulması esastır (Özürlüler Yasası m.6).”

Aynı yasanın 9. Maddesine göre de hizmetin, engelli bireyin öncelikle sosyal ve fiziksel çevresinden ayrılmaksızın sunulması esastır. Bu düzenleme bireyin bulunduğu ortamda ve ailesinden ayrılmadan hizmet almasını temel aldığından çok olumlu bir değişim olarak nitelendirilebilir.

Ancak bu yasal düzenlemenin pratik uygulaması yalnızca engellinin bakımını üstlenen kişiye belli bir ücret ödenmesine indirgenmiştir. Bakım yerine yalnızca bakım ücreti ödeniyor olması, özellikle ağır engelli bireylerin bu ücretten ve insanca yaşam koşullarından yeterince yararlanamaması sonucunu doğurmaktadır.

Evde bakım ücreti alan kişiler/aileler üzerinde yeterli denetim uygulanmaması, ücret dışında fiziksel, ruhsal, sosyal ve tıbbi destek mekanizmalarının bulunmaması nedeniyle engelli bireyler ve bakım verenler sorun yaşamaya devam etmektedir. Bireylerin kendi ortamlarında yaşama yaklaşımı, çok olumlu ve doğru bir yaklaşım olmakla beraber, ihtiyaç duyulan fiziksel, ruhsal, ekonomik ve sosyal destek mekanizmalarının bir an önce oluşturulması önemlidir.

Ayrıca bakım veren kişiye çok yetersiz olan bakım ücreti dışında başka bir ücret ve sosyal hak verilmemesi, evde bakım verenlerin belli saatlerde, günlerde ya da tatillerde engelli yakınlarını bırakarak sosyal gereksinimlerini karşılayabilecekleri, dinlenebilecekleri ulaşılabilir merkezler, “mola desteği” gibi olanaklar sağlanması önem taşımaktadır.

4.2. Kurumda Bakım: Gerek Özürlüler Yasası gerekse SHÇEK Yasası ile evde bakımı ağır sağlık sorunları nedeniyle mümkün olmayan ya da ailesi veya bakım verecek yakını bulunmayan engellilere kurumda bakım olanağı sağlanmaktadır. Ancak kurumların kapasitesi, nitelikli eleman azlığı, toplum içinde, kolay ulaşılabilir, küçük ölçekli bakım merkezleri yerine toplumsal yaşamın dışında, izole ve büyük ölçekli kurumlarda bakım hizmeti veriliyor olması, pratikte birçok sorunun yaşanmasına neden olmaktadır.

Bireylerin belli şehirlerde yoğunlaşan az sayıdaki kurumda kalmak zorunda olması, aile ve yakınlarından uzaklaşması, sosyal uyaranlardan yoksunlaşmasına

Bakım yerine yalnızca bakım ücreti ödeniyor olması, özellikle ağır engelli bireylerin bu ücretten ve insanca yaşam koşullarından yeterince yararlanamaması sonucunu doğurmaktadır.

Bu başvurularda öne çıkan iki sorundan ilki verilen özel eğitim desteğine getirilen aylık saat sınırlamasıdır. Zihinsel engelliliğin özelliği gereği, sürekli olmayan ve uzun aralıklarla verilen eğitim desteğinin yeterli olmadığı bildirilmiştir.

neden olmakta ve engellilerin yetilerinin kaybına, duygusal sorunlar yaşamalarına yol açmaktadır. Ayrıca bu tür izole kapalı kurumlarda yaşamak zorunda kalan ağır engelli birey her türlü istismara açık ve yeterli koruma mekanizmalarından yoksun kalmaktadır. Büyük ölçekli kurumlardan toplumsal yaşama katılımı kolaylaştıran, şehir merkezlerinde ve küçük ölçekli merkezlere geçilmesinin önemi açıktır.

5- Eğitim Hakkı: Herkesin olduğu gibi engellilerin de eğitim hakkı vardır. Engellilerin eğitim hakkı Özürlüler Yasası 15. Maddesinde getirilen “Özürlü çocuklara, gençlere ve yetişkinlere, özel durumları ve farklılıkları dikkate alınarak, bütünlleştirilmiş ortamlarda ve özürlü olmayanlarla eşit eğitim imkânı sağlanır.” düzenlemesiyle engelli çocukların eğitimdeki izolasyonuna son verilmiş ve kendi akranlarıyla birlikte eğitimin yolu açılmıştır.

Eğitimdeki ayrımcı yaklaşıma son verilmesi önemli bir adımdır. Ancak özellikle zihinsel engelli ve psikiyatrik tanıli bireylerin engellerine özgü eğitim desteğine ihtiyaç duydukları bilinen bir gerçektir. Bu ihtiyacı karşılamak üzere verilen özel eğitim desteğinin hem nicelik hem de nitelik olarak yetersizliğine ilişkin zihinsel engelli bireylerin ailelerinden çok sayıda başvuru gelmiştir.

Bu başvurularda öne çıkan iki sorundan ilki verilen özel eğitim desteğine getirilen aylık saat sınırlamasıdır. Zihinsel engelliliğin özelliği gereği, sürekli olmayan ve uzun aralıklarla verilen eğitim desteğinin yeterli olmadığı bildirilmiştir.

İkinci yakınma konusu zihinsel engelli grubunun yaşam boyu eğitim desteği ihtiyacına karşılık özel eğitim desteğinin belli bir yaşa kadar veriliyor olmasıdır.

Bu durumda öğrenilen bilgi ve beceriler unutulmakta ve engellilik oranı artmaktadır. Bu da engelin bireye, aileye ve topluma maliyetinin artmasına yol açmakta engelli ve aileyi sorunlar karşısında desteksiz bırakmaktadır.

Özürlüler Yasasının 16. Maddesi engellilerin eğitsel değerlendirmelerinin Rehberlik ve Araştırma Merkezlerince (RAM) yapılacağını ve değerlendirme kurullarında özürlü çocukların ailesinin de yer alacağını düzenlemektedir:

“Özürlülerin eğitsel değerlendirme ve tanılaması il milli eğitim müdürlükleri rehberlik araştırma merkezlerinde uzman kişilerden oluşan ve özürlü ailesinin yer aldığı özel eğitim değerlendirme kurulu tarafından yapılır ve eğitim plânlaması geliştirilir. Bu plânlama her yıl yeniden değerlendirilerek, gelişmeler doğrultusunda gözden geçirilir.

6- Çalışma Hakkı: Engellilerin çalışma hakkına ilişkin düzenlemelerden Özürlüler Yasası 14. Maddesinde, işe alımlarda engelliler aleyhine ayrımcılık yasaklanmakta olup 13. Maddesinde mesleki rehabilitasyon hizmetleri verilmesi ve korumalı işyerleri açılmasına ilişkin hükümler yer almaktadır.

İş Kanunu 30. Maddesinde “İşverenler, elli veya daha fazla işçi çalıştırdıkları özel sektör işyerlerinde yüzde üç özürlü, kamu işyerlerinde ise yüzde dört özürlü ve yüzde iki eski hükümlü işçiyi meslek, beden ve ruhi durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlüdürler.” hükmü yer almaktadır.

Ancak bu hükmün uygulanmasından beklenen yararın sağlanmadığı uygulamada görülmektedir. Bunun nedenlerinin başında engellilere tanınan kontenjanın azlığı, işyerlerinde yeterli denetimin yapılmayışı, zorunlu sayıdaki engelli işe alınırken öncelikle ortopedik engellilerin tercih edilmesi, zihinsel ve ruhsal engellilere karşı olan güçlü önyargılar ve ayrımcı uygulamalar nedeniyle bu engelli grubunun işe alınmaması sayılabilir.

Bir başka sorun da yasal düzenlemede yer almasına karşın korumalı işyerleri hakkında toplumda bilgi eksikliği ve bu tür işyerlerinin yeterli özendirici tedbirlerle desteklenmemesi sayılabilir.

7- Ekonomik Güvence ve Maaş Hakkı: Özürlüler Yasası ile bakacak kimse olmayan ya da bakacak kimsesi olmakla birlikte ekonomik olarak güçsüz ve muhtaç durumdaki engellilere maaş hakkı getirilmiştir. Özürlüler Yasası 25. Madde ile 2022 sayılı yasanın 1. ve 8. Maddesi değiştirilerek, yasada belirtilen oranların altında geliri olan engellilerden aşağıda sayılanlara maaş hakkı getirilmiştir:

- 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 ağır özürlüler
- b- 18 yaşını dolduran, kanunen bakmakla mükellef kimsesi olmayan ve herhangi bir işe yerleştirememiş olan özürlüler
- c- Kanunen bakmakla yükümlü olduğu 18 yaşını tamamlamamış özürlü yakını bulunanlara, bakım ilişkisi fiilen gerçekleşmek kaydıyla kanunda belirtilen oranlarda maaş bağlanması olanağı getirilmiştir.

Kuşkusuz engellilere ekonomik güvence sağlanması olumlu ve önemli bir konudur. Ancak yapılan düzenleme engellilerin insan onuruna uygun yaşamalarını sağlamaya yeterli değildir. Öncelikle bağlanan maaşlar bir insanı açlık sınırının üstüne çıkarmayacak kadar düşüktür. Ayrıca maaş almaya hak kazanmada, ailenin kişi başına düşen geliri değil engelli bireyin geliri esas alınmalı ve en azından asgari ücret düzeyinde bir maaş bağlanmalıdır.

8- Taciz ve Kötü Muameleye Karşı Korunma Hakkı: Türk Ceza Yasası'nda işkence, kötü muamele, eziyet, cinsel taciz ve tecavüz suçlarının düzenlendiği maddeler ile bir çok benzer maddede mağdurun 18 yaşından küçük ya da engelli olması cezayı arttırıcı neden olarak düzenlenmiştir.

Burada cezaların caydırıcılığını artırmada amaç küçükleri, engellileri ve diğer zayıf grupları korumaktır. Yine Ceza Muhakemeleri Kanunu'nunda suçun mağdurunun engelli olması durumunda talebi halinde kendisine Baro'dan ücretsiz avukat atanacağı düzenlenmiştir. Ancak bu yasal düzenlemelerin taciz ve kötü muameleyi önlemeye yetmeyeceği açıktır. Özellikle kapalı kurumlarda kötü muamele ve taciz riskine karşı bağımsız denetimin önemi büyüktür. Türkiye'nin de imzalamış olduğu İşkenceye Karşı Sözleşme Ek Protokolünde (OPCAT) öngörüldüğü şekilde bağımsız sivil denetim mekanizmalarının oluşturulması ve önceden bildirimsiz sivil denetim sayesinde engelli grupları daha güvende olacaktır .

9- Diğer Bazı Haklar: Büyükşehir Belediyesi Yasası 24. Madde ile getirilen düzenlemede Belediyelere yoksul, kimsesiz ve muhtaçlar ile engellilere sosyal hizmet ve yardım sunma yükümlülüğü getirilmiştir. Yine aynı yasa ek 1. Maddesi ile Büyükşehir belediyelerinde özürlülerle ilgili bilgilendirme, bilinçlendirme, yönlendirme, danışmanlık, sosyal ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri vermek üzere özürlü hizmet birimleri oluşturulması ve bu birimlerim, faaliyetlerini özürlülere hizmet amacıyla kurulmuş vakıflar, dernekler ve bunların üst kuruluşlarıyla birlikte yürütmesi yükümlülüğünü getirmiştir. Ancak uygulamada Büyükşehir Belediyelerinin engelli danışma ve hizmet merkezlerinin daha çok bürokratik işlemler bakımından danışmanlık hizmeti verdiği, sosyal destek ve rehabilitasyon hizmeti vermedikleri yolunda başvurular gelmiştir. Önerilen yalnız büyükşehir belediyelerinin değil tüm belediyelerin danışmanlık, sosyal destek ve rehabilitasyon hizmetleri veren yaygın merkezler oluşturmasıdır.

Özellikle kapalı kurumlarda kötü muamele ve taciz riskine karşı bağımsız denetimin önemi büyüktür.

Engelli bireye aktif rol yükleyen, onu politikaların belirlenmesinde, sorunların çözüm mekanizmalarının oluşturulmasında merkeze alan bu yaklaşımın, bu alanda görev yapan kamu görevlileri ve özel sektör temsilcileri tarafından benimsenmesini sağlamak temel hedeflerimizden biri olmalıdır.

Son Olarak : Yukarıda bir yıllık çalışma sırasında danışma merkezlerimize yapılan başvurulardan yola çıkarak bazı temel haklara ve uygulamada yaşanan sorunlara değindik. 2005 yılından başlayarak engelli hakları konusunda yapılan yasal iyileştirmelerin önemi açıktır. Ancak tüm yasal düzenlemelerde engelli bireyi merkeze alan, onu bağımsız ve özerk bir birey olarak kabul eden anlayışın henüz yer almadığını belirtmek zorundayız. Bu nedenledir ki yapılan yasal düzenlemeler yetersiz kalmakta ve ihtiyaçları karşılamamaktadır.

Engellilerin İnsan Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi ile ilk kez engelli bireyi merkeze alan, üretilecek politikaların belirlenmesinde ve çözüm üretilmesinde engelli bireyin rolünü önemli kılan bir yaklaşım benimsenmiştir. Bu yaklaşım henüz sadece sözleşme metninde yer almakla sınırlı gözükmemektedir. Engelli bireye aktif rol yükleyen, onu politikaların belirlenmesinde, sorunların çözüm mekanizmalarının oluşturulmasında merkeze alan bu yaklaşımın, bu alanda görev yapan kamu görevlileri ve özel sektör temsilcileri tarafından benimsenmesini sağlamak temel hedeflerimizden biri olmalıdır. Karar vericiler ve uygulamacılarda bu anlamda bir zihniyet değişikliğini sağlamak, bu alanda çalışan sivil toplum örgütlerinin çabalarıyla gerçekleşecektir.

Engellilerin Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'nin sağladığı bir başka yenilik de bu alanda çalışan sivil toplum örgütlerinin sivil denetim rolüne ilişkindir. Sivil denetimin, özellikle kapalı kurumlarda yaşayan engelli bireylerin hakları bakımından ne denli önemli olduğu açıktır.

Engellilerin Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'nin ulusal yasalardan daha geniş kapsamlı haklar sağladığı görülmektedir. Sözleşmenin getirmiş olduğu hakları uygulamakta kamu makamları isteksiz davranmaktadır. Sözleşmenin sağladığı bu hakların yaşama geçirilmesinde engellilerin, ailelerin ve sivil toplum kuruluşlarının taleplerinin önemini vurgulamalıyız. Bilindiği gibi Anayasa'nın 90. Maddesi gereği, usulüne göre yürürlüğe konulmuş olan uluslararası anlaşmalar kanun hükmündedir. Bunlar hakkında Anayasa'ya aykırılık iddiası ile Anayasa Mahkemesi'ne başvurulamaz. Ulusal yasalarla bu anlaşmalar arasında aynı konuda farklı düzenlemeler var ise Sözü edilen bu maddeye göre uluslararası anlaşmalar esas alınacaktır. Bu nedenle, kanunlarda düzenlenmeyen ya da düzenlenmekle birlikte engellilerin haklarını sınırlayıcı nitelikte olan hükümlere karşı Engellilerin Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi hükümlerinin uygulanmasını talep etmek ve bu taleplerimizde ısrarlı olmak ya da uygulayıcıların zihniyet değişiminin gerçekleştirilmesi bakımından önemlidir. Haklarımıza sahip çıktığımız oranda değişimi sağlayacağımız açıktır.

ULUSLARARASI HUKUK UYARINCA TOPLUM İÇİNDE YAŞAMA HAKKI[©]

Arlene Kanter³³

GİRİŞ

Son yirmi beş yıldır, hukuk profesörü olarak Karşılaştırmalı ve Uluslararası Engelli Hukuku alanında çalıştım ve dersler verdim. 2001 ile 2006 yılları arasında, Engellilerin Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi taslağını hazırlamak üzere BM Ad Hoc Komitesi'ne katıldım. O zamandan beri, Engellilerin Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'nin çeşitli ülkelerdeki uygulamasını araştırdım. Bu amaçla, 2009 -10 yıllarını Fullbright Bursu ile Ortadoğu'da geçirdim.

Araştırmalarım engelli yasaları ve bu yasaların BM Sözleşmesi'ne ne kadar uygun olduğuna odaklanıyor.

2004 yılındaki ilk Türkiye ziyaretimde, Mental Disability Rights International (MDRI) ve Türkiye'deki ruh sağlığı hastaneleri ve zihinsel engellilere yönelik kurumlarda yaşamakta olan ya da vefat eden kişilerin ailelerinin talebi üzerine, Türk kurumlarındaki koşulları araştırdım. O sırada, ruh sağlığı sorunları ya da zihinsel engeli bulunan kişilere yönelik toplum-temelli hizmetlerin bulunmadığını, kurumlara aşırı bağımlılığı, hatalı EKT kullanımını ve Türk kurumlarında kapatılan çocuklar dahil, psikiyatrik sorunları ve zihinsel engeli bulunan kişiler için usuli korumaların bulunmadığını gözlemledim. Araştırmam, MDRI'nin hazırladığı, KAPALI KAPILAR ARDINDA: TÜRKİYE'NİN PSİKİYATRİ KURUMLARI, REHABİLİTASYON MERKEZLERİ VE YETİMHANELERİNDE YAŞANAN İNSAN HAKLARI İHLALLERİ başlıklı raporda (Mental Disability Rights International, 28 Eylül 2005) yayımlandı. O dönemden beri, RUSİHAK, Bilgi Üniversitesi ve Raoul Wallenberg Enstitüsü'nün talebi üzerine, birkaç kez Türkiye'ye gittim. Eylül 2009'da İstanbul ve Şubat 2010'da Ankara dahil olmak üzere, bir dizi eğitim gerçekleştirdim. Aralık 2009'da Özürlüler Vakfı'nın sponsorluğunda İstanbul'da gerçekleştirilen bir konferansa katıldım.

Engellilerin Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi ve Toplum - Temelli Hizmetler. Engellilerin Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi ("EHDBMS") 3 Mayıs 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Engelli kişilerin toplum içinde yaşama hakkını tanıyan ilk uluslararası insan hakları belgesidir. EHDBMS 19. Madde, tüm engelli kişilerin diğerlerinininkine eşit seçeneklerle bağımsız yaşama ve topluma dahil olma hakkını savunmaktadır.

30 Mart 2007 tarihinde, Türkiye EHDBMS'yi imzalamış ve 28 Eylül 2009'da sözleşmeyi onaylayıp İhtiyari Protokol'ü imzalamıştır. EHDBMS onaylandığı anda, Türk Hukuku'nun bir parçası haline gelmiştir. Genel ilkeleri ve özel maddeleri Türkiye için bağlayıcıdır. Türkiye şu anda EHDBMS'yi onaylayan 80'i aşkın ülkeden biridir; bu ülkeler arasındaki 10 AB üye ülkesi İhtiyari Protokol'ü de onaylamıştır.

Türkiye şu anda EHDBMS'yi onaylayan 80'i aşkın ülkeden biridir; bu ülkeler arasındaki 10 AB üye ülkesi İhtiyari Protokol'ü de onaylamıştır.

33. Arlene S. Kanter Laura J. and L. Douglas Meredith Professor of Law Director, Disability Law and Policy Program Co-Director, Center on Human Policy, Law, and Disability Studies Syracuse University College of Law

Yüzyıllardır olmasa da, Türkiye’de on yıllardır, engelli kişiler kurumlar içinde ihmal edilmiş, istismara maruz bırakılmış ve kapatılmış ya da toplum içinde tecride maruz bırakılmıştır. Dolayısıyla 19. Madde Türkiye için özellikle önemlidir.

A. Madde 19: Bağımsız Yaşama ve Topluma Dahil Olma

EHDBMS Madde 19, engeli bulunan herkesin bağımsız yaşama ve topluma dahil olma hakkını içerir. Şöyle denilmektedir:

İş bu Sözleşme’nin Taraf Devletleri, engelli bütün kişilerin, öteki kişilerle eşit seçimler yaparak toplum içinde yaşama konusundaki eşit haklara sahip olduğunu kabul etmektedirler ve engelli kişilerin bu haktan tam olarak yararlanmaları ve topluma tam olarak dâhil olmaları ve katılımlarının kolaylaştırılması amacıyla aşağıdakilerin sağlanması da dahil olmak üzere etkin ve uygun önlemleri alacaklardır:

- a- Engelli kişilerin, ikamet edecekleri yeri ve nerede ve kiminle birlikte yaşayacaklarını başkaları ile eşit olarak seçme fırsatına sahip olmaları ve belirli bir şekilde düzenlenmiş bir yerde ikamet etmek zorunda olmamaları;
- b- Engelli kişilerin, yaşama ve topluma dahil olmalarının desteklenmesi ve toplumdaki tecrit edilmeleri ve toplum dışında kalmalarının önlenmesi için gerekli olan kişisel yardım dahil olmak üzere ev içindeki, yerleşim yerindeki ve başka toplam destek hizmetlerinden yararlanmaları; c- Vatandaşlara yönelik toplum hizmetleri ve tesislerinin, eşit biçimde engelli kişilerin yararlanmasına açık olmaları ve onların gereksinimlerini karşılamaları.

Bağımsız yaşamaya ilişkin Madde 19, “engelli kişilerin toplum içinde yaşama konusunda eşit hakkını” ve “topluma tam olarak dâhil olma ve katılma”sını kabul ettiği için özellikle anılmaya değerdir. Engelli tüm kişilerin “nerede yaşayacaklarını seçme fırsatı”, “yaşama ve topluma dâhil olmalarının desteklenmesi ve toplumdaki tecrit edilmeleri ve toplum dışında kalmalarının önlenmesi için” yeterli hizmetlere erişimi bulunmasını sağlamaktadır. Aynı zamanda engelli çocukların “okul sistemindekiler de dahil olmak üzere, oyun, eğlence, dinlenme ve spor faaliyetlerine katılım” konusunda eşit erişiminin bulunmasını öngörmektedir.

Bu Madde Türkiye gibi ülkelerin engelli tüm kişiler için mevcut ve erişilebilir olarak kapsamlı, nitelikli toplum temelli hizmetler geliştirmesini sağlamak üzere, özellikle EHDBMS’ye dâhil edilmiştir. Bu madde, engelli kişilerin yatılı kurumlarda toplumdaki tecrit edilmesi ve toplum dışında bırakılması uygulamalarının insan haklarının ihlali olduğunu da açıkça ifade etmektedir.

Başka ülkelerdekiler gibi, Türkiye’deki engelli kişiler diğer kişilere verilen okula gitme, oy verme, çalışma, arkadaşlık kurma, evlenme, çocuk sahibi olma ve toplum içinde yaşama ve hizmetlerden yararlanma gibi temel haklardan mahrum bırakılmıştır. Dahası, Türkiye’de engelli kişilere yönelik tecrit etme, toplum dışında bırakma ve ayrımcılık geleneklerinin tarihi eskidir.

Yüzyıllardır olmasa da, on yıllardır, engelli kişiler kurumlar içinde ihmal edilmiş, istismara maruz bırakılmış ve kapatılmış ya da toplum içinde tecride maruz bırakılmıştır. Dolayısıyla 19. Madde Türkiye için özellikle önemlidir.

1. BAĞIMSIZ YAŞAMA HAKKI NEDİR?

EHDBMS, engelli kişilerin topluma dâhil olma hakkının yanında bağımsız yaşama hakkını da tanıyan bir hüküm içermektedir. Engelli ya da engelsiz hiçbirimiz tamamen bağımsız yaşayamayız ve yaşamak istemeyiz. Hayattan alabileceğimizi almak, kararlar vermek, hayattan zevk almak ve kendimizi toplumun bir parçası hissetmek için, hepimiz birbirimize ihtiyaç duyarız. Fakat aynı zamanda engelli ya da engelsiz çoğu kişi kendi kararlarını verebilmek, nelerden hoşlanıp hoşlanmadığını ve günlük hayatı etkileyen geniş bir dizi hususa ilişkin tercihlerini ve önceliklerini ifade edebilmek ister.

Ancak, Türkiye’deki çoğu engelli kişi, kendi hayatlarına dair en temel kararla-

rı verme hakkından dahi, yalnızca engelli olmaları nedeniyle mahrum bırakılmaktadır. Örneğin, Türkiye’deki bir üniversiteden mezun olup saygın bir profesyonel olsa dâhi (örneğin kör bir kişinin) bankada, herhangi bir işlem için yanında kendisine eşlik edecek birisinin olması gerekir. Benzer şekilde, psikiyatrik sorunu ya da zihinsel engeli bulunan bir kişinin bağımsız yaşamasına yardımcı olan toplum içindeki hizmetlere erişiminin bulunmaması olasıdır ve bu yüzden yalnızca aile üyelerinden destek alması gerekmektedir. Yeterli desteği alamayan aile üyeleriye bunalıma düşebilir.

Dünyanın her yanında, toplum içindeki programların zihinsel (hem psikiyatrik hem de entelektüel) engelli kişilerin toplumun parçası olarak yaşamasına, aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ilişki kurmasına ve eğitim fırsatları, iş hayatı ve kültürel hayattan yararlanmasına yardımcı olabileceği gösterilmiştir. Böylesi bir destek olmaksızın, özellikle zihinsel engelli kişiler kurumlarda ya da kendi evlerinde toplum dışına itilmektedir. Bu türden politikalar ve uygulamalar desteklendikleri takdirde toplum içinde kendi kendilerine ya da başkalarıyla birlikte yaşayabilecek olan engelli kişileri insan haklarından mahrum bırakmaktadır.

Uzun süredir, engelli kişiler için ve onlar hakkında, fakat engelli kişilerin kendi girdileri ve kendi seçimlerini bilgilendirilmiş olarak yapmalarına yardım edilmeksizin programlar geliştirilmiş.

Engelli kişiler için programlar sıklıkla birtakım varsayımlara dayanmaktadır; örneğin “bu kişiler bir dairede ‘kendi kendilerine’ yaşamak istemez, çünkü çok yalnız hissederler. Bunun yerine, kurumlarda kalmak isterler” denmektedir. Kimileri için bu doğru olabilir fakat çok daha fazlası ne “istediklerini” dâhi bilemez, zira kendi kendilerine ya da güvendikleri kişilerle karar vermeleri için herhangi bir seçenek sunulduğu olmamıştır. Çok uzun zamandır, engelli kişilerle ilgili kararları bu kişilere yönelik hizmetler vermektedir. Böylece, engelli kişiler kendi hayatları hakkında seçim yapma becerilerinden de onurlarından da mahrum bırakılmıştır.

Günümüzde, Amerika Birleşik Devletleri dâhil dünyanın her yanındaki birçok ülkede, engelli kişilere yönelik hizmetlerde kişi merkezli yaklaşım, hizmetlerin sunulma biçimini de bizzat engelli kişiye yönelik algıyı da değiştirmiştir. “Bizsiz, bizim hakkımızda hiçbir şey yapılamaz” sloganı, hiç kimsenin engelli kişilerin ihtiyaçlarını bu kişilerden daha iyi bilemeyeceği görüşüne örnek oluşturmaktadır. Bu nedenle, engelli kişilere yönelik hizmetlerin rolü, bir yandan bu kişilerin topluluk içinde azami bağımsızlığa ulaşmasına yardımcı olacak, diğer yandan da toplumu engelli ve engelsiz kişiler için daha erişilebilir ve eşit kılacak şekilde değiştirmek üzere yeniden tasarlanmaktadır.

2. TOPLUM İÇİNDE YAŞAMA HAKKI NEDİR?

EHDBMS’deki toplum içinde yaşama hakkı barınmanın yanında eğitim, istihdam, sağlık hizmetlerine, ulaşım erişim, sosyal politikaları ve ayrımcılık yasasını da içermektedir. Tüm gündelik hayata dair kararların kurum tarafından verildiği, her hususun yine kurum tarafından belirlendiği ve tüm hizmetlerin kurum içerisinde sağlandığı kurumda yaşamın aksine, toplum içinde yaşam, hizmetlere ya da desteğe ihtiyaç duyan engelli kişinin böylesi hizmetleri ya da desteği yaşadığı toplumda almasını, aynı zamanda engelli kişinin kendi hayatı konusundaki kararların merkezinde olmasını da gerektirmektedir.

Toplum içinde yaşam, bireyin “farklı”, “özel” ya da “hasta” olduğu için yaşamak üzere getirildiği kurumdaki yaşamdan farklıdır. Toplum içinde yaşam, kişinin genellikle yalnız, tecrit altında ve belirli haklarından ve diğer vatandaşla-

Çok uzun zamandır, engelli kişilerle ilgili kararları bu kişilere yönelik hizmetler vermektedir. Böylece, engelli kişiler kendi hayatları hakkında seçim yapma becerilerinden de onurlarından da mahrum bırakılmıştır.

Bu nedenle, Madde 19'un ve tüm EHDBMS'nin en önemli hedefi, engelli kişilerin topluma tamamen katılımı için fırsatların eşitlenmesidir. Bu, toplum içinde yaşama hakkıdır ve toplum içinde bir daire yada evde yaşama hakkının yanında iş, okul, spor, eğlence ve kültürel hayata erişim ile toplum yaşamına katılımı da içermektedir.

rın deneyimlerinden mahrum olarak yaşadığı kurumda yaşamdan da farklıdır. Kurumlarda kalanlar sıklıkla ailelerinden ve yerel topluluklarından uzaklaştırılmaktadır, zira Türkiye'dekiler de dâhil çoğu kurum ülkenin, kamu erişimi neredeyse bulunmayan uzak kısımlarında bulunmaktadır. Son on yılda Türkiye ile Avrupa'daki engelli çocuklara ve erişkinlere yönelik kurum bakımının korunç gerçekliğine ışık tutan çok sayıda rapor yayımlanmıştır. Bu raporlar kötü yaşam koşulları, fiziksel kısıtlamaların uygunsuz kullanımı, bazı kurum sakinlerinin diğer sakinlerin ya da kimi zaman personelin fiziksel ve cinsel istismarına uğraması, elverişsiz giyim, mahremiyetin bulunmayışı, bağımsız denetime tabi olmayan istemsiz kuruma yerleştirme ve rehabilitasyonu ve terapötik faaliyetlerin bulunmayışını belgelemiştir.

Kısacası, kurumlarda yaşayan engelli kişiler, büyük insan hakları ihlallerine maruz kalmıştır. ³⁴ Bunun aksine, engelli ve engelsiz herkes topluma aittir. Toplum, bir program, hizmet ya da bir "alternatif" değildir; fakat gerekli destekleri sağlayabilir. Yaşamak, okula gitmek ve çalışmak için seçtiğiniz, dostluklar kurduğunuz, bir şeyleri yapma ya da yapmama seçeneğinizin bulunduğu, sevincinizi ve üzüntünüzü paylaştığınız yerdir.

Dahası, bugün Türkiye'de toplum-temelli ruh sağlığı hizmetleri yataklı psikiyatri kurumları üzerinde büyük bir baskı yaratmakta, sağlayabilecekleri tedavi ve bakım hizmetlerine zarar vermektedir. Yatakları "kronik" hastalar doldurduğu için, sistemde akut bakıma ihtiyaç duyan kişiler için kaynaklar yetersiz kalmaktadır. Ayrıca, birçok başka ülkede olduğu gibi, Türkiye'de de kurumda bakım görmektedir olan kişilerin çoğunluğu, uygun hizmetler mevcut olsa, toplum içinde yaşayabilirdi. Engeli olmayan çoğu kişi de toplumda marjinalleştirildikleri ve toplum desteği ağırları bulunmadığı için kurumlara yerleştirilmektedir. Böylesi kişiler giderek artan biçimde tecrit edilmekte ve bir kurumda yaşadıkları için kimileri zihinsel engel edinmektedir. Bu, özellikle yetimhanelere ve yatılı okullara yerleştirilen çok sayıda çocuk için geçerlidir.

EHDBMS Madde 19, engelli kişilerin kurumlarda gerekçesiz olarak toplum dışına itilmesinin bir insan hakları ihlali olduğunu açığa kavuşturmaktadır. Engelli kişilere yönelik hizmetlerin 'toplum içinde yaşam ve topluma dâhil olmayı desteklemesini' ve 'tecridi ve toplum dışına itilmeyi önlemeyi' amaçlamasını gerektirmektedir. Bu nedenle, Madde 19'un ve tüm EHDBMS'nin en önemli hedefi, engelli kişilerin topluma tamamen katılımı için fırsatların eşitlenmesidir. Bu, toplum içinde yaşama hakkıdır ve bu nedenle toplum içinde bir daire ya da evde yaşama hakkının yanında iş, okul, spor, eğlence ve kültürel hayata erişim ile toplum yaşamına katılımı da içermektedir.

Engelli kişiler için, kültürel hayata ve spor faaliyetlerine katılım topluma dâhil olmanın önemli bir yolunu teşkil etmektedir. Spor ve eğlenceye katılımın engelli kişilerin kendine yeterliliğinin artırılması ve güçlendirilmesi; eğitim ve istihdam dahil tüm alanlarda topluma tam katılımın sağlanmasına yönelik araçların sunulmasındaki rolüne dair birçok metin yazılmıştır. ³⁵

Bunun aksine, spor ve kültürel hayattaki anlamlı fırsatlardan mahrum kalmanın sonuçları yıkıcı olabilir. Kültürel zenginlik barındıran faaliyetlerden tecrit

³⁴ See Reports of Mental Disability Rights International at www.mdri.org and Reports of Mental Disability Action Center at www.mdac.org.

³⁵ See, e.g., Goli Hashemi and Penny Parnes, *Sport as a Means to Foster Inclusion, Health and Well-Being of People with Disabilities*, (2008), available at <http://iwg.sportanddev.org>; see also Reuben McCarthy, *Sport and Children with Disabilities in SPORT IN THE UNITED NATIONS CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES* (Eli Wolff et al. eds. 2007) [hereinafter UN SPORT], available at <http://www.sportanddev.org/data/document/document/336.pdf>.

edilme, içselleştirilmiş ezilmeyi pekiştirebilir. Toplumla bağlantısızlık ile engelli çocukların oyun ve daha yapılandırılmış eğlence biçimlerinin dışında bırakılması hem zihinsel hem de fiziksel sağlığa zarar verebilir.³⁶

Aynı şekilde, ruh sağlığı kurumları ya da engelli çocuklara yönelik yetimhaneler gibi kurumlardaki ihlallere ilişkin incelemeler yapan STÖ'lerin bildirdiği en temel insan hakları ihlallerinden biri, spor, eğlence ve kültürel faaliyetlerin bulunduğu uyarılmanın bulunmayışıdır.³⁷

Yaygın yanlış algılardan biri de belirli, birden fazla ya da "ağır" engeli bulunan kişilerin toplum içinde yaşayamayacağıdır. EHDBMS, bu görüşü reddetmekte ve tüm engelli kişilerin toplum içinde yaşama hakkını onaylamaktadır. Aynı şekilde, kurumların açık tutulmasını savunanların sıklıkla ileri sürdükleri nedenlerden biri kimi kişilerin toplum içinde desteklenmesinin mümkün olmayışıdır. Bahsedilen, genellikle davranışsal sorunları, büyük ve karmaşık tıbbi gereksinimleri, psikiyatrik engelleri olan kişiler ile kurumda yaşayan kişilerdir. Ancak, kurumda yaşayanlardan daha yoğun desteğe ihtiyacı olan çoğu kişi, şu anda, birçok ülkede toplum içinde yaşıyor. Birçok başka kişiye, kurumlardan topluma geçmiştir.

a- Sıkıntı Verici Davranışları Bulunan Kişiler: Örneğin, son on yılda, çeşitli ülkelerdeki kurumlardan taşınan kişilere dair çalışmalar, toplum içinde yaşamaya başladıktan sonra bu kişilerin uyumunda ve zorlayıcı davranışlarında (bozulma değil) iyileşmeler olduğunu göstermiştir.

Sözgelimi, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki birçok eyalet kişiler özellikle grup ortamından bireysel kişi merkezli destek hizmetlerine geçtiğinde kullanılacak davranış desteği ve kriz önleme sistemleri geliştirmiş ve dolayısıyla zor davranışları tetikleyebilecek provokasyonları azaltmıştır. Davranış sorunları olan birçok kişi, şu anda ilgilerini çeken ve onları tatmin eden ortamlarda yaşamakta ve kendilerini farklı biçimlerde ifade etmenin yollarını öğrenmektedir.

b- Büyük ve Karmaşık Tıbbi İhtiyaçları Olan Kişiler: Tüplerle beslenen ve solunum cihazına bağımlı kişiler, kontrol edilmesi güç diyabeti ya da atakları ya da başka tehlike potansiyeli taşıyan sorunları bulunanlar, vakuma ve sık sık pozisyon değiştirmeye ihtiyaç duyan kişiler ya da sofistike tıbbi uzmanlık ve teknoloji gerektiren başka tıbbi sorunları olan bireyler de Amerika Birleşik Devletleri'ndeki birçok eyalette, toplum içinde yaşıyor. Kurumlarda yaşayan ve bu türden ihtiyaçları bulunan kişilerden çok daha fazla aynı ya da daha karmaşık ihtiyaçları bulunan kişi toplum içinde yaşamakta, okula gitmekte, ailesiyle tatile çıkmakta, işe gitmekte ve genel olarak mümkün olduğunca normal bir yaşam sürmektedir. Bu kişilere yönelik tıbbi hizmetler toplum içindeki doktorlar, hemşireler ve kişisel bakım asistanları ile eğitilmiş aile üyeleri tarafından sağlanmaktadır. Kimi zaman,

Yaygın yanlış algılardan biri de belirli, birden fazla ya da "ağır" engeli bulunan kişilerin toplum içinde yaşayamayacağıdır. EHDBMS, bu görüşü reddetmekte ve tüm engelli kişilerin toplum içinde yaşama hakkını onaylamaktadır.

³⁶ See, e.g., D. HUTCHINSON & C. TENNYSON, *TRANSITION TO ADULTHOOD (1986) (discussing disability oppression in the context of childhood)*.

³⁷ See *Mental Disability Rights International: Ruined Lives: Segregation From Society In Argentina's Psychiatric Asylums (2007)*; *Hidden Suffering: Romania's Segregation And Abuse Of Infants And Children With Disabilities (2006)*; *Behind Closed Doors: Human Rights Abuses In The Psychiatric Facilities, Orphanages And Rehabilitation Centers Of Turkey (2005)*; *Human Rights And Mental Health In Peru (2004)*; *Not On The Agenda: Human Rights Of People With Mental Disabilities In Kosovo (2002)*; *Human Rights & Mental Health: Mexico (2000)*; *Children In Russia's Institutions: Human Rights And Opportunities For Reform (1999)*; *Human Rights & Mental Health: Hungary (1997)*; *Human Rights & Mental Health: Uruguay (1995)*. Reports Are All Available At <http://www.mdri.org/Publications/Index.Htm>

Toplum-temelli rehabilitasyon (TTR), dünyanın her yanında, 90'ı aşkın ülkede uygulanan bir yaklaşımdır. Bu, yoksulluğu azaltmayı, fırsat eşitliği sağlamayı ve engelli kişileri topluma katmayı amaçlayan genel toplumsal geliştirme stratejisinin bir parçasıdır.

belirli ihtiyaçları karşılamak üzere uzmanlaşmış tıbbi hizmetler yaratılmalıdır. Örneğin, tıbbi donanımlar eve getirilebilir ya da kişinin mümkün olduğunca normal bir yaşam sürmesini sağlayacak yirmi dört saat hemşire desteği gerekli olabilir. Bazı veriler, toplum içinde yaşamaya başlamasıyla kişilerin sağlığının düzeldiğini dâhi göstermiştir. Dikkatli planlama ve uygulamayla, karmaşık tıbbi sorunları olan kişiler, kurumda ulaşamadıkları duruma toplumda ulaşmaktadır.

- c- Psikiyatrik ve Gelişimsel Engelleri Bulunan Kişiler: Gelişimsel engelleri bulunan kişilere yönelik kurumları kapatmaya başlayan ülkeler, psikiyatrik engelleri bulunan ("çift teşhisi") kişileri toplum içinde desteklemeyi de öğrenmiştir. Aslına bakılırsa, her iki teşhisi bulunan çok daha fazla kişi, ülkenin her yerinde toplum içinde yaşamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde çoğu eyalet artık psikiyatrik ve gelişimsel engelleri bulunan kişilere yönelik hizmetler konusunda kurumlara bağımlı değildir.
- d- Gelişimsel Engelleri Bulunan Yaşlı Kişiler: Bazen, kurumda yaşanan kişilerin toplum içinde yaşama alınmaması gerektiği söylenir; çünkü "bildikleri tek ev kurumdur." Ancak, kurumdan toplum içinde yaşamak üzere kendi evlerine taşınan bireyler genellikle taşındıkları için sevinmektedir.³⁸

B. Toplum - Temelli Rehabilitasyon

Toplum-temelli rehabilitasyon (TTR), dünyanın her yanında, 90'ı aşkın ülkede uygulanan bir yaklaşımdır. Bu, yoksulluğu azaltmayı, fırsat eşitliği sağlamayı ve engelli kişileri topluma katmayı amaçlayan genel toplumsal geliştirme stratejisinin bir parçasıdır. Toplamlar sosyo-ekonomik koşullar, coğrafya, kültür ve politik sistemler açısından farklılık gösterdiğinden, dünyanın her yerinde uygulanabilir olan tek bir TTR modeli olamaz. Dolayısıyla TTR sağlık bakımı, rehabilitasyon, eğitim ve mesleki kurslar, gelir yaratan projeler ve topluma katılım ile topluma dahil olmayı içeren esnek, dinamik ve uyarlanabilir bir stratejidir. TTR toplumlar ile toplumlar etrafında işlemektedir. Engelli kişilerin, ailelerinin, kuruluşların ve geliştirme alanında çalışan ilgili devlet ve STÖ'lerin çabalarıyla uygulanmaktadır. Engelli kişilerin toplumun diğer üyelerininkine eşit hakları ve fırsatlarının bulunmasını sağlayan bir yaklaşım olduğu için TTR, giderek toplum gelişiminin asli bir bileşeni olarak değerlendirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, Uluslararası Çalışma Örgütü ve UNESCO ile engelli kuruluşları kapsamlı deneyimleri bulunan uluslararası STÖ'ler ile engelli kuruluşları TTR'nin engelli kişilerin haklarını kullanmasına ve onurlarına saygı gösterilmesini sağlamaya nasıl yardım edebileceğine ilişkin temel ilkeler geliştiriyor. Örneğin, 2004 yılında, İLO, UNESCO ve DSÖ, TTR'yi rehabilitasyon, fırsat eşitliği, yoksulluğu azaltma ve engelli kişilerin topluma dâhil edilmesini sağlamaya yönelik bir strateji olarak belirlemiştir. TTR'nin hedefleri aşağıdakiler yoluyla Engellilerin Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi'nin getirdiği yararların azami seviyeye ulaşmasını sağlayacaktır:

- Engelli kişileri, fiziksel ve zihinsel becerilerini azami düzeye çıkarmaları, düzenli hizmetlere ve fırsatlara erişimleri ve topluma aktif biçimde katkı sunmaları için desteklemek;

³⁸ See Gardner, J. F. (2003, Summer/Fall). *Quality and accountability for 7 cents a day. Capstone*, 20(2), 1, 3. Towson, MD: The Council for Quality and Leadership. Available: <http://www.thecouncil.org/council/about/Capstones/summer03.pdf>; Hanson, R. H., Wiesler, N. A., & Lakin, K. C. (Eds.). (2001, Spring). *IMPACT: Feature Issue on Behavior Support for Crisis Prevention and Response*, 14(1). Minneapolis: Institute on Community Integration, University of Minnesota).

- Toplulukları engelli kişilerin insan haklarını savunmaya ve korumaya teşvik etmek, örneğin katılımın önündeki engelleri kaldırmak;
- Engelli kişilerin ve ailelerinin kapasite geliştirmelerini, güçlenmelerini ve mobilizasyonunu kolaylaştırmak.

TTR dünyanın her yanında, doksani aşkın ülkede uygulanırken, Türkiye’de uygulanmamaktadır.

Engelli kişilerin ve ailelerinin dahil olması ve katılımı TTR’nin temelini teşkil etmektedir.

C. Toplum içinde Yaşamayı Destekleyen Uluslararası Gelişmeler ve Madde 19

Uluslararası kuruluşların yanında, son yıllarda Avrupa Topluluğu da engelli kişilerin toplum içinde yaşama hakkının korunmasında aktif bir rol üstlenmiştir. Avrupa Toplum İçinde Yaşama Koalisyonu’na göre engelli kişiler, gündelik yaşama katılım için ihtiyaç duydukları destekle, kendi evlerinde ya da aileleriyle yaşama, çalışma, okula gitme ve toplumsal faaliyetlerde yer alma hakkı da olmak üzere, eşit vatandaşlar olarak toplum içinde yaşama hakkına sahiptir.³⁹ Ayrıca, Avrupa Komisyonu’nun 2008-2009 Engellilik Eylem Planı⁴⁰ EHDBMS’nin uygulanmasını Avrupa Komisyonu’nun öncelik alanlarından biri olarak belirlemekte ve kurumlara alternatif olarak toplum-temelli hizmetlere duyulan ihtiyacı tanımaktadır. Ayrıca, Avrupa Birliği’ndeki engelli kişilerin durumuna ilişkin kararında⁴¹, Avrupa Konseyi Üye Devletler’in, bağımsız yaşama ve topluma dâhil olmayı kolaylaştıracak önlemler olarak ve nitelikli bakım ve destek hizmetlerine erişimi sağlayarak engelli kişilerin insan haklarını kullanmalarını sağlamaya çağırılmıştır. ÜyeDevletler’den kurum bakımından toplum-temelli hizmetlere geçiş sürecini desteklemeleri de istenmiştir.

Avrupa Topluluğu toplum içinde yaşama hakkının uygulanmasına ilişkin araştırmalar yapmayada başlamıştır. ‘Wasted Time, Wasted Money, Wasted Lives ... A Wasted Opportunity ‘Boşa Harcanan Zaman, Boşa Harcanan Para, Boşa Harcanan Hayatlar... Boşa Harcanan Bir Fırsat mı?’ başlıklı yakın tarihli bir raporda, Toplum İçinde Yaşama ilişkin Avrupa Konseyi, engelli kişilerikurum bakımına muhtaç bırakmaya devam edişin 21. yüzyılda Avrupa’da kabul edilemez olduğusonucuna varmıştır. Kurum sakinleri, sıklıkla şiddetli insan hakkı ihlallerine maruz kalmaktadır ve yaşam kaliteleri genellikle çok düşüktür. Bu tür yatılı kurumlara yatırım yapmak, bu nedenle, kamu fonlarının kötü kullanılması demektir [...] kamu fonları bu arkaik kurum bakımı sistemini sürdürmek için kullanılmamalıdır.”

Rapor, kurum bakımından engelli kişilerin –okula giden, çalışan, arkadaşlıklar kuran, ev kuran, ailesine bakan, toplumsal hayatta yer alan- sıradan vatandaşlar olarak yaşamalarını destekleyen bir toplum-temelli destek sistemine geçişin, uygulanması zaman alacak karmaşık bir süreç olduğunu ve dikkatli planlama, kaynak tahsisi ile hükümetler arası işbirliği gerektirdiğini belirtmektedir. Rapor’a göre, “Gerçekten başarılı olmak için, engelli kişilerin ve ailelerinin bu sürece dahil edilmesi elzemdir Yatılı kurumlara yapılan tüm yatırımların kötü yatırım olduğulkesi bunun temeli olmalıdır. Bir kurumda yaşamak daha

Avrupa Topluluğu’nun Raporu, kurum bakımından toplum-temelli destek sistemine geçişin, uygulanması zaman alacak karmaşık bir süreç olduğunu ve dikkatli planlama, kaynak tahsisi ile hükümetler arası işbirliği gerektirdiğini, Gerçekten başarılı olmak için, engelli kişilerin ve ailelerinin bu sürece dahil edilmesi gerektiğini belirtmektedir.

³⁹ See European Coalition for Community Living, *Creating Successful Campaigns for Community Living. An advocacy manual for disability organizations and service providers*, November 2008; p. 71.

⁴⁰ Communication from the European Commission on the situation of disabled people in the European Union: the European Action Plan 2008- 2009 COM/2007/738

⁴¹ Resolution of the Council of the European union and the representatives of the Governments of the Member States, meeting within the Council

Türk Hükümeti'nin acilen önemli bir yeni taahhüt üstlenip, tüm engelli kişilerin Türk toplumuna tam entegrasyonunu sağlayacak toplum-temelli programları geliştirerek bu insan haklarının uygulanmasını sağlaması gerekmektedir.

konforlu bir hale getirilebilir fakat, asla özgürlük ve katılım sağlayamaz. Altyapıya ne kadar çok para harcanırsa harcanırsın, ne kadarkışı istihdam edilirse edilsin ya da ne kadar donanım alınırsa alınsın, bu geçerlidir." Rapor, toplum-temelli modellerin kurumdaki maliyetli olmadığı, bağımsız ve destekli yaşamayı yönelik toplum-temelli sistemlerin, finansmanı ve işletmesi düzgün şekilde yürütüldüğünde, kurumlardan daha iyi sonuçlar getireceği sonucuna varmaktadır.

Ayrıca, DSÖ'nün çağrısıyla, Ocak 2005'te Avrupa Birliği üye ülkelerinin Sağlık Bakanları "ağızhiinsel sorunları bulunan kişilere yönelik büyük kurumlardaki bakımın yerini alacak toplumtemelli hizmetler geliştirme" kararlılıklarını onaylamıştır.⁴² Bakanlar, aynı zamanda, ayrımcılığa karşı koruma sağlamak ve "insanlık dışı ve onur kırıcı bakıma son vermek" üzere ruh sağlığı mevzuatını benimsemeyi kabul etmiştir.⁴³ Avrupa hükümetleri kendilerini "ruh sağlığı sorunları bulunan kişilere kendi bakımları konusunda ihtiyaçlarına ve kültüre duyarlı seçenekler ve katılım sunmayı" üstlenmiştir.⁴⁴ Türkiye'deki ruh sağlığı hizmetleri şu anda bu standartlara uygun değildir.

SONUÇ

Toplum içinde yaşama ve toplum içinde hizmet alma hakkı, şu anda EHDBMS ile uluslararası hukuk uyarınca kabul edilmiştir. Buna göre, EHDBMS'yi onayladığı Eylül 2009'dan bu yana, Türkiye, EHDBMS'ye uyma ve engelli kişilerin toplum içinde yaşama da dâhil insan haklarını koruma yükümlülüğünü tanımıştır. Türk Hükümeti'nin acilen önemli bir yeni taahhüt üstlenip, tüm engelli kişilerin Türk toplumuna tam entegrasyonunu sağlayacak toplum-temelli programları geliştirerek bu insan haklarının uygulanmasını sağlaması gerekmektedir.

Çeviri: Nilay Kacar

of 17 March 2008 on the situation of persons with disabilities in the European Union (2008/C 75/01)

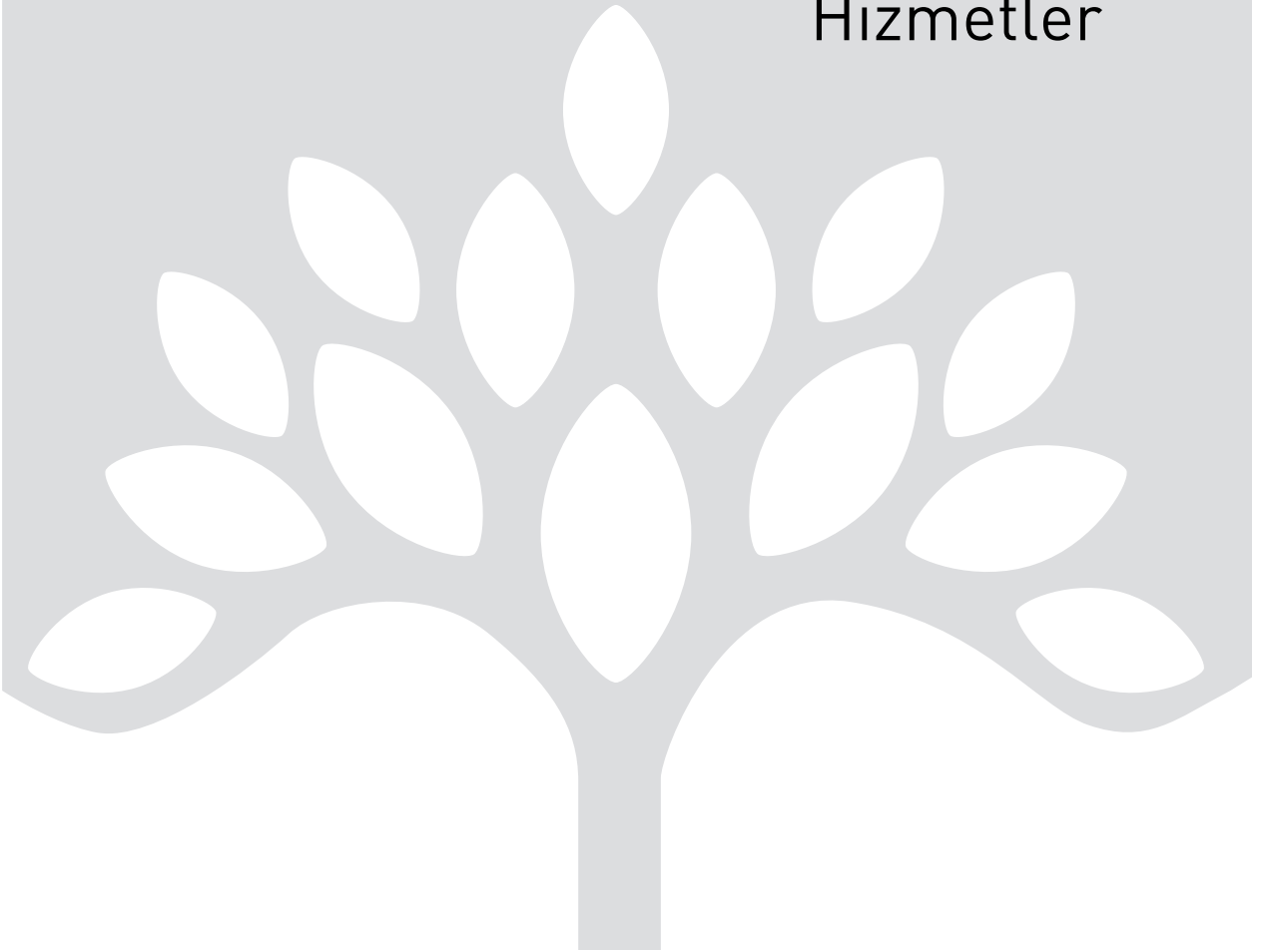
42 World Health Organization, European Ministerial Conference on Mental Health, Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions, EUR/04/5047810/6 "Responsibilities" art. 10(xi) (Jan. 14, 2005) [hereinafter European Ministerial Conference].

43 Id. art. 10(xii).

44 Id. art. 10(v).

3. BÖLÜM

Toplum İçinde Yaşama, Hayata Tam Katılım ve Toplum-temelli Hizmetler



KISACA

Toplum-temelli hizmetler, zihin ve ruh sağlığı alanında sorun yaşıayan kişilerin bir kurum yerine toplum içinde yaşamalarına yardım eder ve kendileriyle ilgili karar alma süreçlerinde aktif olarak yer almalarını sağlar.

Toplum-temelli hizmetlerin örnekleri:

- Kendi hakkını savunmayı öğreten hizmetler
- Bir evde yaşamaya yardımcı olan hizmetler
- Sosyal becerileri geliştirmeyi öğreten hizmetler
- İnsanların iş bulmasına yardımcı olan hizmetler

Bu bölümde İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri, Hollanda, Slovenya ve İtalya'dan bu hizmetlerin örnekleri yer almaktadır.

TOPLUM-TEMELLİ HİZMETLER: TANIMI, HİZMET ÇEŞİTLERİ

Fatma Zengin Dağdır

1. TOPLUM-TEMELLİ HİZMETLERİN TANIMI

Toplum-temelli hizmetlerin üzerinde anlaşılan tek bir tanımı olmasa da, kısaca yerel topluluklar (communities) için geliştirilmiş, orada yönetilen, sunulan, geniş kapsamlı entegre sağlık ve ilgili diğer hizmetler olarak tanımlanabilir. Bu kavramın dayandığı kabaca dört ana perspektif bulunmaktadır: temel tıbbi bakım hizmetleri, toplum içinde ev bakımı, sosyal hizmetler ve diğer sağlıkdışı hizmetler. Bu hizmetler farklı organizasyon modellerine göre sunulsa da günümüzde bu hizmetleri bütünleştiren yaklaşımlar öne çıkmaktadır⁴⁵.

Toplum-temelli sağlık hizmetlerinin ana özellikleri şöyle sıralanabilir:

- Hizmetlerin sunulmasıyla ilgili yeni bir değerler sistemidir.
- Geleneksel olarak rehabilitasyon hizmetleri merkezidir ve belli sayıda merkez üzerinden kişilerin hizmete ulaşmasını gerektirir. Toplum-temelli hizmetler ise insanların yaşadığı yerde, ihtiyaçlarına uygun olarak düzenlenir. Bu şekilde engelli kişilerin, topluma entegrasyonu ve bağımsız yaşam düzeylerinin artması hedeflenmektedir.
- İnsanların yaşadıkları, çalıştıkları, okudukları yerlerde kolayca erişebilecekleri hizmetler sunulmasıdır.
- Kurumsallaşmamış ve teknolojiye bağımlı olmayan hizmetlerdir.
- Yerel toplulukların önceliklerine göre ve diğer yerel örgüt veya gruplarla oluşturulan hizmetlerdir.
- Sağlık ve ilgili diğer sektörleri de (sosyal hizmetler, hastalık önleme, akut ve acil servisler, uzun süreli bakım, vb.) kapsayan bütünleştirilmiş hizmetlerdir.
- Hizmeti alanların katılımını ve demokratik süreçleri en üst düzeyde kullanmaya çalışan bir yönetim yapısına dayanır.
- Hizmetten yararlanan kişilerin bağımsızlığını, risk alma hakkını ve kişisel kontrolünü artırarak onları aktif olarak güçlendirmeyi amaçlar
- Bireye yönelik hizmetler esas olsa da, hizmet sunumu hedef gruba göre (yaşlı, engelli, yüksek risk altında) değerlendirilir.

2. TOPLUM-TEMELLİ RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ

Toplum-temelli ruh sağlığı hizmetleri, akıl ve ruh sağlığı alanında sorun yaşayan ve tanı almış kişilerin ruh sağlığı hastanesi ya da başka bir kapalı kurum yerine ikamet ettikleri yerlerde tedavi olmaları ya da desteklenmeleri demektir.⁴⁶ Amerika Birleşik Devletlerinde 1940'lı yıllarda, Avrupa'da ise 1960'lı yıl-

Toplum-temelli hizmetler, hizmeti alanların katılımını ve demokratik süreçleri en üst düzeyde kullanmaya çalışan bir yönetim yapısına dayanır.

44 *Organizational Models in Community-Based Health Care: A Review of the Literature* , <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/hhrhs/1995-buildplan-commun/build-plan-commun2/definition-eng.php> (erişim tarihi: 3 şubat 2010)

45 http://en.wikipedia.org/wiki/Community_based_mental_health_service (erişim tarihi: 25.02.2010)

46 http://www.mind.org.uk/help/research_and_policy/the_history_of_mental_health_and_community_care-key_dates (erişim tarihi: 25.02.2010)

Engel düzeyleri ve aldıkları destek türü ne olursa olsun, kişinin ihtiyaç ve isteklerini dinlemek ve anlamak mümkündür. Bu kişiler de kendi yaşamları hakkında karar verme, yaşamlarına yön verme hakkına sahiptir.

larda farklı uygulamalarla, kurum bakımı yerine insan hakları vurgusu ile toplum içinde yaşama yolları denenmeye başlanmış, 1980'li yıllarda yasal ve kurumsal olarak, yukarıda tanımlanan toplum-temelli hizmet anlayışına uygun hizmetler uygulanmıştır.⁴⁷

Bu hizmetler, tam ya da kısmi gözetimle destekli-korumalı ev hizmeti, genel hastanelerin psikiyatri servisleri, yerel temel tıbbi bakım hizmetleri, gündüzlü merkezler –kulüp evleri, toplum ruh sağlığı merkezleri ve kendi kendine yardım grupları gibi pek çok uygulamayı kapsar.

Birçok Avrupa ülkesinde hizmetler, hükümete bağlı kurumlar ve belli bir coğrafi bölgede hizmet veren assertive community treatment, early psychosis gibi isimleri olan uzmanlaşmış ruh sağlığı ekiplerince yürütülür. Bazen, özel vakıf veya dernekler de akran dayanışması ya da sorun yaşayanların yönettiği hizmet modelleri üzerinden bu tür hizmetleri vermektedir.

3. TOPLUM-TEMLİ RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNDE TEMEL KAVRAMLAR VE HİZMET TÜRLERİ

1960'lı yıllardan itibaren bazı politik, sosyal ve ekonomik gelişmeler, toplum-temelli hizmetlerin ortaya çıkmasını ve uygulanmasını sağlamıştır. Toplum-temelli hizmetlerin olmazsa olmazı sayılabilecek temel kavramlar aşağıda kısaca açıklanmaktadır:

KENDİ HAKLARININ SAVUNUCUSU OLMA⁴⁸

Toplumdan dışlanan engelli kişilerin topluma tam ve eşit katılımını hedefleyen bir yurttaşlık hakkı hareketidir. Avrupa'da ve Amerika Birleşik Devletleri'nde, gelişimsel bozukluğu olan bireylerin genellikle kapalı kurumlarda, çalışanların yönlendirdiği ortamlarda, kendi yaşamlarıyla ilgili insiyatiflerinin olmadığı, pek çok taciz ve ihlale maruz kaldıkları 1960-70'lerde gelişmiştir. Şu anda pek çok ülkede bu hareketler sonucunda kurulmuş ve aktif olan "Önce İnsan" gibi isimleri olan gruplar vardır. Günümüzde bu gruplar, engelli bireylerin güçlendirilmesi, kendi yaşamları hakkında karar vermeleri için desteklenmesi; savunuculuk becerilerinin kazandırılması, engellilerle ilgili konularda kamuoyunun bilgilendirilmesi gibi eylemler yürütmektedir.

Temel savları, her insan gibi engelli bireylerin de doğrudan ya da destekle kendi adlarına konuşabilir ve haklarını savunabilir olduklarıdır. Engel düzeyleri ve aldıkları destek türü ne olursa olsun, kişinin ihtiyaç ve isteklerini dinlemek ve anlamak mümkündür. Bu kişiler de kendi yaşamları hakkında karar verme, yaşamlarına yön verme hakkına sahiptir.

HİZMET ALANLARCA YÜRÜTÜLEN HİZMETLER (CONSUMER-RUN SERVICES)⁴⁹

Ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan kişilerin ya da organizasyonların mücadelesi ile ortaya çıkmış bir hizmet biçimidir. Daha gelişmiş ve kullanıcıların belirlendiği seçeneklere göre onları güçlendirecek hizmetler verilmesini ve toplumdaki önyargılarla mücadele edilmesini hedefler.

Bugün pek çok ülkede ruh sağlığı alanında verilen hizmetlerde ruhsal ya da zihinsel rahatsızlığı olan kişiler veya yakınları aktif rol almaktadır. Bu hizmetler yasal olarak da tanımlanmış, hastane yönetiminde söz sahibi "hasta konseyi", ailelerin tedavi planlamasında rol almasını sağlayan sertifikalı "akran danış-

47 <http://en.wikipedia.org/wiki/Self-advocacy> erişim tarihi: 15.03.2010

48 http://en.wikipedia.org/wiki/Consumer/Survivor/Ex-Patient_Movement

49 <http://consumerrunservices.org/default.aspx>

50 <http://www.pacer.org/tatra/resources/personal.asp> erişim tarihi:26 mart 2010

manlığı” gibi uygulamalar yürürlüğe girmiştir⁵⁰ (Sayfa 92’de Hollanda hasta / danışan konseyi temsilcisi Wolf Kayser’in hasta konseyleri hakkındaki yazısı bulunmaktadır.)

KİŞİ MERKEZLİ PLANLAMA⁵¹

Yaşamını planlama sürecinde engelli bireyin yeteneklerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını merkez alan toplum-temelli bir hizmet modelidir. Kişi bu planı yaparken, aile üyeleri, hizmet veren kişiler ve diğer destek personelle birlikte hedeflerini belirler, somut stratejiler geliştirir ve karar alma, uygulama sürecinde desteklenir ve takip edilir. Gerçekçi olmayan hedefler koyduğunda bilgi verilebilir, ancak hata yapmasına ve kendi öğrenme sürecini yaşamasına izin verilir.

Aile bir kolaylaştırıcı bulur. Bu kişi bir aile üyesi, okul çalışanı, hizmet sağlayıcı ya da danışman olabilir. Genellikle kolaylaştırıcı eğitimi almış kişiler tercih edilir. Okul bölge yönetimleri ya da kamu desteğiyle yürütülen programlarla bu eğitim verilir. (Sayfa 81’de İngiltere’de toplum-temelli hizmetler adlı yazısında Gülsun Kanat Dinç bu konudaki deneyimlerini anlatmaktadır).

KORUMALI EVLER⁵²

Korumsal evler, ilk önce yaşlılar için verilmeye başlanan bir hizmet türü olup, engelli grupların toplum içinde yaşama talebi üzerine bu gruplara da yasal olarak sağlanan bir hizmettir. Engelli kişinin bağımsız yaşamasını sağlayacak, kriz durumlarında destek sunacak hizmetlerle birlikte verilen bir ikamet hizmetidir. Genellikle belli şirketler ya da vakıflar bu hizmeti sunar. Yaşanılan yerde bağlı bulunulan yerel sosyal hizmet birimleri yönlendirme ve takip yapar. Bireysel ya da 4- 5 kişilik grupların birlikte yaşadığı ev imkânları sunulur. Destek personel her ülkede farklı isimler almaktadır, bu kişiler sağlık, iş, eğitim gibi diğer hizmetlere erişimi ve takibi yapan farklı bir meslek grubudur. (Sayfa 91’de Türkiye’deki ilk korumsal evleri Elazığ’da yapan proje ekibinden Harm Luth’un korumsal evlerle ilgili yazısı yer almaktadır)

KORUMALI/DESTEKLİ İSTİHDAM⁵³

Sadece engelli kişilerin özel ihtiyaçları gözetilerek çalıştığı korumsal işyerleri yetmişli ve seksenli yıllarda uygulanmış olup, son yıllarda engelli kişileri toplumdan ayırdığı ve ayrımcılığa neden olduğu tartışılmaya başlanmıştır. Çoğu Avrupa ülkesinde artık, ruhsal ya da zihinsel rahatsızlığı olan kişilerin de rekabete dayalı ortamlarda çalışmasını hedefleyen destekli ya da entegre istihdam denenmeye başlamıştır.

Ruh sağlığı hizmetleriyle destekli istihdamı entegre etmek için istihdam uzmanları tedavi ekibiyle birlikte çalışmaktadır. Gündüz bakım merkezleri, mesleki eğitim programları, yetişkin aktivite merkezleri de aynı şekilde toplumdan ayrı kalmaya neden olduğu için eleştirilmektedir. Ayrıca korumsal işyerleri veya bu tür diğer programların maliyeti de tartışılmakta, kimi araştırmacılar entegre istihdamın daha düşük maliyetli olduğunu savunmaktadır⁵³.

AİLELERE MOLA/SÜRELİ BAKIM DESTEĞİ (RESPITE CARE)

Sürelili bakım desteği, sürekli bakım gerektiren kişilere bakan aile üyelerinin rahatlaması için kısa süreliğine bu kişilere bakım hizmeti verilmesidir⁵⁴.

51 <http://www.direct.gov.uk/en/DisabledPeople/HomeAndHousingOptions/SupportedHousingSchemes>

52 <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/Community-Support/toolkits/employment/>

53 John Kregel and David H. Dean (2005), *Sheltered vs. Supported Employment: A Direct Comparison of Long-Term Earnings Outcomes for Individuals with Cognitive Disabilities*

54 http://en.wikipedia.org/wiki/Respite_care

Çoğu Avrupa ülkesinde artık, ruhsal ya da zihinsel rahatsızlığı olan kişilerin de rekabete dayalı ortamlarda çalışmasını hedefleyen destekli ya da entegre istihdam denenmeye başlamıştır.

Diğer insanlar gibi zihinsel veya ruhsal rahatsızlığı olan insanlar da gerçek deneyimleri yaşamaya, hata yapma olanağına sahip olmaya ve yaptıkları hatalardan öğrenmeye ihtiyaç duyar..

Ev içinde ailelere verilen destekler, psikolojik destek, internet veya video üzerinden destek grupları, gönüllü ya da ücretli refakat, kişisel bakım ya da sağlık desteği olabilmektedir. Ev dışı süreli bakım hizmetleri ise, gündüz programları, yatılı süreli bakım, bakım verene destek grupları gibi destekleri kapsar⁵⁵.

VASİLİĞE ALTERNATİF OLARAK DESTEKLİ KARAR VERME MEKANİZMASI⁵⁶

Zihinsel veya ruhsal rahatsızlığı olan insanların, genel olarak hatta bazen yasalarca, kendi adlarına karar veremeyeceğine hükmedilir, bu kararların sonuçlarını tam olarak algılamadıkları, istismara açık oldukları varsayılır. Onların iyiliği ve güvenliği adına kendi adlarına karar verme hakkının ellerinden alınması, kendi kişilikleri ve tercihleri ile kendi hayatını yönlendirme ve özne olma durumlarını da ellerinden alır. Vesayet olgusu bu gruplar için çok fazla kullanılmakta, koruyucu bir sistem olarak kurgulanmasına rağmen çoğu kez onların haklarının ihlal edilmesine yol açabilmektedir.

Vasilik sistemine alternatif olarak geliştirilen destekli karar verme kavramı, engel durumundan bağımsız olarak herkesin kendi hayatını belirleme ve özerkliklerine saygı hakkı olduğu ilkesine dayanır. Yani her insanın karar vermesine olanak sağlayan bir iradesi vardır. Bu anlayışa göre, engelli insanlar da karar verme kapasiteleri konusunda desteklenerek, bilgi ve deneyim kazanarak bu konuda yetki sahibi olabilir. Yasal olarak bu gruplar için, kendi hayatına yön verme hakkını tecrübe etmeleri güvence altına alınabilir, bu konuda düzenlemeler yapılabilir. Diğer insanlar gibi zihinsel veya ruhsal rahatsızlığı olan insanlar da gerçek deneyimleri yaşamaya, hata yapma olanağına sahip olmaya ve yaptıkları hatalardan öğrenmeleri ihtiyaç duyar.. Karar verme becerilerini geliştirme ve kullanmada destek olacak araçlar onlar için de gereklidir.

Zihinsel veya ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin karar verme becerilerini geliştirmek için hazırlanan programlar, kitaplar kişi merkezli planlama desteğiyle birlikte sunulur. Pek çok ülkede bu konuyla ilgili çalışan resmi ya da sivil toplum örgütleri bulunmaktadır⁵⁷

İSTEMSİZ UYGULAMALARA SEÇENEK OLARAK PSİKİYATRİK VASİYET/ÖNRIZA FORMU (Psychiatric testament - preconsent form)

Psikiyatrik teşhisi olan kişilerin en çok sorun yaşadığı alanlardan biri istemsiz yatışlardır. Psikotik alevlenme diye tanımlanan dönemlerde kişi kendine veya başkasına zarar verme tehlikesi nedeniyle kendi isteği dışında hastaneye yatırılır. Seksenli ve doksanlı yıllarda anti-psikiyatri akımının öncülerinden Thomas Zasz ve Peter Lehman'ın hukukçularla çalışmaları sonucunda psikiyatrik önriza uygulaması çoğu Avrupa ülkesinde yasal olarak uygulanmaya başlamıştır⁵⁸. Psychiatric testament ya da preconsent form olarak adlandırılan bir form, kişi tarafından akıl sağlığı yerinde iken (alevlenme döneminde değilken), nerede, kim tarafından, nasıl tedavi uygulanmasını tercih ediyorsa ona göre doldurulur, bu formu üstünde taşır. Alevlenme sonucu istemsiz yatış söz konusu olduğunda, görevliler öncelikle bu formu araştırır ve orada yazanlara göre uygulama yaparlar.

55 http://helpguide.org/elder/respite_care.htm

56 Supported Decision Making, <http://www.osmhi.org/?page=266>

57 Rusihak Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları Raporu: Türkiye 2008

İNGİLTERE'DE TOPLUM TEMELLİ HİZMETLER

(Gülsun Kanat Dinç)

(Sosyal Çalışmacı Gülsun Kanat Dinç, Sosyal Hizmetler eğitimi ve stajını İngiltere'de yapmıştır, bu yazıda gözlemlerine dayanarak İngiltere'de bu sisteme geçişi ve uygulanışını anlatmaktadır.)

İngiltere "Toplum-temelli Ruh Sağlığı Sistemi Modeli'ne" 1990 yılında çıkardıkları 1990 Ulusal Sağlık Servisi ve Toplum Hizmeti Yasası ile geçti (The National Health Service and Community Care Act 1990). Bu yasanın iki önemli amacı vardı; bireylerin uzun süreli bakım evlerinde (akıl hastaneleri, kimsesiz çocuklar yurdu, darülaceze gibi) kalmalarını ve girmelerini önleme ile risk altındaki (vulnerable) bireylerin toplum içerisinde desteklerini artırmak. Bu yasanın resmi olarak açıklandığı bu yıl öncesinde birçok araştırma, rapor (Bu konudaki en erken hazırlanan resmi bildirim olan Percy raporu 1959'da hazırlanan Akıl sağlığı Yasası'nın hayata geçmesini sağlamıştır), yasa ve hükümet kararları ile gerçekleşen uygulamaların aslında toplum-temelli modelin alt yapısının İngiltere modelinde hazırlandığını görmekteyiz. Örneğin günlük yaşantının baskısını hafifletmek için, ailelere tatil olanağı; öğrenme güçlüğü yaşayan bireylerin ailelerini güçlendirme amaçlı mola evleri veya çamaşırhane; günlük bakım evleri gibi ileri yaştaki bireylerin kendi başlarına kendi evlerinde kalmalarını sağlayan önleyici sosyal hizmet çalışması, bu yasa öncesinde de uygulanmaktaydı. Yine öğrenme güçlüğü çeken yetişkin bireyler ile akıl sağlığı sorunu olan bireylerin kendi evlerinde, yakınlarının yanında veya kendi toplumları içerisinde olabilecekleri grup evlerinde yaşayabilmelerini destekleyecek sosyal hizmet çalışması da yapılıyordu.

TOPLUM-TEMELLİ BAKIM YASASI İLE BELEDİYELERE

- Akıl ve zihin sağlığı sorunu olan bireylerin akıl hastanelerine, bakım evlerine girişini veya bu tip merkezlerde kalışını engelleme için önleyici çalışmalar yapması;
- Bireylerin yaşadıkları veya yaşamak istedikleri toplum ve topluluklar içerisinde kalabilmelerini, yerleşebilmelerini ve hayatlarının insan haklarına uygun standartlarda, ihtiyaç sahibi olmayan insanlarla, eşit hak ve uygulamalara sahip olarak devam ettirebilmelerini destekleme sorumluluğu verilmiştir. Bu yasanın değiştirmek istediği sadece yapısal ve çerçevesel gereksinimler değil, toplum içerisinde eşit hakka ve yaşama koşullarına sahip olmayan, ötekileştiren grupların uğradığı ayrımcılığa son vermek, sosyal ve ekonomik açıdan yoksulluğun içerisinde sıkıştırılan bireylerin (engelliler, yaşlılar, öğrenme güçlüğü ile akıl sağlığı sorunu yaşayanlar) yaşam standartlarını, bakım ihtiyacı yaşamayan insanlarla eşitlemek.

Bu yasa, belediyelere bazı temel ihtiyaçların karşılanmasının yanı sıra, asıl olarak ihtiyaç sahibi bireyin ihtiyaçlarına odaklanmak, analizin etmek, bu ihtiyaçların karşılanmasının planını yapmak ve bu ihtiyaçlara karşılık verebile-

Toplum-temelli bakım yasası ile belediyelere zihin ve ruh sağlığı sorunu olan bireylerin akıl hastanelerine, bakım evlerine girişini veya bu tip merkezlerde kalışını engelleme için önleyici çalışmalar yapma zorunluluğu getirilmiştir.

Bütün bu
değişimlerde
toplum hizmeti
yasaının ruhunu
oluşturan en önemli
unsurlardan olan
bireyin ve/veya
yakınlarının tedavi,
bakım kararlarına
ortak edilmesi,
seçim haklarının)
olması ve bu
alanlarda
çalışmalarını
(consumer-led
service), denetleyici
olmalarını sağlayan
alanlar açılmasına
olanak verdiler.

cek hizmetlerin oluşmasına öncelik tanıyarak koordinasyonunu sağlaması zorunluluğunu getirmiştir. Bu kaynakları oluşturabilmek için de belediyeler, bakım hizmeti bütçesini yoğunluklu olan bu alanlara yönlertmek, özel ve kar sağlamayan gönüllü organizasyonların kaynak sağlamasını teşvik etmek ve onlardan hizmet almak ve yine ulusal birimlerle (sağlık, eğitim bakanlığı gibi) hem bütçe hem ortak çalışma açısından bağlantı sağlamakla görevlendirildi. Böylece var olan sosyal birimleri bu yasa ve diğer yasaların bu alanı ilgilendiren bölümleri altında çalışma zorunluluğu ile geliştirdiler. Bütün bunların etkin ve verimli bir şekilde gerçekleştirebilmesi için farklı disiplinlerin bir arada çalışması gerekliliğini öncelikle yaşama geçirdiler. Bu değişimlerin yanı sıra sağlık, eğitim, iskân, yerel yönetimler yönetmelikleri ve yasaları ile birlikte, Sosyal Güvenlik Sistemi ve yasası ile cezai adalet sisteminde de değişiklik yaparak yeni sisteme uyumlu hale getirdiler. Bütün bu değişimlerde toplum hizmeti yasaının ruhunu oluşturan en önemli unsurlardan birisi olan bireyin ve/veya yakınlarının tedavi, bakım kararlarına ortak edilmesi, seçim hakkının /haklarının) olması ve bu alanlarda çalışmalarını (consumer-led service), denetleyici olmalarını sağlayan alanlar açılmasına olanak vermesini de güçlendirdiler.

Bu yasanın mediste kabul edilmesi sırasında ve uygulamalar sonrasında da bir çok farklı ideolojilerden, uygulayıcılardan ve akademisyenlerden eleştiriler oldu, olmakta. Fakat burada, İngiltere’de yaşadığım sırada gerçekleşen bu yasanın, önce tesadüfi sonrasında isteyerek girdiğim, tanık olduğum uygulamalarını aktarmak istiyorum (Bu kitabın sonunda verilecek bazı kaynak inceleme ve referans kitaplarından bu yasanın özü için ayrıntılara ve eleştirilere ulaşabilirsiniz).

1991 yılında iş aradığım bir sırada bir belediyenin sosyal servisinden Türkçe konuşan bakıcı aradıklarını öğrendim. İş için başvurduğumda bana verdikleri görevin, anneleri yanlarında olmayan 9 çocuklu babaya çocuklarını ihmal etmeden onlara nasıl babalık yapması gerektiğini öğretmem idi. Amaç temel bakım gereksinimleri ihmal edildiği anlaşılan çocukların anneleri geleceğe kadar babaları tarafından karşılanmasını sağlamak ve çocukların aile ortamından alınıp kimsesiz çocuklar yuvasına verilmesini önlemektir. Bu yasa öncesi pratikte uygulama, hemen çocukların aileden alınıp, bakım evine yerleştirilmesiydi. Bu hem pahalı bir çözüm hem de etik olarak tartışılan bir konuydu. Böylece ben farkında olmadan bu yasanın ilk uygulaması içerisine girmiştik ve bu yaşadığım pratik kendimi sorgulamamı sağlamıştı. Daha sonra Sosyal Hizmetler okuyabilmek için girdiğim hazırlık okulunda bu uygulamanın felsefi ve ideolojik temellerini, tarihsel sürecini, teorisini anlayabilme şansım oldu. Hazırlık sınıfında staj yerim olarak akıl sağlığı sorunları yaşayan Asyalı yetişkinlere ait olan bir günlük bakım merkezi, okul tarafından belirlendi. Bu merkez kadın-erkek Asyalı yetişkinlerin kendi evlerinde veya ailelerinin yanında kalabilmelerini desteklemek amacıyla kurulmuş bir merkezdi. Merkez, birçoğunun yaşadıkları yere toplu ulaşım aracı kullanarak kendi başına gelebildiği uzaklıkta, park içerisinde bir binada yer alıyordu. Bir terapistin ve birçok sosyal çalışmacı ile stajyerlerin çalıştığı bu merkezde kullanıcılar sabah geliyor toplantı odasında toplanıp günü ve ihtiyaçlarını konuşuyorlardı bizimle birlikte. Günü, haftayı, yılı birlikte programlayıp, ihtiyaçları belirleyip varsa sorunları konuşup, kendi çözümlerini üretmeleri konusunda teşvik ediyorduk. Gün içerisinde binanın çeşitli odalarında yemek, dikim, mücevher yapımı gibi onların kendilerine bakabilme yetilerini tekrar kazanma veya yükseltme, çalışmaya teşvik etme, güven kazandırma, tek başına kararlar alabilme yetilerini uyandırma, yemeğe, tatile gitme gibi programlar

yapılıyordu. Ben onlarla beraber Fransa'ya gitme planlarına ortak olamadım ama beraber gittiğimiz lokanta, yaptığımız aktivitelerde hayatlarına nasıl farklılık getirdiğini, içtikleri ilaçların etkisiyle kaybetmek durumunda kaldıkları kendi başlarına yaşayabilme kapasitelerini nasıl kazandıklarını gözlemleme fırsatı bulabildim.

Kingsbury Manor 1986 yılında açıldı. Merkezi kullanan kişilerin yaş grubu 18-65 arasındadır. Yaklaşık 24 hasta kullanmaktadır merkezi. Toplam 100 hasta merkezin kullanıcısıdır. Ayrıca 33 kişi merkezi terapi için ziyaret etmektedir. Gündüz merkezi, programlarını kullanıcılarının ihtiyaçlarını en yüksek standartta karşılamak üzere düzenler. Merkezin önceliği rehabilitasyon ve önleyici çalışmalar yapmaktır. Merkez kullanıcısının bağımsızlık ve özgüven kazanmasını amaçlar. Ayrıca Asyalı topluma eğitim ve yardım olanakları bilgisini sağlayarak çok önemli bir rol üstlenir.



Brent Mental Health Care Kingsbury Manor

Merkeze hastalar Brent belediyesi sosyal servisi tarafından gönderilir. Belediye Servisi Kuzey ve Güney bölümler olarak ikiye ayrılmıştır. Merkezin finansal kaynağı Brent Akıl Sağlığı Bakım Servisi'dir. Kingsbury Manor Gündüz Merkezi'nin bir takım lideri, 5 çalışanı ve bir terapisti bulunmaktadır.

Bir sonraki yıl başladığım üniversitede staj alanlarını seçme şansına sahibtim. İlk yıl yaşadığım belediyenin akıl sağlığı sosyal servisinde ikinci yıl ise öğrenme güçlüğü yaşayan bireylerin sosyal servisinde çalışarak bu modelin hayata nasıl geçirildiğine tanık olurken evimin yanında yaşayan, komşum Aunti Jo'nun (Bütün herkesin Jo teyze diye çağırdığı sosyal yönü güçlü yaşlı bir kadını) sağlığında geçirdiği kötüleşme sürecinde yine yaşlılar sosyal servisinin uygulamalarını da doğrudan gözlemleme şansına sahip oldum. Bu yasanın servislere önemle yüklediği görev "bireylerin kendi evlerinde veya tercih ettikleri sosyal ortamlarda bağımsız yaşayabilmelerini sağlamak, sürekli ve hastane bakımına ihtiyaç duymalarını önlemek"ti. Her iki staj yerimde de sosyal hizmet uzmanları süpervizörlerim sayesinde sorumluluklarının hayata geçebileceğini gözlemleyebildim ve sadece lafta kalmayabileceğini, gerçek olabileceğini de bizzat yaşamış oldum.

İkinci staj yerim Harrow belediyesine ait Doğu Ekibi idi. Harrow Belediyesi'nin Doğu, Batı ve Güney bölgesinde olmak üzere üç ekibi bulunmaktadır.

Merkeze hastalar Brent belediyesi sosyal servisi tarafından gönderilir. Belediye Servisi Kuzey ve Güney bölümler olarak ikiye ayrılmıştır. Merkezin finansal kaynağı Brent Akıl Sağlığı Bakım Servisi'dir. Kingsbury Manor Gündüz Merkezi'nin bir takım lideri, 5 çalışanı ve bir terapisti bulunmaktadır.

Hastanın haklarını koruyan bir sistem vardı ve son derece süratli bu toplantıyı gerçekleştirerek hastanın mağdur edilmesini önlemişlerdi. İstemli veya istemsiz hastaneye yatan bütün kullanıcılarımızı hastanede kaldıkları süreçte ziyaret etmek ve çıkışları için plan hazırlamak durumundaydık.

Kısaca CMHT (Toplum Akıl Sağlığı Ekibi) olarak anılan ekip farklı disiplinlerin bir araya gelmesinden oluşmuştur. Doğu bölgesindeki ekibin bulunduğu binanın ilk katında bebek kliniği, ilaç kliniği, ayak bakım sağlığı, diş kliniği; ikinci katında CMHT ve akıl sağlığı problemi olan yaşlı insanlar için gündüz merkezi; son katında bölge hemşireleri ve sağlık ziyaretçileri bulunmaktadır. Danışman psikiyatrist, toplum psikiyatri hemşiresi, psikolog, akıl sağlığı sorunu olan suçlular sosyal çalışmacı, onaylanmış sosyal çalışmacı, sosyal çalışmacı, idari sorumlular, siyahlar ve etnik azınlıklar alanında ihtisaslaşmış gelişim uzmanı ekip çalışanlarıydılar. Bu ekip koordineli bir şekilde akıl sağlığı sorunu yaşayan bireylerin ihtiyaçlarını anlama, tespit etme, bu ihtiyaçları karşılama için hizmet planı yapmaktan sorumlu olduğu gibi uygulamayı gerçekleştirmekle de yükümlüdür. Harrow Belediyesi'nin sosyal servisinin akıl sağlığı sorunu yaşayan bireyler için olduğu gibi ayrıca öğrenme güçlüğü çeken çocuk ve yetişkinler için de ayrı bir ekibi bulunmaktadır. Bu servislerin yanı sıra mültecilik başvurusunda bulunanlar, yaşlılar, çocuk koruma ve aile içi şiddete yönelik sosyal servis ekipleri de bulunmaktadır. Bu servislerin yanı sıra DİNLENME EVLERİ, EVDE BAKIM, SÜREKLİ BAKIM HİZMETİ VERİLEN KONUTLAR, İŞ ATÖLYELERİ, GÜNDÜZ MERKEZLERİ olmak üzere birçok destek birimleri yer almaktadır.

Bu serviste istemsiz ve istemli hastaneye yatan bireyler ile hastane içinde ve dışında, çıkışında çalışabilme olanağı bulabildim. İstemli yatan bir hastanın hastaneye girdiği andan itibaren şikâyetini dikkate almaları ve farklı disiplinlerden uzmanlar, kullanıcının savunucusu, sosyal çalışmacı (biz), denetleyiciler ve yargıçla beraber yaptıkları toplantıyı izlemek son derece etkileyiciydi. Hastanın haklarını koruyan bir sistem vardı ve son derece süratli bu toplantıyı gerçekleştirerek hastanın mağdur edilmesini önlemişlerdi. İstemli veya istemsiz hastaneye yatan bütün kullanıcılarımızı hastanede kaldıkları süreçte ziyaret etmek ve çıkışları için plan hazırlamak durumundaydık. Yine istemli yatışını tamamlayan bir hastanın çıkışı için karar vermek amacıyla yapılan toplantıda psikiyatristi, hastanın kendisi ve yakını, hemşiresi, sosyal çalışmacı ile birlikte yer aldım. Çıkışından önce kendisi ve yakını ile hastanede çıkış sonrası planlarını ve ihtiyaçlarını dinleyerek bu konuda ortak plan hazırladım. Bütün bunları yaparken en etkileyici şeylerden birisi de süpervizörümün hastanın kültürünü, aile yapısını ve ailenin isteklerini göz önüne almamı ama benim "kullanıcının sosyal çalışmacı olduğuma" dikkatimi çekmesiydi. Doğu servisinde staj yaptığım süreçte çeşitli ırk ve kültürlerden gelen kullanıcılarla ve sosyal hizmet uzmanları ile çalışma olanağı buldum. Sosyal Hizmet anlayışını uygulayarak ve çalışmayı yaparken kullanıcının tedavi ve bakım kararlarına ortak olmasının sağlanması dışında kültürel, inançsal farklılıkları da göz önüne almak zorundaydık.

İkinci yılımda staj yaptığım, öğrenme güçlüğü yaşayan çocuk ve yetişkinler için olan sosyal serviste aynı prensipler ve yasal zorunluluklar doğrultusunda çalışarak Toplum Bakım Hizmeti Yasası'nın uygulamasını deneyimlemiş oldum. Bu servisteki kullanıcılarımdan bir tanesi "rett sendromu" olan bir çocuktü. İngiliz bir ailenin çocuğu idi. Annenin çocuk için okul beğenmemesinden dolayı Harrow içindeki özel ihtiyaçlar için hazırlanan okulları dolaşmış ve çocuğun annesi, annenin sesi olan gönüllü sektör danışmanı ve eğitim sosyal çalışmacı ile bir toplantı hazırlamak durumunda kalmıştım. Çocuk Hakları Yasası'na göre çocuğun bir an evvel okula gönderilmesi gerekiyordu.

Ben de anneye karşı çocuğun haklarını korumak durumundaydım ama anne de kendi görüşlerinin dikkate alınması için kendisine destek verecek danışmanı ile gelme hakkına sahipti. Bu çalışma benim için kültürel bir şok ol-

muştı. Yine bu serviste bana çok çarpıcı gelen bir çalışmam Asyalı bir ailenin çocuklarının sosyal çalışmacı olmaktı. Aileyi çocukları ihmal edip etmediğine dair gözlemlemek, annenin babanın otoritesi altında düşüncelerini söyleyebilmesi için teşvik etmem ve onlarla konuşabilmem için de hem telefonda hem yüz yüze görüşmelerimde tercüman bulundurmam gerekmekteydi. Her telefon görüşmem öncesinde üçlü konferans hazırlığı yapmak ve herkesin zamanını birbirine göre ayarlamak gerekiyordu. Tercümanın ücretini de sosyal servis sağlıyordu. Kullanıcının kültürel, ırksal, inançsal farklılıklarını ve bu farklılıklardan doğan ihtiyaçlarının da gözetilerek tedavi ve bakım hizmetinin yapılmasının, ayrımcılığa karşı duran bir sistem için gerekliliği konusunda benim için hayli verimli bir deneyim olmuştu.

Bütün bunların yanı sıra "Toplum Bakım Hizmeti Yasası"nın uygulanması için belediyelerin devletin farklı alanlarından aldığı destek, özel ve gönüllü sektörlerle yaptığı çalışmalar bazen servislerin sürekliliğini veya kalitesini devam ettirmesini sağlayamayabiliyor. Bunun nedenlerinden bazıları belediyelerin politik yapılarının olması, önceliklerinin değişmesi veya belediye gelirlerinin azalması olabiliyor. Fakat yukarda yazdığım bazı servisleri sağlama önceliği ve çalışma ilkelerinin yasalar ve yönetmelikleri ile sağlama alınmış olması, kullanıcının hizmet alma, seçme ve kendi başına yaşama, karar verme hakkını elinden almayı zorlaştırmaktadır.

Kaynaklar...

McDonald, Ann,1999, Understanding Community Care, a guide for social workers, London Macmillan Press Ltd.

Wilmot, Stephen,1997, The Ethics of Community Care, London, Cassel

Cowen, Harry, 1999, Community Care, Ideology and Social Policy, London, Prentice Hall Europe

Asyalı bir aileyi
çocukları ihmal edip
etmediğine dair
gözlemlemek,
annenin babanın
otoritesi altında
düşüncelerini
söyleyebilmesi için
teşvik etmem ve
onlarla
konuşabilmem için
de hem telefonda
hem yüz yüze
görüşmelerimde
tercüman
bulundurmam
gerekmekteydi.

AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ NEW YORK EYALETİ'NDE ZİHİNSEL ENGELLİLERE YÖNELİK HİZMETLER

Nalan Erkem

Nisan 2009 inceleme ziyareti notları

Bu koruyucu aileler titizlikle seçilen ve sertifikalı aileler arasından belirleniyor. Her çocuktan sorumlu bir yaşam koçu/vaka denetmeni var ve aileler bu kişiler tarafından ayda iki kez habersiz ziyaretlerle denetleniyor.

Nisan 2009 tarihinde, New York eyaletinde bulunan "New York State Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities (OMRDD) Region 2 (New York Zihinsel Engellilik ve Gelişimsel Bozukluk Devlet Ofisi-Bölge 2)'ye yapılan ziyaret sonucu, eyalette kurum temelli hizmet zihniyetinin terk edilerek toplum-temelli hizmete geçişin büyük ölçüde tamamlandığı görülmüştür.

NEW YORK EYALETİ'NDE ZİHİNSEL ENGELLİLERLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER:

1970 yılında kurumlarda 28.000 zihinsel engelli barınmakta iken, bugün sadece 1600 kişi bir kurumda kalmaktadır. Kurumların çoğunun kapatıldığı ve kalan az sayıda kurumun da 2010 yılı sonuna kadar kapatılmasının amaçlandığı belirtilmiştir. Kurum tipi hizmet anlayışı tümüyle terk edilmektedir.

2009 Nisan ayı itibarıyla NewYork eyaletinde 36.000 zihinsel engelli, grup evlerinde, 8.000 zihinsel engelli kendi evlerinde ve 52.000 kişi de aileleriyle birlikte yaşamaktadır.

New York eyaletinde zihinsel engelli çocukların %70'i "normal" okullara gidiyor.

Anne-babasının bakmak istemediği çocuklar, eğer aileden başka biri bakmak isterse onun yanına yerleştiriliyor ya da başka koruyucu aileye verilebiliyor. Bu koruyucu aileler titizlikle seçilen ve sertifikalı aileler arasından belirleniyor. Her çocuktan sorumlu bir yaşam koçu/vaka denetmeni var ve aileler bu kişiler tarafından ayda iki kez habersiz ziyaretlerle denetleniyor.

Ayrıca okullardan da çocuklarla ilgili bilgi alınıyor.

Suç işleyen zihinsel engelli bireylerin cezaevinden bırakıldıktan sonra tutulduğu toplam 1.100 kişi kapasiteli 5 kapalı enstitü var. Burada kişinin tekrar suç işleme riski ve toplum için tehlikeliliği değerlendiriliyor. Enstitülere gönderilenlerin % 90'ı ilk on dört ayda buradan çıkarılarak grup evlerine yerleştiriliyor (Bu kişilerin çoğunun başkaları tarafından suça yönlendirildikleri belirtildi).

OFİSE BAŞVURU SÜRECİ NASIL İŞLİYOR?:

Zihinsel engelli bir çocuk için bu ofise başvurulduğunda, önce ailesiyle ve çocukla görüşülerek ailenin ne istediği ve çocuğun durumu saptanıyor. Sosyal incelemeci gidip aile ile kendi ortamında görüşüyor. Ailenin ne istediği (tam bakım, yarı zamanlı bakım, yatılı program, parasal destek, psikolojik destek) belirlendikten sonra değerlendirme yapılarak karar veriliyor.

Örneğin eğer çocuğun bir grup evinde kalmasına karar verilirse, çocuk benzer özellikte çocukların bulunduğu bir grup evine yerleştiriliyor. Eğer çocuğun ayrıca başka bir rahatsızlığı var ise o zaman hemşiresi olan bir grup evi tercih ediliyor.

Bu kişilerin günlük hizmet, konut hizmeti, evde destek hizmeti gibi kategorilerde destek aldığı belirtilmiştir. Destek almak için 22 yaşından önce, yaşam boyu öğrenme bozukluğu olduğuna dair bir teşhis konulmuş olması şartı bu-

lunuyor. Tüm eyalette zihinsel engelliler için yılda 5 milyar dolar harcama yapılmaktadır ve dar gelirli zihinsel engellilere yönelik ücretsiz sağlık sigortası sağlanmaktadır.

Temel amaç, engellilerin aileleri ile birlikte yaşayabilmelerini sağlamak. Aileleri dinlendirmek için hafta sonları zihinsel engellilere yönelik programlar düzenlemekteler. Ayrıca ailelere eğitim ve malzeme desteği verilmekte.

Grup evleri; apartman dairesi ya da müstakil evler şeklinde olabiliyor. Bu tamamen zihinsel engelli bireylerin ve ailelerin tercihi ile sosyal çalışmacı ve STÖ temsilcisinin ortak kararıyla belirleniyor. Bu evlere destek veren Katolik ve Yahudi hayır kurumları dahil 700 sivil organizasyon destek sağlıyor

KONUT HİZMETİ NASIL UYGULANIYOR VE DENETLENİYOR?:

Örneğin; OMRDD beş kişilik bir eve ihtiyaç olduğunu belirliyor. Hükümet ihtiyaca uygun nitelikte ev tutup düzenliyor, ihtiyaçları karşılıyor. Sonra ihale açılıyor. Başvuran STÖ'ler arasından seçim yapılarak sözleşme imzalanıyor. Bu seçimde verilecek hizmet bedeli için önerilen fiyatta teklif veren derneğin mali durumu, sunulan program, herhangi bir nedenle hakkında dava açılmamış olması, hizmet konusundaki güvenilirlik, diğer hizmetlerindeki ziyaretlerden sorunlu rapor almamış olması, zihinsel engelli bireyin ve ailenin onayı, derneğin onları terk etmeyeceğine dair taahhütte bulunmuş olması ve bildirimsiz denetimlere onay vermiş olması gibi koşullar belirleyici oluyor. Kalitesiz hizmet nedeniyle bugüne kadar 15 derneğin kapatıldığı belirtildi. Yapılan her şikâyet titizlikle araştırılıyor. Bir şikâyet geldiğinde önce ailelerle görüşülüyor. Günlük ortalama 10 şikâyet geldiği, bunun yanı sıra günde 150.000 kişiye hizmet verildiği belirtildi.

Grup evlerinin sorumluları her türlü olayı raporlamak zorundalar. Sorun çıkaran personelin derhal işine son veriliyor. Herhangi bir grup evinden bir şikâyet geldiğinde, o şikâyet titizlikle araştırılıyor ve eğer haklı bir nedene dayanıyorsa o eve hizmet veren derneğin sertifikası iptal ediliyor.

Amaçlarının grup evlerde yaşayan sayısını beş kişiyle sınırlamak olduğunu, kaynakları diğer eyaletlerle paylaşmayı hedeflediklerini belirttiler.

Bir grup evi oluşturulurken önce bu evin kimler için kurulduğuna bakılıyor. Örneğin altı ergen otistik çocuk için bir ev kurulması gerekiyorsa bu eve hizmet verecek derneği belirleme sürecine aile de katılıyor. Aileler ve dernek kurulması düşünülen evin nerede ve hangi özelliklerde olması gerektiğine karar veriyorlar (Örneğin apartman dairesi mi, bağımsız bahçeli bir ev mi vb).

ZİHİNSEL ENGELLİLER İÇİN GÜVENLİ BİR EV ORTAMI NASIL KURULUYOR?:

Dernek dört ay içinde istenen özelliklerde bir ev buluyor. Kurum bu evi satın alıyor. Zihinsel engelliler konusunda uzman mimarlar evin fizibilitesini yapıyorlar. Dernek bu fizibiliteyi aldıktan sonra kredi alarak evi bu rapora göre düzenliyor. Evde çocukların davranış özelliklerine göre değişiklikler yapılıyor, örneğin pencerelere kırılmayan camlar takılıyor. Musluklara sensör, kendilerini yakmamaları için sıcak su tesisatına ısı kontrol sistemi, yangın güvenliği için ek kapılar yapılıyor.

Yerdeki halıları kaldırıp kolay temizlenen döşeme yapılıyor. Kapı kulpları çocukların kolayca açıp kapamalarını sağlayacak şekilde dönüştürülüyor. Aynı şekilde banyo ve duşu da çocukların özelliklerine uygun kolay kullanılabilir şekil-

Zihinsel engelliler konusunda uzman mimarlar evin fizibilitesini yapıyorlar. Dernek bu fizibiliteyi aldıktan sonra kredi alarak evi bu rapora göre düzenliyor. Evde çocukların davranış özelliklerine göre değişiklikler yapılıyor, örneğin pencerelere kırılmayan camlar takılıyor.

Zihinsel engelliler restoranlarda, kafelerde, kurumların temizlik işlerinde çalışıyor. McDonalds ile zihinsel engellilere %20 kontenjan için sözleşme yapılmış. Bunun dışında birçok mağaza ile de zihinsel engellilere belli kontenjanlar tanınması için sözleşmeler yapılmış.

de değiştiriyorlar. Amaç çocukların yaşamlarını kendi başlarına kolaylıkla ve zarar görmeden sürdürmelerine uygun ortam yaratmak.

NE TÜR DESTEK PERSONELİ ÇALIŞIYOR?

Bir tarafta ev çocukları için yeniden düzenlenirken diğer yanda da bir grup uzman çocukları yeni grup yaşamına hazırlıyor. Çocuklar yirmi dört saat gözlenerek personel ve diğer ihtiyaçları belirleniyor. Örneğin; altı otistik ergen genç yönelik grup evinin hazırlanması sürecinde çocukların yirmi dört saat bakıcı gözetimine, bir hemşire ve bir psikolog yardımına ihtiyaçları olduğu, ayrıca felçli olan bir çocuk için fizyoterapi ihtiyacı olduğu belirlenmiş.

Çocuklar için doğru personel ve doğru desteğin önemine dikkat çekiliyor. Otistik çocuklar örneğindeki eve, dört personelin yirmi dört saat hizmet verdiği, gece iki personelin kaldığı belirtildi. Çocuklara haftada yirmi saat psikolog, on beş saat hemşire ve altı saat fizik tedavi desteği verilmesi onaylanmış.

MALİYET, TOPLUMSAL ÖNYARGILAR, MESLEKİ EĞİTİM DESTEĞİ:

Bir engellinin maliyeti aylık 11.000 dolar civarında Ailelerin maddi katkısı zorunlu değil. Dileyen aileler katkıda bulunuyor. Örneğin aileler birleşip ev alıyorlar ya da evin tadilatını yapıyor veya bahçeye havuz yaptırıyorlar.

Toplumdaki önyargılarla savaştıklarını, bazı semtlerde zihinsel engellilere grup evleri kurulmasına karşı semt sakinlerinin olumsuz tavır geliştirdikleri ve engellemeye çalıştıkları belirtildi. Bunları aşmak için okullarda kuklalarla önyargıları kırarak oyunlar sergilediklerini, bu konuda çalışmalar yaptıklarını söylediler.

New York Eyaleti'nde; 03-21 yaş arası zihinsel engelli çocukların eğitim hizmetinden yararlandıkları, daha büyük yaştaki engellilerin yetişkin servisine gönderildiği ve burada yetişkinler için farklı eğitim programlarına katıldıkları belirtildi. Bu programlar sanat programları, tesisatçılık, açıcılık, temizlik görevlisi, hizmet sektörü vb. gibi meslek edindirme programları olabiliyor.

Zihinsel engelliler restoranlarda, kafelerde, kurumların temizlik işlerinde çalışıyor. McDonalds ile zihinsel engellilere % 20 kontenjan için sözleşme yapılmış. Bunun dışında birçok mağaza ile de zihinsel engellilere belli kontenjanlar tanınması için sözleşmeler yapılmış ve buralarda zihinsel engelliler çalıştırılıyor.

HOLLANDA'DA TOPLUM-TEMELLİ RUHSAĞLIĞI HİZMETLERİ (Rusihak)

*Hollanda sistemiyle ilgili sayısal bilgileri 2008 (Mayıs)'da Hollanda Konso-
losluğu'nun karşılıklı bir öğrenme süreci olarak planladığı ve bu kapsamda
derneğimizin istediği bu bilgileri de sunumun içine katan DeBaak Yönetim
ve Liderlik şirketi bizlere sunmuştu. Hollanda'daki sistemle ilgili diğer bilgi-
leri ise Harm Luth sağlamıştır. Ülkemizdeki ilk korumalı evlerin, Elazığ'da,
hayata geçmesine destek olan Hollanda ekibinden onaylı hemşire ve psiko-
log Harm Luth, projemiz kapsamında Manisa ve İstanbul'da Hollanda'daki
sistemi ve çağdaş rehabilitasyon yaklaşımlarını anlattığı konferanslar ver-
miştir. 2009-2011 yılları arasında da Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Has-
tanesi'nde Kronik Hastaların Rehabilitasyonu adlı bir projede yer almaktadı-
r.*

Hollanda 1960'lı, 70'li yıllarda kurum temelli bir ruh sağlığı ile sosyal hizmet sisteminin bütün olumsuzluklarını yaşamaktaydı. Özellikle Pandora, Ypsilon gibi sorun yaşayan kişilerin kurduğu derneklerin verdiği mücadeleler sonun-
da, 80'li yılların başında toplum-temelli hizmet sistemi yerleşmeye başladı. Şu anki sistemde nüfusun tamamı aile hekimliği sistemine bağlı olup aile he-
kimi, var olan hizmetlere yönlendirmeleri yapmaktadır. Korumalı evler, des-
tekli işyerleri, gezici sağlık ekipleri ile kapalı ve açık servislerin yer aldığı ruh sağlığı hastaneleri de bulunmaktadır.

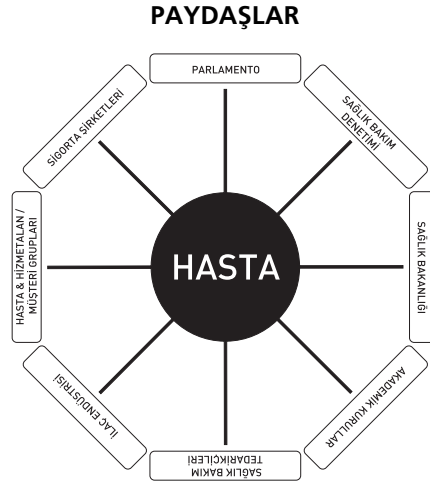
2008 yılında toplam nüfusun % 5'i yani 700.000 kişi ruhsal rahatsızlık ne-
deniyle tedavi görmektedir (zihinsel engellilik bu sayıya dahil değildir).

Yaklaşık 800.000 kişi iş yapamazlık nedeni ile sosyal güvenlik ödemeleri
almaktadır. Bu oranın 1/3'ü (yaklaşık 300 bin kişi) psikiyatrik rahatsızlıklar-
dan oluşmakta, 1000 kişiye 3.3 yatak düşmektedir. Ruhsağlığı alanında hiz-
met veren yüz elli enstitü bulunmaktadır. RIAGG denilen Bölgesel Gezici
Ruh Sağlığı Bakım Enstitüleri'nin sayısı elli üçtür. Bu kurumlar, Travma, alkol
vs gibi uzmanlık alanlarında, danışanları ve aileleri evlerde ziyaret ederek
önleyici ve tedavi edici pek çok farklı hizmeti sunmaktadır.

Toplam sağlık bütçesi: 72 Milyar EURO (Milli gelirin %10'u) Toplam ruh-
sağlığı bütçesi: Yaklaşık 5 Milyar EURO'dur. Sigorta şirketleri sözleşmeleri-
ne uygun olarak fonların, lisanslı sağlık şirketlerine dağıtılmasından sorum-
ludur.

Aşağıdaki tabloda Hollanda sisteminin işleyişi çizilmiştir. RIAGG, yukarıda
açıklanmıştır. OGGZ (Openbare geestelijke gezondheidszorg) ise kendi baş-
larına bakım ya da tedavi talebinde bulunmayan sosyal açıdan dezavantajlı
ve incinebilir insanlara odaklanan politika alanıdır.

RIAGG denilen
Bölgesel Gezici Ruh
Sağlığı Bakım
Enstitüleri travma,
alkol vs gibi
uzmanlık
alanlarında,
danışanları ve
aileleri evlerde
ziyaret ederek
önleyici ve tedavi
edici pek çok farklı
hizmeti
sunmaktadır.



Hollanda'da ruh sağlığı sistemini düzenleyen çeşitli yasa metinleri şunlardır:

- WGBO** : Hasta ve Çalışanlar Arasında Eşit Haklar
- BOPZ** : Kendilerine ya da Başkalarına Zarar Veren Hastaların Zorunlu Yatışına Olanak Sağlanması
- BIG** : Sağlık Çalışanlarının Lisanslarının Sağlanması
- WMCZ** : Hastaların Hastanelerde Üye Olarak Kabul Edilmesi
- WAO** : İşsizlik Sigortası
- Kalite** : Kalite düzeylerinde asgari sınırların belirlenmesi
- WTZ** : Sağlık Tedarikçilerinin Lisanslanması

KORUMALI EVLER: KRONİK PSİKİYATRİK HASTALARIN GELECEĞİ (Harm Luth)

- Psikiyatri alanındaki ilerlemeler, birçok kronik hastanın hastane içi yaşamdan, hemşire ekibi ile desteklendikleri Korumalı Evlere geçişini sağlayacaktır. Bu alanda yapılan araştırmalar kronik hastaların % 80'inin gerekli desteği aldıklarında kendi günlük yaşamlarını kurabilecek ve yürütebilecek kabiliyete sahip olduklarını göstermektedir. Korumalı Evlerde yaşam mevcut olan stigmatı devirmekte, hastaların özgüvenini sağlamakta, yaşama bağlılıkta ve hastalığın iyileşiminde önemli rol oynamaktadır. Korumalı Ev'e geçişten önce hastaların yerleşim ihtiyaçlarını analiz etme atılacak ilk adımdır. Bu aşamada hastalar kendi düşünme kapasitelerini kullanmaya zorlanmış olurlar.
- Korumalı Ev terimini 4-5 psikiyatrik hastanın birlikte yaşadıkları, sosyal yaşamın içinde olan bir ev olarak tanımlayabiliriz. Her ev sakinine özel bir tedavi planı oluşturmali ve buna göre hemşireler tarafından desteklenmelidir. Böylece her ev sakini kendine özel ve en kaliteli sağlık hizmeti görebilir. Hastaların aileleri korumalı evlerden üst düzeyde memnun kalırlar, çünkü yakınlarının yaşam kalitesi yüksek bir yerde yaşadıklarını bilirler. Hemşire ekibi hem sundukları hizmetin kalitesini, hem de hastanın yaşam kalitesini üst düzeye çıkarttıkları için işlerinden daha tatminkâr olurlar. Hastanenin mali işlerle ilgili bölümü ise Korumalı Ev harcamalarının genel tedaviden daha az olduğunu öğrenecek, hasta ise tamamen değişik bir yaşam edinecektir: Güvenli ve düzenli bir mekânda olacak, özel yaşamı saygı ile karşılanacak, gerek duyduğu sağlık hizmetini alacak, kendi davranışından sorumlu olacak ve bu davranışının hem negatif sonuçları hem de pozitif sonuçları ile geçinmeyi öğrenecektir.
- Her kendini saygın sayan ülke, muhtaç olan fertlerini desteklemek zorundadır. Bu yüzden üst düzeyde iletişim kabiliyeti ve davranışlarında değişiklik gerektiren rehabilitasyonda ve Korumalı Evlerde çalışmalarını sağlamak için ilk olarak psikiyatri profesyonellerinin eğitime yatırım yapılmalıdır. Bunun dışında Korumalı Evleri hayata geçirebilmek ve sağlık hizmetinin kalitesini yükseltmek için genel yatırım gerekmektedir.

Bu alanda yapılan araştırmalar kronik hastaların %80'inin gerekli desteği aldıklarında kendi günlük yaşamlarını kurabilecek ve yürütebilecek kabiliyete sahip olduklarını göstermektedir.

HOLLANDA'DA HİZMET ALAN/DANIŞAN KATILIMI

(Wolf Kayser) ⁵⁹

Wolf Kayser

Hollanda Hasta Konseyleri Genel Temsilcisi

1976'da, bundan yaklaşık otuz yıl kadar önce, bir grup hasta tarafından, bir hastane biriminde küçük bir hasta-konseyi oluşturuldu. Bu insanlar hastanedeki koşulların iyileşmesi için, hastane yemekleri, aktiviteleri ve diğer konularda daha fazla sözlerinin geçmesini istiyorlardı.	- Hollanda'da Danışan/Hizmet Alanlar Hareketi, 70'lerin başında başlamıştır. Bu hareketin tarihi gelişimine ilişkin rapor ayrıca temin edilebilir. Meerkanten ile birleşmeden önce, Ermelo'da bulunan, Veldwijk Enstitüsü yüz yılı aşkın süre boyunca eski durumunda bir zihinsel sağlık/bakım hastanesi olarak varlığını sürdürüyordu. 1976'da, bundan yaklaşık otuz yıl kadar önce, bir grup hasta tarafından, bir hastane biriminde küçük bir hasta-konseyi oluşturuldu. Bu insanlar hastanedeki koşulların iyileşmesi için, hastane yemekleri, aktiviteleri ve diğer konularda daha fazla sözlerinin geçmesini istiyorlardı. Konsey yavaş ama istikrarlı adımlarla büyüdü. Hastane koşullarının iyileşmesi için hastakatılımının gerekli olduğuna ikna olan başarılı yöneticilerden destek gördü. 1996 yılında hasta-konseyleri yasal haklarına kavuştu. Buna göre artık bütün tedavi ve bakım enstitülerinde hasta-konseyi bulunması gereklidir. Yasaya "Danışan Katılımı Yasası" denildi. Bu yasa ile hastane, klinik gibi bütün kurumlarda bulunan 'hastalar' artık danışan olarak tanımlandı. Şu anda hasta ve danışan tanımlarının her ikisi de kullanılmaktadır. - Veldwijk de ise yasa, yeni bir şey getirmemiştir. danışan-katılımı yönetimin bütün kademelerinde, bütün birimlerde ve personelde benimsenmiş ve halihazırda uygulanmaktadır. 2000 yılında, diğer bakım ve tedavi enstitüleri ile birleşmeden sonra çalışma alanı göreceli olarak genişledi. Bölgenin bütününde (Flevoland ve NW-Veluwe) huzurevleri ve çok sayıda ayakta tedavi gören hasta bulunduran klinikleri de kapsadı. - Birleşme iştirakçi hasta-konseyleri için yeni bir yapı anlamına geliyordu. - Şimdi üç tane ayrı hasta-konseyimiz bulunuyor. Flevoland için Lelystad'da bulunan bir bölgesel hasta-konseyi; Ermelo'da bulunan Veluwe Tarihi Bölgesi için bir hasta-konseyi; üçüncü olarak çocukları, gençleri, yaşlı hastaları ve bağımlıları temsilen bir hasta-konseyi (çocuk olarak başlıyor, büyürken bu arada bir şeye bağımlı oluyorsunuz). Bu üç konsey, yasalar tarafından kendilerine tanınan hakları gözetiyorlar. - Merkezi Konsey ise, bu üç konseyden oluşturuluyor ve yönetim kurulu ile irtibat halinde bulunuyor. İşlerimizi düzgün olarak yapabilmek için, en üst kademeden en alta kadar her iş için her aşamada katılım gerçekleştiriyoruz: Tedaviden barınmaya, aktivitelerden itibar görmeye, huzurun sağlanmasından hizmet kalitesine; yaşam kalitesinden gelecek politikalarının belirlenmesine, elektronik hasta dosyalarından yeniden organize olmaya kadar. - İki yıl önce hasta-perspektifinden bakımın kalitesini kontrol etmek için bir program başlattık.
--	---

⁵⁹ Client sözcüğü burada temel olarak bir tüketici olarak hizmet alan kişi anlamına gelir. Burada psikoterapi alanındaki yaygın kullanımı danışan olarak çevrilmiştir.

Bu program önümüzdeki yıllarda Meerkanten bölgesinde bulunan kısa ve uzun dönem hastaları için bütün hastane birimlerinde, klinik barınaklarda vs uygulanacak. Bu program yasaya dayanıyor ve devletten ayrı, özel olarak finanse ediliyor.

- Biz, ayrıca ilaçla tedavinin güvenliği konusunda da bir proje koordine ediyoruz: “ne kadar süre için, hangi ilacı, neden kullandığını biliyor musun?” “yan etkilerini biliyor musun?” Bu projenin amacı doktorlar tarafından reçetelendirilen ilaçlar hakkında kullananlarda bir bilinç oluşturmak ve bilgilerinin artmasını sağlamak.
- Hastalar dünyasında neler olup bittiğini takip edebilmek için, bütün mekânlara düzenli olarak ziyaretler yapıyoruz. Onları dinliyoruz ve bizim, konseyin, onlar için ne anlama geldiği konusunda onları bilgilendiriyoruz. Uzun dönem tedavi görenler için ayrıca yılda dört kez, ikinci el kıyafet pazarı kurulmasını organize ediyoruz. Bir iki avro’ya iyi kıyafetler alabiliyorlar. Ayrıca bazı ekstralar da olabiliyor: CD ler, kitaplar, şu ya da bu hastane birimine bir DVD-player vs.
- Şimdiye kadar Enstitü’de Meerkanten’in uzun dönem hastaları için 400 - 500 yatağı varsa, ve huzurevlerinde 200 kişi bulunuyorsa, Meerkanten’e her yıl 10.000 danışan geliyor. Bu da demek oluyor ki, dışarıda enstitüde bulunandan çok daha fazla sayıda danışan bulunuyor. Ayakta tedavi görenler her halükârda kısa-dönem tedavi görüyor. Bu insanlar, bütün bölgede, farklı kliniklerde, evlerinde bile tedavi görseler, dışarıda hayatlarını mümkün olduğu kadar normal olarak sürdürmeye çalışıyorlar. Kendi çevrelerinde, iş yaşamlarında, öğrenciliklerinde, boş vakitlerinde ya da her ne yapıyorlarsa, rahatsızlıklarına bağlı olarak önyargılar, temastan kaçınılma, iş ya da okul ortamında sosyal çevre tarafından tam olarak kabul edilmeme gibi durumlarla karşı karşıya kalıyorlar. Biz tabii ki Danışan Konseyi olarak bu insanları temsil ediyoruz, ancak herkese ulaşamıyoruz, ama yine de başka bir şeyler yapabiliriz. Toplumun, ‘danışan’lara bakış tarzını -bu insanların rahatsızlıklarından bağımsız olarak- değiştirmeye çalışabiliriz. Tabii bu işe okul çağından, gençlerden yani gelecek nesilden başlayabiliriz.

Biz ortaokul ve liselerde zihinsel rahatsızlıklar, önyargılar, insan gruplarının yaftalanmasını vb. anlatan bir proje çalışması başlattık. Kendi deneyimlerimize dayanarak, ücretsiz eğitimler veriyoruz. Amacımız insanların bu konular hakkında özgürce, kafalarında oluşan soruları sormalarını sağlamak. Zihinsel sorunlar hakkında da fiziksel sorunlar kadar açıklıkla konuşmaları gerektiğini öğretmeye çalışıyoruz. İnsanları, zihinsel rahatsızlıkları da olsa, oldukları gibi kabul etmeleri gerektiğini öğretmeye çalışıyoruz. Onları anlamaya ve onlara karşı ayırmıcılık yapmamaya yönlendiriyoruz. Geçtiğimiz iki yıl içinde, bölgenin bütününde 40 ila 50 okul ziyaret ettik ve 100 ila 120 arasında ders yaptık. Bir okulda bir kez bulunup derse girdiğimiz zaman, sonraki sezon için daha fazla ders ve daha fazla katılım sağlanarak tekrar davet edildik.

Önümüzdeki sezon kısa, biraz adapte edilmiş ve hemşireler için profesyonel eğitim vereceğiz. Hasta-Konseylere kökleşmeye gidiyor ve yapabilecekleri hakkında söylenebilecek çok fazla şey var. 2003 yılında ‘crisis-kaart’ adını verdiğimiz bir şeyi tanıttık: Bu, bir hastanın daha önce zihinsel bir kriz yaşamış olduğunu belirten bir belge. Bu belge, kişinin kendisi ve ailesi hakkında, rahatsızlığı, kullandığı ilaçlar, gördüğü tedaviler ve doktoru hakkında bilgiler içeriyor. Ve insanlar bunu yanlarında taşıyabiliyor. Örneğin manik-depresyon sendromu olan bir hasta, evi şehir dışın-

Biz ortaokul ve liselerde zihinsel rahatsızlıklar, önyargılar, insan gruplarının yaftalanmasını vb. anlatan bir proje çalışması başlattık. Kendi deneyimlerimize dayanarak, ücretsiz eğitimler veriyoruz.

Kriz kartı ile
örneğin
manik-depresyon
sendromu olan bir
hasta, evi şehir
dışında bile olsa, bir
kriz yaşadığında,
polis ya da yanında
bulunan diğer
insanlar için
kolaylık oluyor.

da bile olsa, bir kriz yaşadığında, polis ya da yanında bulunan diğer insanlar için kolaylık oluyor.

KONU BİLGİLERİ VE İLETİŞİM SAĞLANMASI:

İki haftada bir yayınlanan bir gazetemiz var. Bütün bölgelere gönderiliyor ve ayakta tedavi görenlere ulaştırılıyor. İnternette her hafta güncellenen bir web sitemiz bulunuyor. Lelystad'da danışanlar tarafından işletilen "Danışma Masaları" ile Elmero'da Bilgi Merkezi oluşturuyoruz.

Son olarak, ben de Hasta-Konseyi hareketinin ulusal düzeyde yönetim kurulunun bir üyesiyim. Avrupa çapında Psikiyatri kullanıcıları ve mağdurları (ENUSP) da dâhil olmak üzere bazı bölgesel ve ulusal hasta-organizasyonlarına katılıyoruz.

Daha fazla bilgi için 2003 yılına ait yıllık raporumuz bulunmaktadır; maalesef Hollanda dilinde, Türkçe değil..

Çeviri: Can Feyzioğlu

SLOVENYA VE İTALYA/TRIESTE'DE TOPLUM-TEMELLİ REHABİLİTASYON UYGULAMALARI

Nilay Kacar

Rusihak Yönetim Kurulu Üyesi

Rusihak ekibi olarak, Açık Toplum Enstitüsü Vakfı'nın mali desteğiyle 2009(Mart)'da gerçekleştirdiğimiz Ljubljana ve Trieste inceleme gezilerinde birbirinden hayli farklı işleyen toplum-temelli hizmet modellerine tanık olma ve hizmetlerden yararlanlar ile hizmet sağlayıcılarla görüşme fırsatı bulduk.

Her iki ülkede de zihinsel engeli ve psikiyatrik sorunları bulunan kişilere yönelik hizmetler birbirinden tamamen farklıydı ve iki gruba yönelik hizmetler farklı mevzuatlarla düzenlenmişti.

Zihinsel engellilik ayağının her iki ülkede de daha zayıf olduğunu ve model olacak bir uygulamanın henüz bulunmadığını gözlemledik. Bu yüzden, bu yazıda ağırlıklı olarak psikiyatrik teşhis almış kişilere yönelik toplum-temelli hizmetlerden bahsedilmektedir.

Slovenya Örneği

- 2008 (Haziran)'de, on dört yıllık çabanın sonunda Slovenya Ruh Sağlığı Yasası kabul edilmiştir. Görüştüğümüz psikiyatrik teşhisli bir gencin babası olan bir STÖ temsilcisi bizzat yasa taslağının hazırlanma sürecine katılmıştı ve ülke genelindeki sivil toplum kuruluşlarının bu süreçte aktif bir rol oynadığını belirtti.
- Çıkarılan Ruh Sağlığı Yasası'na göre yasanın onay tarihinden itibaren bir yıl içinde bir ulusal program hazırlanması öngörülmüştür. Sivil toplum örgütleri bu ulusal programın oluşturulma sürecinde de çok yoğun çalışarak, programın, teşhis almış kişilerin gereksinimleri, onların toplum içinde eşit bireyler olarak yaşamalarını sağlayacak koşulların yaratılması temelinde oluşturulmasını sağlamıştır.
- İki bölümden oluşan Ruh Sağlığı Yasası'nın, birinci bölümünde hastane tedavisine ilişkin düzenlemeler bulunmakta, ikinci bölümdeyse rehabilitasyon süreci düzenlenmektedir.
- Yeni yasa, EKT uygulamasını önce tümüyle yasaklanmıştır. Ancak, uygulamaya gerek duyan psikiyatristlerin kişileri yoğun olarak EKT'nin yasak olmadığı Zagreb'e göndermeleri üzerine, yasak kaldırılmış ve EKT, anestezi ile uygulanma zorunluluğunun yanı sıra çok sıkı kurallara bağlanmıştır. EKT uygulaması için kişinin, kendisi ya da ailesi için büyük bir tehlike oluşturması zorunluluğu bulunmaktadır ve uygulama birçok uzmandan oluşan komisyon kararıyla ve birçok onaydan sonra gerçekleşmektedir.
- Hastaneye istemsiz yatışlarda, kişiye önce hakları anlatılmakta ve yakınları çağrılmaktadır.

İstemsiz yatışa tek doktor karar verebilmekle beraber, yatış sırasında hastanın haklarını doktora karşı savunan bir kamu görevlisinin bulunması zorunludur. Bu kamu görevlisi sürekli hastanede bulunsa da, hastaneye bağlı çalışmamaktadır. İstemsiz yatış ölçütü hastanın kendisine ya da çevresine zarar vereceği ya da tehlike yaratacağı konusunda ciddi bulguların varlığıdır. Yeni yasayla hastaneye dönüşleri azaltmak üzere iki kurul tanımlanmıştır:

Sivil toplum örgütleri bu ulusal programın oluşturulma sürecinde de çok yoğun çalışarak, programın, teşhis almış kişilerin gereksinimleri, onların toplum içinde eşit bireyler olarak yaşamalarını sağlayacak koşulların yaratılması temelinde oluşturulmasını sağlamıştır.

Slovenya’da devlet, piyango kurumunun gelirinin bir kısmını Engelliler Federasyonu’na ayırıyor; federasyon, engellilik alanında çalışan STÖ’lerin sunduğu birkaç yıllık projeler arasında seçim yapıp destekleyeceği projeleri belirliyor.

1- Uzman Grubu: Hastaneden çıkan kişiyle ilgilenen; psikiyatrist, psikolog, hemşire, teşhis almış kişinin kendisi, aile üyesi ve gerektiğinde sosyal çalışmacıdan oluşan gruptur. Ekipteki uzmanlar haftada bir iki kez kişiyi ziyaret edip, ilaçlarını düzenli alıp almadığını kontrol ederek kişiye destek vermektedir. Kişinin kendisinin de üyelerinden biri olduğu bu ekip, karar alma sürecinde en belirleyici rolü oynamaktadır.

2- Toplum Koordinatörü Grubu: Görev alanı hem hastanede tedavi görüp çıkan hem de hiç hastaneye yatmayan kişileri kapsamaktadır. Koordinatör, bir tür yaşam koçu gibi, kişilerle oturup yaşam programı yapmaktadır. Koordinatörlerin ekibi ihtiyaca bağlı olarak psikiyatrist, psikolog, sosyal çalışmacıdan oluşmaktadır. Toplum koordinatörü başkanlığındaki bu ekip, teşhis alan kişinin durumunu, kişinin kendisiyle beraber altı aylık periyotlarla değerlendirmekte ve yaşam programında gerekli değişikliklere karar verip yeni program oluşturmaktadır.

Tüm sağlık hizmetlerinin herkes için ücretsiz olduğu Slovenya’da psikiyatrik teşhis almış kişilere doğrudan maaş bağlanmamaktadır. Kişinin engeline ilişkin uzman kurul raporu alması gereklidir. Bu raporla kişinin gerçekten ihtiyacı olduğu belirlenirse, tutarı kişinin yaşına, çalıştığı süreye bağlı olarak belirlenen, genellikle aylık 200-300 Euro civarında bir maaş bağlanmaktadır–asgari ücret 500-600 Euro civarındadır.

Psikiyatrist, hastaneden ayrılan kişinin yalnız yaşayacağına karar verirse, kişi, korumalı evlerde; aksi takdirde geçici olarak devletin rehabilitasyon merkezlerinde yaşamaya başlamaktadır.

Toplum-temelli hizmet sağlayıcısı konumunda olduğunu gördüğümüz sivil toplum örgütlerinin mali kaynakları devlet tarafından yaratılıyor. Devlet, piyango kurumunun gelirinin bir kısmını Engelliler Federasyonu’na ayırıyor; federasyon, engellilik alanında çalışan STÖ’lerin sunduğu birkaç yıllık projeler arasında seçim yapıp destekleyeceği projeleri belirliyor.

İTALYA / TRIESTE

Tüm dünyada olduğu gibi, 1970 yılına kadar İtalya’da yaklaşık yüz bin kişi akıl hastanesinde kalıyordu. EKT çok yaygın bir uygulamaydı. 1904 Ruh Sağlığı Yasası yürürlükteydi ve toplumsal utanç ve tehlike zorunlu yatış ölçütüydü. Trieste’deki akıl hastanesinin yöneticisi Basaglia, kapatma ve ayrı tutma yaklaşımını tersine çevirdi ve 1970 - 1977 arasında hastaneyi boşaltıp, halkın kullanımına açtı. Temel ilkesi, “hastalığın arkasındaki insanı tanımak gerekir” idi.

Hastanın hastane koşullarına uyması yerine psikiyatrinin hastaların acısını anlaması gerektiğini savunuyordu. 1978’de İtalyan Ruh Sağlığı Yasası “demokratik psikiyatri” adını alan bu yaklaşıma göre yeniden yapılandırıldı. Ziyaretimiz sırasında hem Ruh Sağlığı Birimi yetkilileri ve personeliyle hem de hizmet alan kişilerle görüştük. Aşağıda yazarlar bu kişilerin anlatımlarına ve gezdiğimiz farklı merkezlerdeki gözlemlerimize dayanmaktadır.

Trieste Ruh Sağlığı Birimi’nin 4 toplum ruh sağlığı merkezi, 1 yataklı rehabilitasyon merkezi, genel hastanede 6 yataklı 1 psikiyatri birimi ve toplam 72 kişilik 12 grup evi bulunmaktadır. Birim bünyesinde 28 psikiyatrist, 8 psikolog, 155 hemşire, 27 destek hizmetleri çalışanı, 17 danışman, 10 idari çalışan istihdam edilmektedir.

Hiçbir ruh sağlığı hastanesi bulunmayan şehirde, sorun yaşayan kişi yardıma ihtiyacı olduğunda telefon açıp, kendine uygun merkeze ulaşabilir. Duruma göre merkezlerin her birindeki araçlarla kişi bulunduğu yerden alınıp, hasta-

nedeki psikiyatri birimine, rehabilitasyon merkezine ya da toplum ruh sağılığı merkezine götürölmektedir.

Şehirdeki tüm kamu kurumları ve STÖ'lerle işbirliğı halinde olan Trieste Ruh Sağılığı Birimi'nin güçlü bir iletişim ve erişim ağı bulunmaktadır. Bu sayede, kişilerin merkezlere gelmesini beklemeksizin, bizzat sorun yaşayan kişileri bulmakta ve gerekli desteğı vermektedir. Yılda 20 toplantı yapılarak, ailelere ve hizmetten yararlananlara kurum ve hastalıklar anlatılmaktadır.

Toplum ruh sağılığı merkezlerinde merkez içi hizmet tüm gün, merkez dışına hizmetler ise günde on iki saat sürmektedir. Ruh Sağılığı Merkezi'nde ise yatılı hizmet de sağlanmakta ve merkez aynı zamanda gündüz hastanesi gibi de işlemektedir. Genel hastanenin içerisindeki psikiyatri birimiye gece merkezlere ulaşamayan kişiler için tasarlanmıştır. Gece birime gelen kişi kendisi de isterse diğer merkezlerden birine yönlendirilmektedir. Tüm merkez ve birimlerde, ilaç odası hariç tüm kapılar açıktır. Hizmetlerden yararlananlar telefon görüşmeleri ya da ev ziyaretleri yoluyla sürekli takip edilmektedir.

Kişinin kendisinin isteklerine ve ihtiyaçlarına dayanarak kişiye özel programlar oluşturulmakta, aileler ilk teşhis anından itibaren sürekli bilgilendirilmektedir. Kişinin kendisi ve ailesi, durumlarına ve ihtiyaçlarına göre bir programa entegre edilmektedir.

Birime bağılı grup evleri ise 1-2-3-6 kişiliktir. 6 kişilik evlerin kapatılması planlanmaktadır, zira insanlar kalabalık gruplarla yaşamayı tercih etmemektedir. Bu evlerde kalanlar hemşire desteğı almakta; duruma göre bir hemşire gün boyu evde kalmakta ya da haftada bir gün evi ziyaret etmektedir. Evlerde kalanlar kendi faturalarını ödemektedir; bir kısmı kooperatiflerde çalışmakta, çalışmayanlarsa devlet desteğı almaktadır.

Kişinin isteklerine bakılarak uygun çözümler geliştirilmektedir. Sözgelimi aşçı olmak isteyen fakat yemek pişirmeyi bilmeyen bir kişi merkezler bünyesinde ya da dışarıdaki bir kursa katılmaktadır. İş bulamazsa, kurum bir işyerine para ödeyerek kişiye staj ayarlamakta ve stajın sonunda kişi hâlâ istiyorsa, iş bulma konusunda gerekli destek sağlanmaktadır.

Merkezden hizmet alanların kurduğı çok sayıda sosyal kooperatif bulunmaktadır: radyo, lokanta, dikiş, bahçecilik, inşaat vs. Bu sosyal kooperatifler birimden özerktir. Kooperatif üyelerinin belirli bir oranının ruh sağılığı sorununu olması zorunluluğı bulunmaktadır. Bazı kooperatiflerde –örneğin bahçecilik, tesisat işleri ve inşaatla uğraşan kooperatif- yüzlerce kişi istihdam edilmektedir.

Birim kullanıcılarının kurduğı kooperatifler özel bir muamele görmemekte; açılan ihalelere teklif sunmakta ve teklifleri iyi olduğı için ihaleyi almaktadır. Trieste Ruh Sağılığı Birimi'nin genel yaklaşımı pozitif ayrımcılıkla kişilere destek olmak değil, kişileri normal yaşam koşullarından izole etmeksizin ve aşırı korumacı olmasızın onları hayata, hayatı da onlara adapte etmektir.

Trieste Ruh Sağılığı Birimi'nin genel yaklaşımı pozitif ayrımcılıkla kişilere destek olmak değil, kişileri normal yaşam koşullarından izole etmeksizin ve aşırı korumacı olmaksızın onları hayata, hayatı da onlara adapte etmektir.

4. BÖLÜM

Kurum Çalışanlarının Sorunu Bizzat Yaşayanların ve Rusihak'ın Toplum-temelli Hizmetlere Geçişle İlgili Önerileri



KISACA

Türkiye’de toplum-temelli hizmetler uygulanabilir:

- İlk olarak sorunu birebir yaşayan kişilerin içinde bulunduğu kurullar kurulmalıdır.
- Bu kişilerin ihtiyaçları merkeze alınmalı, hizmetler buna göre yeniden düzenlenmelidir.
- Hizmetler, insanların yaşadığı yerde, kolay ulaşılabilir olmalıdır. Belediye, devlet kurumları, özel sektör kaynak yaratma ve hizmetleri sunmada işbirliği yapabilir.
- Ruh sağlığı yasası ve toplum içinde bakım/sosyal hizmet yasası hazırlanmalıdır. Bu yasalarda sorunu yaşayan kişilerin katılımı ve ihtiyaçları gözetilmelidir.

KURUM ÇALIŞANLARININ VE SORUN YAŞAYANLARIN SİSTEMİN İŞLEYİŞİYLE İLGİLİ ÖNERİLERİ

Proje kapsamında 5 ve 11 Şubat 2010'da Manisa ve İstanbul'da ilgili tüm tarafların (valilik, il sağlık müdürlüğü, ruh sinir hastanesi, rehberlik araştırma merkezi, belediye, sosyal hizmetler, emniyet, mal müdürlüğü, işkur, ticaret odası, şizofreni dernekleri, bipolar yaşam derneği, zihinsel engelli dernekleri) katılımıyla yapılan atölye çalışmalarında vaka örnekleri üzerinden ihtiyaçlar saptanmış ve bir model önerisi ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

	Vaka	Saptanan İhtiyaçlar	Öneriler
Birinci Vaka	• 5 kişilik aile, ev kira, • Baba boyacı, zor iş buluyor • 4 yaş. CP çocuk, anne ona bakıyor, • Asgari ücretle çalışan nişanlı kız • 16 yaşında lise 2'de şizofreni teşhisi yeni konan bir oğlan. • Hastane uzak. • Anne yalnız ve çaresiz hissediyor, küçük çocuk okula gitmiyor, başkalarından gizlemeye çalışıyorlar	• Sosyal güvence • Hizmete ulaşım • Bakıma muhtaçlık • Annenin çocuğa bakma zorunluluğu • İlaç hastane masrafları • Damgalanma, izolasyon • Hasta yakınına sosyal destek	• İşsizlik sigortası • Evde bakım ücreti • Sağlık güvencesi (yeşil kart) ile ilaç ve hastane desteği • Özürlü kimlik kartı ile ücretsiz seyahat • Fiziksel Engel için malzeme desteği • Rehabilitasyon ve eğitim ihtiyacı • Evde bakım ve (evde veya kurumda) gündüz bakım desteği • Aileye psikolojik destek • Aile eğitimi, bilinçlendirme • Danışma hizmeti (kurum, STÖ) • Toplum eğitimi (medya, Tv, gazete, okul eğitimi)
İkinci Vaka	• 35 yaşında bir erkek, paranoid şizofreni tanısı var • Şu an evsiz (bir dükkanda kalıyor) ve işsiz • Yurtdışında yaşamış, • 4 yıldır İstanbul'da • Filoloji mezunu • İnsanlara güvensizlik ve kaygısı nedeniyle çalışmıyor, • Ailesinin yanına gitmek istemiyor, kendi hayatını kurmak istiyor • Ailesi başka şehirde, maddi durumları iyi değil ruh sağlığı hastanesine 3 saat uzakta burası • Yurtdışından emeklilik hakkı elde etmeye çalışıyor	• Barınma • Kaymakamlık syv, İBB yardım sandığı, STÖ'ler • Tıbbi tedavi ve destek • Sağlık bakanlığı • Hukuki destek • Barolar ve İBB Özürlüler Müdürlüğü • Maddi destek ve iş olanağı • STÖler, meslek odaları, belediyeler, noterler, ticaret odaları • Psikolojik destek • Sosyal destek • Ulaşım kolaylığı	• Ato psikiyatri servisi (kişinin evden alınıp tedavi merkezine ulaşımı) • Aile destek birimleri • İl ve ilçe bazında ruh sağlığı masaları açılması (hukuki, barınma, sağlık desteği) • Kurumlar arası işbirliği • Muhtarların ve kaymakamlık görevlilerinin bilgilendirilmesi • Muhtarlık sisteminin bilgiye erişim kolaylığı açısından güçlendirilmesi • Evde bakım yasası • Toplum temelli ruh sağlığı merkezleri açılması • Hastanede tanı konduktan sonra ailelere sosyal destek sağlanması • Korumalı evlerin yaygınlaşması • Medya aracılığıyla ruhsal hastalıklar hakkında toplumu bilgilendirme

TOPLUM-TEMELLİ / İNSAN ODAKLI BİR HİZMET MODELİ ÖNERİSİ



YERELLEŞMİŞ BİR KURUMSAL YAPI ÖNERİSİ:

- Merkezi kurumlar yerelleşmeli, yerel unsur sadece belediyeler olmamalı.
- Belediye-yerel birim bünyesinde, sosyal çalışmacı ihtiyaçları saptamalı..
- Kaymakamlıklarda TC kimlik numarasına göre ihtiyaçların ve hizmet sağlayıcı kurumların kayıtlı olduğu bir veri tabanı oluşturulmalı. Muhtarlıklar ve diğer yerel birimler (belediyekaymakamlık vs) aracılığıyla yönlendirme yapılmalı.
- Sosyal hizmetler ve sağlıkla ilgili merkezi maddi kaynak, hizmeti verenlere (belediye, STÖ, devlet kurumu) eşit dağıtılmalı
- Özel sektör mutlaka kaynak yaratma ve hizmet sunmada sisteme dâhil edilmeli.
- Var olan kamu kurumları tek bir hizmet yerine esnek biçimde kullanılabilir (iş saati dışında bu gruplara hizmet verilebilir).

RUSİHAK'IN TÜRKİYE'DE TOPLUM-TEMELLİ HİZMETLERE GEÇİŞ SÜRECİ İLE İLGİLİ ÖNERİLERİ

Elinizdeki kitabın neredeyse her bölümünde, günlük yaşamda yaşanan sorunlar, ihtiyaçlar ve öneriler içiçe sunulmuş durumda. Burada Rusihak olarak kurum temelli bakım sisteminden toplum temelli bir ruh sağlığı ve sosyal hizmet sistemine geçişle ilgili temel önerilerimiz yer almakta.

Bu sistemik değişiklik bir süredir Türkiye'nin gündeminde. Sağlık Bakanlığı toplum-temelli psikiyatri modeli üzerinde çalışmakta ve tüm Türkiye'de toplum ruh sağlığı merkezleri açılması planlanmaktadır. Avrupa Birliği Katılım Ortaklığı Belgesi. Şubat 2008'de yapılan eklemeye orta vadeli öncelikler bölümünün 28. Maddesine ruh sağlığı hizmetlerinde toplum-temelli hizmetlere geçişin sağlanması ve gerekli finansal kaynağın ayrılması cümlesini eklenmiştir.

Engelli İnsanların Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi, 3 Aralık 2008'de TBMM'de onaylanmış ve 28 Ekim 2009 itibarıyla yürürlüğe girmiştir. Sözleşmenin, insan onuruna saygı, "engelli" kişileri toplumda içermek, bağımsız ve kendi iradelerine göre yaşama gibi temel ilkeleri toplum-temelli bir hizmet sistemini öngörmekte ya da zorunlu kılmaktadır.

Rusihak'ın 2008 sonunda yayınladığı "Akıl ve Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları Raporu", kapalı kurumlardaki koşullar üzerine odaklanmıştı. Ancak tüm taraflarla yapılan görüşmelerden ortaya çıkan sorunlar ve çözüm önerileri bölümü de raporun önemli bir çıktısı idi. Bu çalışma sırasında, 7 ilde yaptığımız yuvarlak masa toplantılarına katılan tüm resmi ve sivil tarafların, toplumsal boyutta yaşanan sorunlarda ve çözüm önerilerinde neredeyse ortak noktalara değinmesi ve sistemik sorunların öne çıkması, elinizdeki kitabın ve kaynağı olan projenin doğmasını sağlamıştır. Bu toplantılarda, sorunu bire bir yaşayan kişiler ya da yakınları da yüksek rütbeli yetkililerle aynı masada oturmuş, eşit söz hakkına sahip olmuştu. Bunun yarattığı etki ile her iki taraf da birbirini daha iyi anlamış ve ortak çözüm noktaları olabileceğini görmüştü. En önemlisi ise sorunları ve ihtiyaçları en iyi, sorunu yaşayanın bildiğinin ve onlara söz verilince kendilerini ifade edebildiklerinin görülmesiydi.

Rusihak, kurulduğu günden beri sorunu birebir yaşayan kişilerin yani ihtiyaç sahiplerinin hizmetlerin planlanması, uygulanması ve denetlenmesinde aktif katılımını öncelikli hedef ve öneri olarak dile getirmiştir. Bu hedefin ne kadar doğru olduğu on beş aylık bu proje sürecinde bir kez daha görülmüştür.

Hizmetlerin kalitesini ve sistemin dönüşümünü sağlayan şeyin; bina, eleman sayısı, maddi olanaklar gibi kaynaklardan çok, bakış açısı, soruna nereden, nasıl bakıldığı olduğu kendini göstermiştir.

Zaten toplum-temelli hizmetlerin ayırt edici özelliği, hizmetlerin ihtiyaç sahipleri merkez alınarak ve onların eşit katılımıyla sunulmasıdır. Farklı örneklerden de çıkarılabileceği gibi Avrupa'da son otuz yıldaki toplum-temelli hizmetlere geçişin itici gücü, sorunu birebir yaşayan kişiler ve onların temsilci-

Rusihak, kurulduğu günden beri sorunu birebir yaşayan kişilerin yani ihtiyaç sahiplerinin hizmetlerin planlanması, uygulanması ve denetlenmesinde aktif katılımını öncelikli hedef ve öneri olarak dile getirmiştir.

Oysa problem, kurumlara özgü değil, sistemin işleyişine bağlıdır, bu nedenle tüm kurumların daha entegre ve bütünlüklü bir çalışma yürütebilmesi için ortak bir vizyona sahip olması büyük önem taşımaktadır.

si olan örgütlerin mücadelesi olmuştur. Sosyal devlet anlayışına sahip devletler, sorun sahiplerinin sesini duymuş, hizmetler buna göre planlanmış ve her ülkede farklı sorunlar hâlâ yaşansa da sistemsel olarak daha eşitlikçi, ulaşılabilir bir toplum-temelli ruh sağlığı ve sosyal hizmetler düzeni kurulabilmiştir.

“Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı Olan Bireylerin Topluma Dahil Olması İçin Toplum-Temelli Bir Ruh Sağlığı Sistemi Modeli Yaratma” adlı projemizin bu anlamda somut katkısı “tecrübeyle uzman (expert by experience)” kavramının Türkiye’ye tanıtılması ve bilgi uzmanlarıyla beraber proje ekibinin parçası olmaları denebilir. Yani ruhsal ya da zihinsel sorun yaşayan bireyler ya da yakınları, bizzat (maddi kazanç da sağlayarak) dayanışma merkezlerinin ve projede gerçekleşen tüm toplantıların ve diğer etkinliklerin planlanması, uygulanması sürecine aktif olarak katılmışlardır. Ayrıca, değerlendirme çalışması ile de, hizmetlerin kalitesinde (bir nevi denetiminde) ağırlıklı fikir veren grup olmuşlardır.

Hem toplum-temelli hizmetlere geçilmesi hem de varolan hizmetlerin daha kaliteli ve etkin olması için temel önerimiz yine aynıdır: SORUNU BİZZAT YAŞAYANLARIN HİZMETLERİN PLANLANMASI, UYGULANMASI VE DENETLENMESİ SÜREÇLERİNE KATILIMI.

Ankara toplantılarımıza katılan üst düzey yöneticilerin çoğu ve toplantılarımıza geleme de makamlarında görüştüğümüz politika yapıcılar da, sivil toplum katılımı olarak bu vurguyu onaylamışlardır. Her kurum kendi içinde var olan problemlere karşı çözüm önerileri geliştirip uygulamaya çalışmaktadır. Bu süreçte birbirlerinden haberleri olmadan benzer çalışmalar yapan devlet kurumları vardır. Dolayısıyla çok değerli olan insan ve finans kaynağı boşa harcanmaktadır.

Oysa problem, kurumlara özgü değil, sistemin işleyişine bağlıdır, bu nedenle tüm kurumların daha entegre ve bütünlüklü bir çalışma yürütebilmesi için ortak bir vizyona sahip olması büyük önem taşımaktadır.

Bundan sonra kısa vadede atılabilecek en büyük ve önemli adım, hükümet nezdinde toplumtemelli bir ruh sağlığı ya da toplum temelli sosyal hizmet sistemi ile ilgili bir kurul oluşturulması, ilgili tüm resmi ve sivil temsilcilerin bu kurula davet edilmesi olacaktır. Nitekim 2010 (Mart)’daki Ankara toplantımıza katılan tüm kurumlar (Millî Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Şizofreni Dernekleri Federasyonu, Zihinsel Özürlüler Federasyonu) 2010 yılı içinde, bu tür bir toplantı organize etmeye karar vermiştir. Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Komisyonu Sağlık Politikaları temsilcileri de ellerinden gelen desteği sunacaklarını belirtmişlerdir. Konuyla yakından ilgili Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu ve Özürlüler İdaresi Başkanlığı’nın son anda toplantıya katılmamalarının eksikliği katılımcılarca vurgulanmıştır. Yapılacak toplantılarda, bu konuda ihtiyaç tespiti ve sistemin işleyişinin haritalama çalışması yapılarak stratejik bir çalışma yapılması, kısa, orta ve uzun vadeli eylem planları belirlenmesi gerekmektedir.

Türkiye’de yasal düzenlemelerdeki sorunlar, ruh sağlığı yasasının olmayışı problemin kaynağı olarak sık sık gündeme gelmektedir. Ruh sağlığı yasası için (rusihak dahil) farklı grupların henüz sonuçlanmamış çabaları da bulunmaktadır. Ancak bu proje sürecindeki deneyimlerimiz, ruh sağlığı yasası kadar toplum içinde sosyal bakım ya da sosyal hizmetler yasası gibi bir yasanın gerekliliğini de göstermiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2008’deki bir raporuna göre, rapora bilgi veren Avrupa’daki 42 ülkenin yarısı, yeni ruh sağlığı politikaları uyarladıklarını belirtmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, ayrıca, ruh sağlığı alanındaki yasal düzenlemelerde; sağlık hizmetlerine toplum içinde

erişimin, teşhis almış kişi ve yakınlarının yasal haklarının, yetkinlik ve kapasitelerinin geliştirilmesinin, vasilik ve istemsiz yatış meselesinin en uygun çözümünün içerilmesi gerektiğini de vurgulamaktadır.⁶⁰

Engelli İnsanların Haklarına Dair Birleşmiş Milletler Sözleşmesi de bu düzenlemeleri zorunlu kılacak gibi gözükmektedir. Avukat Nalan Erkem'in, Engelli Hakları Profesörü Arlene Kanter'in yazılarında da özellikle belirtildiği gibi, yasalarımızda ve toplumumuzda akli ehliyet meselesi yüzünden kendi adlarına karar verme yetileri yok sayılan zihinsel ve ruhsal rahatsızlığı olan kişilerin toplum içinde ve bağımsız yaşama hakkının hayata geçirilmesi yasal ve idari açıdan pek çok yeni düzenlemeyi gerekli kılmaktadır. Bu düzenlemeler, bu konuda yapılacak eylem planının bir parçası olmalıdır.

Üç yıllık deneyimlerimizde ve özellikle bu proje kapsamında Manisa ve İstanbul'daki çalışmalarımızda, aslında (politik fikir ayrılıkları değil de hizmet verme ön plana alındığında) tüm tarafların işbirliğine açık olduğunu, özellikle küçük şehirlerde hizmetlerin daha hızlı organize olabildiğini, yerel basının da katkısıyla hizmetlerin daha iyi duyurulabildiğini gördük. Bu nednele, hizmetler planlanırken, Türkiye'deki farklı coğrafi konumların, nüfusun ve yerel birimlerin özelliklerinin de dikkate alınması önemli olabilir.

Avrupa Komisyonu, Dünya Sağlık Örgütü gibi kurumların Ek 1'de bir örneği sunulan hükümetlere dönük yayınladığı pek çok öneri ve ilke raporları bulunmaktadır. Avrupa ülkelerinin çoğunun 20- 30 yıl içinde toplum-temelli hizmetlere geçmiş olması ve sistemin yeniden gözden geçirilmesi ülkemiz açısından büyük bir şanstır. Bir taraftan başka ülkelerde edinilen deneyimler, yol haritaları, eleştiri ve öneriler incelenmeli, diğer taraftan ülkemize özgü koşullar, tarihsel ve toplumsal süreçler irdelenmelidir. Akademisyenlerin bu konuda yapabileceği pek çok çalışma bulunmaktadır. Ancak var olan acil sorunların çözümü için bu akademik çalışmaların sonuçları beklenmemeli, sorunu bizzat yaşayanların tecrübelerini ve aktif katılımını merkeze alan bir yapılanma ile çalışmalara hemen başlanmalıdır.

Bir diğer önemli konu, sivil toplum katılımının nasıl sağlanacağıdır. Geçen yıl ziyaret ettiğimiz Slovenya ve İtalya'da benzer konumdaki derneklerin, Milli Piyango İdaresi'nin gelirini paylaşma, eğitim istihdam gibi alanlarda hizmet verdiklerinde eleman maaşı ve kira açısından finanse edilme gibi destekler aldıklarını öğrendiğimizde çok şaşırmıştık. Ülkemizde ise, kamu yararına çalışan pek çok dernek gibi akıl ve ruh sağlığı alanında ailelerin ve bazı duyarlı uzmanların katkısıyla kurulan şizofreni dernekleri, zihinsel engelli dernekleri ve tabii Rusihak gibi dernekler, maddi ve idari açıdan desteklenmek yerine ticari oluşumlanmış gibi konumlandırılmaktan dolayı pek çok maddi sıkıntı yaşamaktadır. Sivil katılımın ve örgütlenme özgürlüğünün önündeki bu engelin kaldırılması da hükümetin öncelikli alanlarından biri olmalıdır.

Toplum-temelli hizmetlere geçişi; bu konuda resmi, yerel, özel ve sivil tüm tarafların katkısını ve işbirliğini sağlamak sosyal devletin asli ve öncelikli yükümlülüklerindendir. Rusihak'ın bu projeyle ve kitapla sağlayacağı katkı, sorunları, ihtiyaçları ve çözüm önerilerini dile getirmek, bir model önerisi sunmak olacaktır. Akıl ve ruh sağlığı alanında kurum temelli bakım sisteminden toplum-temelli hizmetlere geçiş sürecinin başlamasında, yaşayanlar ve yaşanacaklar, bir öğrenme ve birlikte üretme süreci olarak değerlendirilir, buna uygun bir ilişki ortamı ve işbirliği yaratılabilirse, yakın bir tarihte ülkemizde

Toplum-temelli hizmetlere geçişi ve bu konuda resmi, yerel, özel ve sivil tüm tarafların işbirliğini sağlamak sosyal devletin asli ve öncelikli yükümlülüklerindendir.

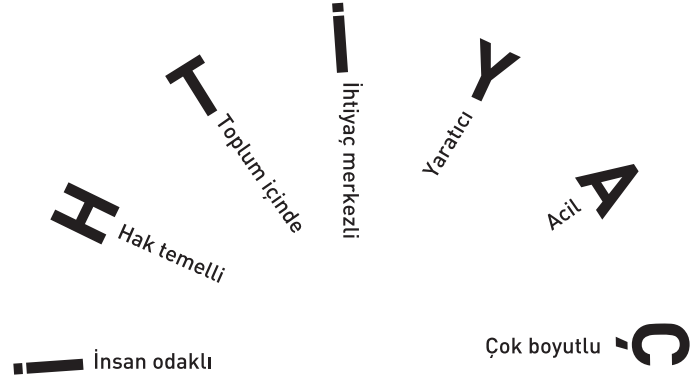
60 Policies and practices for mental health in Europe World Health Organization 2008

de akıl ve ruh sağlığı alanında sorun yaşıyan kişilerin insan onuruna yaraşıır bir şekilde topluma katılabileceklerini umuyoruz.

ÖNERİMİZ:

İHTİYAÇ MODELİNE UYGUN BİR HİZMET YAPILANMASI

- **İ**nsan odaklı (sorunu yaşıyanlar hizmet planlamasında, uygulamasında denetlemesinde yer alır)
- **H**ak temelli (yardım olarak değil zaten hakkı olan hizmetler sunulmalı)
- **T**oplum içinde (hayatın her alanına katılım)
- **İ**htiyaç merkezli (sorunu yaşıyanların ihtiyacının merkeze alınması)
- **Y**enilikçi/yaratıcı (her kişiye göre, kişinin yaşama sevincini artıracak hizmet verilmeli)
- **A**cil (on milyondan fazla insan her gün bu sorunları yaşıyor, kısa ve uzun dönemli yapılacaklar hemen planlanmalı ve uygulanmalı)
- **Ç**ok boyutlu (hizmeti alan ve sunan her kesimin katkısı ve birbirini tanıması önemli)



EKLER



EK 1. (HÜKÜMETLER İÇİN) KURUM BAKIMINDAN TOPLUM TEMELLİ HİZMETLERE GEÇİŞTE TEMEL İLKELER

Hizmeti alanlar-kullanıcılar (users) ve aileleri, aldıkları hizmetlerin geliştirilmesine, sunumuna ve değerlendirmesine katılmalı, bunu yapabilmek için gerekli desteği-danışmayı almalıdır. Kullanıcılara, uygun bilgiler anlayabilecekleri şekilde sunulmalıdır.

Hem Avrupa Birliği hem de Dünya Sağlık Örgütü toplum-temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş sürecini, her ülkenin kendi kaynaklarına göre belirlediği stratejilerle yürütmesini önermekte, bu süreçte dikkate alınması gereken temel ilkeler ise ortaklık göstermektedir.

İlk adım olarak, anahtar konumdaki kurumların belirlenmesi, sürece dâhil edilmesi ve sadece sağlıkla ilgili birimlerin değil, tüm hükümet birimlerinin katılımıyla politika üretilip uygulanması önerilmektedir. Bu süreçte ruh sağlığı hizmetini kullananların görüşlerinin alınması önemle vurgulanmaktadır. Toplum-temelli hizmetlere geçişte planlama, uygulama ve insan gücünün yetiştirilmesinin 20 ila 30 yıl sürebileceği belirtilmektedir⁶¹.

Aşağıdaki kutuda Avrupa Komisyonu'nun belirlediği geçiş sürecinde dikkate alınması gereken noktalar yer almaktadır:

Kurum bakımından toplum temelli hizmetlere geçişte 10 temel ilke

1- Hizmeti alanların haklarına saygı göstermek ve onları karar verme süreçlerine dâhil etmek: Hizmeti alanlar-kullanıcılar (users) ve aileleri, aldıkları hizmetlerin geliştirilmesine, sunumuna ve değerlendirmesine katılmalı, bunu yapabilmek için gerekli desteği-danışmayı almalıdır. Kullanıcılara, uygun bilgiler anlayabilecekleri şekilde sunulmalıdır. Gerektiğinde, kendi seçtikleri bir kişi ile karar verme sürecinde desteklenmelidir. Her bireyin özgün ihtiyaç ve istekleri dikkate alınmalıdır. Çocuklar konusuna tüm yerleştirmeler çocuğun yüksek yararı gözetilerek yapılmalıdır.

2- Kurumlaşmanın önlenmesi: Kurumlara yerleştirilmeye karşı ailelerin ve diğer bakım verenlerin desteklenmesi, toplulukların içermeci kapasitelerinin artırılmasına yönelik bütüncül politikaların olması gerekir.

3- Toplum temelli hizmetlerin yaratılması: Toplum içinde yüksek kalitede çeşitli hizmet seçenekleri oluşturulurken başlangıç noktası bireysel kullanıcıların ihtiyaçları ve tercihleri olmalıdır. Aile ve diğer bakıcılara destek sunmalıdır. Bu hizmetlerin amacı, kurum bakımına yeni geçişleri engellemek, var olan kurumlardaki kişileri yeni yerlere yerleştirilmelerini sağlamak ve toplum içinde yaşayan ama yeterince destek almayan kişilere fayda sağlamaktır.

4- Kurumların kapatılması: Bu süreç mümkünse pilot projelerle başlamalıdır. Planlama süreci, her bir kullanıcı için bireysel plan hazırlamayı, toplum içinde çalışmak isteyen personelin eğitim ihtiyaçlarını saptamayı içermelidir.

5- Var olan kurumlara yatırımların kısıtlanması: Bu geçiş süreci yıllar alabil-

⁶¹ Rachel Jenkins, et.al. 2001, *Developing a national mental health policy*, Psychology Press, London

diğinden, bu süreçte kurumda kalanların uygun koşullarda yaşaması için kurumlarda yenilikler gerekli olabilir. Bunlar çok gerekli konulara yatırım yapma ile sınırlanmalıdır.

6- İnsan kaynaklarının geliştirilmesi: Toplum temelli hizmetler için yeterli ve iyi eğitilmiş personelin disiplinler arası bir yaklaşımla, ortaklıklarla ve içermeci tutumlarla eğitilmesi gereklidir. Eski ve yeni personelin eğitimi sürecine kullanıcı grubun temsilcilerinin dâhil edilmesi önerilmektedir. Ailenin bakım veren fertleri için de bakımın kalitesini yükseltecek eğitim olanakları yaratılmalıdır.

7- Kaynakların etkili kullanımı: Var olan kurumlara yapılan yatırımlar, olabildiğince grup evleri, aile destek merkezleri gibi yeni hizmetlere kaydırılmalıdır. Var olan binalar da, uygun yerlerde ve koşullarda iseler, farklı amaçlarla kullanılabilir.

8- Kalite kontrolü: Kalite kontrol sistemleri kullanıcı tatmini odaklı olmalı ve hem geçiş sürecini hem de verilmesi istenen hizmetleri dikkate almalıdır. Kalitenin izlenmesi sürecine kullanıcıların, ailelerin, ve temsilci kurumların dahil edilmesi hayati önem taşımaktadır.

9- Bütüncül yaklaşım: Kurum bakımından toplum temelli bakıma geçişle ilgili konular, ilgili tüm politika alanlarında vurgulanmalıdır (istihdam, eğitim, sağlık, sosyal politika, vb). Bu tür bir yaklaşım, hükümetin farklı birimleri arasında politik tutarlılık ve koordinasyonu ve hizmetlerin sürekliliğini (çocukluktan yaşlılığa yaşam boyu) güvence altına almalıdır.

10- Sürekli bilinç artırma: Kilit konumdaki uzman kurumların bu temel değerleri benimsemesi hem kendi üyelerine hem de tüm topluma karşı savunması dönüşüm sürecinde çok önemlidir. Ayrıca uzman olmayan karar vericilerin ve fikir üretkenlerin de farkındalığı sürekli artırılmalıdır. Özellikle hizmetlerin verileceği yerel topluluklarda içermeci tutumların geliştirilmesine özel önem verilmelidir.

ÖNERİLER

Kurum bakımında reform konusu gündeme getirildiğinde Avrupa Birliği Temel Haklar Nizamnamesi'nin belirlediği haklar ve ilkeler gözetilmelidir. Ayrıca, aşağıda sıralanmış olan konuyla ilgili Uluslararası İnsan Hakları Sözleşmeleri'nden doğan yükümlükler dikkate alınmalıdır:

- Avrupa İnsan Hakları ve Temel Özgürlükler Sözleşmesi (ECHR),
- Avrupa İşkence ve Diğer Kötü Muamele , Aşağılayıcı Tedavi ve Cezalandırmaların Önlenmesi Sözleşmesi (CPT),
- Uluslararası Ekonomik, Sosyal, Kültürel Haklar Sözleşmesi, (ICESCR),
- Çocuk Hakları Sözleşmesi (CRC) ,
- Irk Ayrımcılığının Tüm Biçimlerinin Önlenmesi Sözleşmesi (ICERD) ve şu sıralar onaylanmakta olan
- (Birleşmiş Milletler) Engelli İnsanların Hakları Sözleşmesi (CRPD)

Özet çeviri: Fatma Zengin Dağıdır

'Psikiyatri servisi kullanıcıları' kavramı ile, temelde ilaç tedavisini yararlı olarak deneyimlemiş kişiler kastedilmektedir. 'Psikiyatri mağdurları' kavramı ise, ilaç tedavisini sağlıklarına tehdit olarak deneyimlemiş kişiler için kullanılmaktadır.

EK2. PSİKOTİK DENEYİMİ OLAN İNSANLARIN KENDİNE-YARDIM HAREKETİNİN POLİTİK BOYUTLARI

Peter Lehman, 2004

“Psikiyatriden hayatını kurtarma/psikiyatri mağdurları” bugün, ‘şizofreni’ ya da ‘psikoz’ gibi teşhislerin çoğunlukla depresif ve damgalayıcı etkisi olduğu, teşhisli kişilerin boyun eğmesi ve kronik vaka olarak hastaneye yatırılmalarıyla sonuçlandığı anlamına gelmektedir.

ÖZET

Bu yazıda Avrupa’da psikotik deneyimi olan insanların kendine-yardım hareketinin gelişimi ve bugünkü durumu sunulacaktır. Özellikle, bu hareketin, psikososyal kültürün, gereken desteği sağlayabilmek için nasıl değişmesi gerektiği üzerine taleplerine vurgu yapılacaktır. Ruh sağlığı hizmetlerinin kullanıcı ve mağdurlarının deneyim ve perspektifleri, sağlık alanında profesyonel olan bütün insanların, kariyer eğitimlerinde başlangıcından itibaren yer almalıdır.

Bu durum, profesyonellerin, hizmetlerin kullanıcı/mağdurlarının tanımı gereği kendi bakış açılarından farklı olan bakış açılarına daha aşına olmalarına yardımcı olacaktır. Profesyoneller, ruhsal sıkıntı yaşayan bireylerin karşı karşıya geldiği ayrımcılık ve istismarla mücadele etme, çeşitliliği destekleme, psikiyatri servisi (eski) kullanıcı ve mağdurlarının perspektiflerine değer verme, teşhis etiketinden çok bireyin bütünlüğünü görme, uzmanların halihazırda hastalarına yaklaşımlarındaki devasa mesafeyi azaltma sorumluluğunu öğrenmeli ve bunu almalarına izin verilmelidir. Avrupa’da Psikiyatri Servisi (eski) Kullanıcıları ve Mağdurları İletişim Ağı’nın Tarihi (ENUSP) ENUSP adı geçen ülkelerde ve Avrupa düzeyinde psikiyatri servisi kullanıcı ve mağdurlarının iletişim kurmaları, fikir alışverişinde bulunup görüş ve deneyimlerini paylaşmalarını sağlayarak birbirlerine destek olup dışlanma, adaletsizlik ve damgalanmaya karşı sosyal ve politik mücadelelerini örgütleyen bir girişimdir.

Burada ‘psikiyatri servisi kullanıcıları’ kavramı ile, temelde ilaç tedavisini yararlı olarak deneyimlemiş kişiler kastedilmektedir. ‘Psikiyatri mağdurları’ (survivors of psychiatry)⁶² kavramı ise, ilaç tedavisini sağlıklarına tehdit olarak deneyimlemiş kişiler için kullanılmaktadır.

Bu tanımlamalar genellikle yanlış anlaşılmaktadır: “Psikiyatriden hayatını kurtarmak” (to survive psychiatry), elbette psikiyatristlerin insanları maksatlı olarak öldürmeye çalıştığı şeklinde suçlanması anlamına gelmez. Kuşkusuz, geçmişte, çok da uzak olmayan bir tarihte, Nazi Almanyası’nda psikiyatristler herhangi bir sınırlandırılma olmadan davranma olanakları olduğunda, yüz binlerce kişiyi öldürdü. “Psikiyatriden hayatını kurtarma/psikiyatri mağdurları” bugün, ‘şizofreni’ ya da ‘psikoz’ gibi teşhislerin çoğunlukla depresif ve damgalayıcı etkisi olduğu, teşhisli kişilerin boyun eğmesi ve kronik vaka olarak hastaneye yatırılmalarıyla sonuçlandığı anlamına gelmektedir. Ve de ‘nöroleptik malignant sendromu’, ‘tardive dyskinesia’, ‘distonik’ ya da epileptik ataklar gibi ilaç yan etkilerinin gerçekten sağlık ve hayat için tehlike arz ettiği, dolayısıyla kurtulmak zorunda olunan bir durum olduğu anlamına gelmektedir.

Bizim iletişim-ağımızda insanlar rahatsızlıklarına göre psikotik, şizofren, depresif vs olarak ayrılmemektedir. Psikiyatrik tanımlamaların bilimsel olduğuna ikna olmamış, psikiyatrik sistemin daha ziyade bir inanç-sistemi olduğunu düşünen insanlar bulunmaktadır.

62 (survivors of psychiatry) kavramında ‘survivor’ ‘hayatta kalan’ anlamına gelmektedir, ancak Türkçe karşılığı olarak ‘mağdur’ kullanılmıştır. çn.)

İletişim-ağının tarihi 1990'da, Hollanda'da başlayan girişimin, diğer Avrupa ülkelerindeki (eski) psikiyatri hastalarının oluşturduğu birliklerle bağlantıya geçmesine kadar uzanır. Geçmişte iletişim-ağı Avrupa'da beş konferans düzenlemiştir. Bu yıl, Vejle Danimarka'da Psikiyatri Servisi Kullanıcı ve Mağdurları Dünya Ağı (WNUSP) ile bir konferans organizasyonu yapılmış, bu çalışmaya Yunanistan dahil 50 ülkeden, 200 delege katılmıştır. Bu çalışmaya ilişkin rapor internet ortamından okunabilir.

(www.enusp.org/congresses/vejle/index.htm.)

AMAÇ VE HEDEFLER

Avrupa İletişim-ağı her tür tek yönlü yaklaşıma, zihinsel ve duygusal bunalım, çılgınlık, acıkeken- insan-davranışı ve geleneksel olmayan davranışların damgalanmasına karşıdır. İletişim-ağı psikiyatri servisi kullanıcı ve mağdurlarının otonomisini, kendi kararlarını alma ve kendi kaderlerini belirleme haklarını savunmalıdır. Bu prensibi yerine getirebilmek için aşağıdaki alanlara öncelik tanınması gerekmektedir:

- Toplumda her tür ayrımcılığa karşı durur (sağlık sisteminin içinde ve dışında), psikiyatri sistemine tabi bütün insanların haklarını savunur
- Psikiyatri servisi kullanıcı ve mağdurlarının Avrupa çapında grup gelişimlerine destek verir (bu türde örgütlenmeleri olmayan ülkelere özel vurgu yapılır).
- Mevcut psikiyatri sistemine alternatif oluşturarak bu yönde yapılan çalışmalara destek verir ve mevcut sistemin bilgilerini toplayarak paylaşır.
- Psikiyatride mevcut tedavileri etkileyerek değiştirmeye çalışır.

Burada İletişim-ağı Avrupa Komisyonu ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ile fikir birliği içindedir. En azından kağıt üstünde "gelişmekte olan yeni yaklaşımlar, ruhsal sorunlar yaşayanlar, bu sorunlarla ilgilenen profesyoneller, sivil toplum kuruluşları ile birlikte, ilgili bütün tarafları içine alan kapsamlı çalışmalar psikiyatri alanında merkezi öneme sahip prensipler amaç ve stratejiler olarak benimsenmelidir" denilmiştir. Bu karar Uzlaşma Konferansı'nda, "Dengeleyici ruh sağlığı teşviki ve ruh sağlığı bakımı: WHO / Avrupa Komisyonu buluşması" ortak çalışmasında açıklanmıştır, Brüksel, 1999 (Nisan). (www.enusp.org/documents/consensus.htm). Diğer anahtar prensipler, ki bunlar da son derece önemlidir: geliştirmekte olan yaftalamayı-önleyici, kendine-yardım yaklaşımları, seçme özgürlüğü sunan, insan haklarına dayanan ruh sağlığı yönetmelikleri, gibi. Gerçeklikte ise, psikiyatri servisi kullanıcı ve mağdurları temel çıkar alanı olan karar verme süreçlerine dahil edilmekten çok uzaktadırlar. Ana akım psikiyatri tedavilerine gelince: ne ilaç lisanslanması ve bunların izlenmesi ne de bireysel karar verme düzeyinde karar verme süreçlerinde dâhil edilme hiçbir şekilde gerçekleşmemektedir. Anlamlı bir katılımın temeli olan bütüncül ve anlaşılır bilgi paylaşımı söz konusu değildir.. Psikiyatrik ilaçlar genellikle, zorbalık ve tehdit ya da şiddete dayalı yöntemlerle kabul ettirilmektedir."Psikiyatrik hasta" denilen insanlar sadece iki şekilde değerlendirilmektedir: tedavi-nesneleri ve hasta genler ve hasarlı transmitterlerle dolu, kafanın içinde kimyasal bir laboratuvar gibi çalışan bir beyinle kontrolden çıkmış mekanik bir aparat gibi zihni ve bedeni düzenleyen bir kutu. Halihazırda psikiyatrik servis kullanıcılarının sisteme dâhil edilmeleri, sadece ağzılarının açılıp içlerine ilaç tıklılması şeklinde gerçekleşmektedir.

ENUSP POLİTİKASI

"Güçlendirme" psikiyatri servislerinin kullanıcı ve mağdurlarının merkezi ilgi alanını en iyi ifade eden anahtar kelimedir. "Güçlendirme" kavramı ABD'den

Psikiyatri servislerinin kullanıcı ve mağdurları, kendi hayatlarının yetkisini yeniden kazanmalı, bilgiye ve paraya erişmeli ve kendi adlarına konuşabilmelidir.

Taciz ve ayrımcılığı azaltmak veya ortadan kaldırmak için, iyi örnekler veya bakımla ilgili standartlar ve tedavide eşitlikle ilgili yasalar açıkça formüle edilmeli ve temyiz kurullarıyla bağlantılandırılmalıdır.

gelen özel bir terimdir ve “kendini-yetkilendirme” olarak anlaşılabilir. Psikiyatri servislerinin kullanıcı ve mağdurları, kendi hayatlarının yetkisini yeniden kazanmalı, bilgiye ve paraya erişmeli ve kendi adlarına konuşabilmelidir. Güçlendirme kavramı, ruhsal sorunların önlenmesi ve ruh sağlığı teşvikinin de temelinde bulunur.

Birçoğumuz geleneksel anlamda “ruhsal hastalık” kavramına ve sentetik psikotik ilaçların özellikle uzun-dönem günlük (bazen hayat boyu) kullanım için reçetelendirilmesine karşı çıkmaktayız. Ancak bu yüzden birçok insanın yaşamakta olduğu sorunları inkâr edip problemlere gözlerimizi kapatıyor değiliz. Ben kişisel olarak, psikiyatri sisteminin teşhis sistemini zorunlu olarak içerdiğine inanmayanlardanım. Benim görüşüm WNUSP başkanı Karl Bach Jensen’le de paylaştığım üzere, insanların çıldırdıkları, akıl sağlıklarını koruyamadıkları dönemlerde bir yere kapatılmamaları ya da yalnız bırakılmamaları gerektiği yönünde. Gerekli alternatif ruh sağlığı hizmetlerinin temel bir özelliği, insanların, karşılıklı öğrenme süreçleri, akran desteği, savunuculuk, alternatif tıp, uygun beslenme, doğal iyileşme, ruhani pratikler vb yoluyla kendi problemleriyle baş etmelerine yardımcı olmak olabilir.

AYRIMCILIK KARŞITI AKTİVİTELER

Geçmişte, iletişim-ağı bazı ayrımcılık karşıtı Avrupa programlarına katıldı ve psikiyatri servisi kullanıcıları ve mağdurlarının, sıkça kullanılan adıyla psikososyal engeli olan insanların durumuyla ilgili ilerlemeler için önerilerde bulundu. “Eylem projesi: Psiko-sosyal engellilerin sağlık kurumlarında maruz kaldığı taciz ve ayrımcılık” adlı son program, 2001-2006 yılları arasında EC’nin Kolektif Harekât Programı kapsamında ayrımcılıkla savaşmak için düzenlenmişti. Programın birincil hedefi, ruhsal sağlık sorunları olan kişilerin sağlık kurumlarında karşılaştığı ayrımcılıkla ilgili farkındalığı artırmak ve bununla mücadele etmek için stratejiler üretmekti. (www.enusp.org/documents/harassment/recommendations.htm).

Ulusal ortakların ve iletişim ağımızın fikirleri üzerine yapılandırılmış olan öneriler, ilk sene boyunca psikiyatrik tedavi görenler, tedavisi bitmiş kişiler ve sağlık uzmanlarıyla yapılan odak grup çalışmalarının sonuçlarından ilham almıştır. Araştırmalar, ruhsal sorunları olan kişilerin, onların yakınlarının ve bakıcılarının her gün hayatın değişik alanlarında tacize ve ayrımcılığa maruz kaldığını gösteriyor. Bu da sorunu yaşayanların, iyileşme ve topluma entegre olma imkânını azaltıyor.

Dolayısıyla, olası önlemleri özetlemeden önce, psikiyatri hastalarının ve tedavisi bitmiş kişilerin bu önlemlerin formülasyonu ve uygulamasına katılımının önemini vurgulamak gerekir. Taciz ve ayrımcılığı ele alırken, bu kişilerin ayrımcılığa karşı yürütülen mücadelenin farklı aşamalarında katılımlarının başlangıç noktası olması önerilmiştir. Sağlayabilecekleri bilgi ve deneyim eşsiz ve muazzam değerdedir. Bu yüzden, taciz ve ayrımcılığa yönelik önlemlerin, profesyonel ve uzman denen kişiler kadar bu durumdan mağdur olanlar ile birlikte özenle hazırlanması gerekmektedir.

2003 Avrupa Engelliler Yılı’nın parolası olan “Biz Olmadan Bizim İçin Hiçbir Şey (olmaz)” pratiğe dökülmelidir.

Proje katılımcıları, toplumun ve özellikle de ruh sağlığı alanında çalışanların tutum ve davranışlarını değiştirecek stratejilerin geliştirilmesini önerdiler. Taciz ve ayrımcılığı azaltmak veya ortadan kaldırmak için, iyi örnekler veya bakımla ilgili standartlar ve tedavide eşitlikle ilgili yasalar açıkça formüle edilmeli ve temyiz kurullarıyla bağlantılandırılmalıdır.

Yeterli fon, örgütsel bağlantı ve yasa yapıcıların desteği bu önerilerin gerçekleştirilmesi için bir ön koşul olarak görülmüştür:

PSİKIYATRİK SERVİSİ KULLANICI VE MAĞDURLARI HAREKETİNİN TEŞVİKİ

Eğitilmiş psikiyatri servisi kullanıcı ve mağdurlarının etkin katılımı, araştırma projelerinin ve kalite standartlarının uygulama ve geliştirilmesi için esastır.

Fon ve desteğin:

- Psikiyatrik tedavi görmüş ve görmekte olan kişilerin kendilerini ayrımcılıktan korumaları, her seviyede görev üstlenebilmeleri ve taciz ve ayrımcılığa karşı mücadele programlarında eğitimci olabilmeleri için bedava eğitim programları
- Bu kişilerin kriz ve danışmanlık merkezlerinde, halkla ilişkilerde, araştırma projelerinde, iletişim ağında ve uluslararası ilişkilerde etkin şekilde temsili
- Akran koçluğu, yardım merkezleri ve toplantı yerleri gibi insiyatiflerin desteklenmesi

SOSYAL HİZMET VE SAĞLIK UZMANLARININ DUYARLILAŞTIRILMASI VE EĞİTİMİ

Sağlık alanında yaşanan ayrımcılık ve tacizler, sadece sosyal ve sağlık uzmanlarının, ruh sağlığı sorunu olanlar ile yakınlarının iyileşmesindeki direkt rollerinden dolayı değil, birçok durumda bu ayrımcılık fark edilmeden ve itiraz edilmeden geçildiği için de özellikle önemlidir.

Ruh sağlığı hizmeti kullanıcı/mağdur-deneyimi ve bakış açısı, sağlık çalışanlarının, mesleki kariyerlerinin en başından itibaren eğitimin her kademesinde temsil edilmelidir. Bu, uzmanların kullanıcı/mağdur bakış açısına daha aşina olmalarına yardım edecektir.

AYRIMCILIK YÖNETMELİKLERİ VE TEMYİZ KURULLARI

Eşitlik ve tedavi üzerine yasalar benimsenmeli ve bu yasaların uygulanabilmesi için fonlar sağlanmalıdır.

- Örneğin gelişmiş talimat (advance directives⁶³)'ın yasal koruma altına alınması ya da intihar sicili'nin başlatılması
- Kurumlar düzeyinde yaptırım gücüne sahip, bu güce dayanarak karar alma mekanizmalarını etkileyebilecek temyiz kurulları olmalıdır

Kontrolün kullanıcı ve mağdurlarca yapılması tercih edilir.. İhtiyaç halinde profesyonel yardım alabilme ve bu yardım için finansal kaynakların olması da buna dahil olmalıdır..

Mevcut durum: Avrupa Komisyonu'nun 2004 yılında, ENUSP'nin ayrımcılık karşıtı programlar için fon başvurusunu reddetme politikasına devam ettiğini söylemek durumunda olduğum için gerçekten üzgünüm. ENUSP çok az maddi imkânı olan bir organizasyondur yani yeteri kadar zengin olmadığı için desteklenmemektedir. "Ayrımcılık Karşıtı Program" için fon sağlanmamıştır. Ancak şu anda profesyonellere ait bir organizasyon, sadece organizasyon desteği için fon alabilmektedir. Oysa bu para sadece psikososyal engellilerin

63 Hastalık ya da yetersizlik nedeniyle kişinin karar alamama durumu oluşursa, kendi sağlığı için ne tür müdahaleler yapılması gerektiği ile ilgili önceden belirlediği talimat (ç.n). http://en.wikipedia.org/wiki/Advance_health_care_directive

Bireylerin başlangıç noktası kendi yaşamıyla ilgili sorumluluk almak iken, bunun sonucu kendine yardım kaynaklarını harekete geçirmek olmuyorsa, hele ki bir psikiyatrik krizden veya ilacı bıraktıktan sonra, ruh sağlığı sistemindeki profesyonel destek nasıl etkili olabilir ki?

İlk bakışta bu teklif pahalı ve bazı çatışmalara gebe görülebilir. Ancak modern psikososyal sistemin temeli sadece kendine-yardıma ve güçlenmeye yardım etmek olabilir.

kendi organizasyonları için ya da karar mekanizmalarında katılımcı olabilmeleri için kullanılmak için öngörülmüştür.

Kendine-Yardım, Kendine-Yardıma-Yardım ve Kendine-Yardıma Tesviki psikiyatri servislerinin kullanıcı ve mağdurlarının temel menfaat alanıdır. Bizim kendine yardım kaynaklarımız artırmadıkça; iyileşme, tedavi, kişisel gelişim, hastalıkların önlenmesi gibi konuların hiçbirinde asla ve katiyen bir gelişme yaşanmayacaktır. Bu mesaj, tüm dünyada örgütlü psikiyatri servisi kullanıcı ve mağdurlarından gelmektedir. Kendine-yardım, 'ruhsal rahatsızlıkların sözde semptomlarına karşı kendi-kaderini-belirleme düşüncesinin temelidir. Bu, profesyonel destekle çelişen bir şey değildir; sadece madalyonun diğer yüzüdür. Bireylerin başlangıç noktası kendi yaşamıyla ilgili sorumluluk almak iken, bunun sonucu kendine yardım kaynaklarını harekete geçirmek olmuyorsa, hele ki bir psikiyatrik krizden veya ilacı bıraktıktan sonra, ruh sağlığı sistemindeki profesyonel destek nasıl etkili olabilir ki?

Psikiyatrik servis kullanıcılarının yarıya yakını, tıpkı psikiyatrik teşhisi olmayan kişiler gibi reçeteli ilaç kullanımını bırakmaya ya da azaltmaya karar vermektedir. Çünkü, genellikle profesyoneller ilaçları bırakma ihtimalinden bahsetmezler. Ben burada bu önemli konu hakkında konuşma şansımı değerlendirmek istiyorum.

"Psikiyatrik İlaçları Bırakma" kitabının yazarı, Almanya'dan Gerda Wozart⁶⁴ 'psikiyatrik hasta' olarak adlandırılan diğer kişileri cesaretlendirir: "Sorumlu bir şekilde yaşamak için kendi başımızayız. Sadece diğer insanlar tarafından yargılanmıyoruz; susturulmuyoruz. Karanlık dönemlerde düşünmüş olabileceğimizden daha fazla gücümüz var (kendine yardım gücümüz de buna dâhil). " "Psikiyatrik ilaçların bırakılması" konusunun yazarları bu durumu kendi (ortak) sorumluluklarının, sorun yüklü geçmişlerinin ve geleceklerinin sorumluluğunun farkına varmanın kökensel koşulu olarak görüyorlar: Almanya'dan Carola Block özeleştirir yaparak şunları söylemekte: "Bugün için biliyorum ki kriz evrelerimde kısmi olarak ben de suçluydum, çünkü yanlış davrandım ve hiç de melek değildim. Çoğunlukla sorunlarımı yanlış yöntemlerle çözmeye çalıştım. Fazlasıyla ağırdı ve yeteri kadar hayat tecrübesi edinemedim." Böyle bir iç-görü için kendine-yardım organizasyonundan daha faydalı bir yer olabilir mi?

Kendine-yardım grupları, kişisel problemlerin istilacı-olmayan bireyler-arası aktarım kanallarını açık tutmayı sağladıkça, hem karşılıklı yardım ve tavsiye için hem de psikiyatrik ilaçların ve tedaviyi bırakanların verebileceği olası zararlar hakkında bilginin yayılması için bir alan yaratır.

Yugoslavya'dan Nada Roth'un raporladığı gibi: "En önemli şey, karşılaştırılabilir deneyimlere ve dünyaya karşı benzer tavırlara sahip psikiyatri servisi kullanıcıları ve mağdurlarıyla yapılan sohbetlerdir."

İngiltere'den Una Parker, psikiyatrik ilaç kullanımı, elektroşok tedavisi ve "beraber-danışmanlık" (co-counseling) hizmetine ilişkin değerlendirmesinde "benim için düzenli beraber-danışmanlık hizmeti almanın büyük faydası oldu; psikiyatrik tedavileri bırakmamın dışında, hayatımda da daha verimli olmaya başladım" demektedir.

SONUÇ

Psikiyatri servisi kullanıcı ve mağdurlarının katılımlarını desteklemek ve onların kendine-yardımorganizasyonları yaratma çabalarına destek olmak çoğunlukla, ancak finansal önlemlerle paralel gitmek durumundadır, ki çoğu zaman işe ya-

64 (daha fazla bilgi için bkz: www.peter-lehmann-publishing.com/withdraw.htm)

rayan tek önlem budur. Kendine-yardım, psikiyatri servisi kullanıcı ve mağdurları için, kişisel gelişim, iyileşme ve politik katılımın temelidir.

Dolayısıyla, psikiyatri kurumlarına, organizasyonlara ve kongrelere yapılan finansal katkılar, ancak psikiyatri servisi kullanıcı ve mağdurlarının anlamlı derecede katılımı şartına bağlı olarak gerçekleştirilmelidir. Kendine-yardıma ve doğrudan temsillerine ayrılacak bir finansal destek yüzdesi her zaman olmalıdır.

İlk bakışta bu teklif pahalı ve bazı çatışmalara gebe görülebilir. Ancak modern psikososyal sistemin temeli sadece kendine-yardıma ve güçlenmeye yardım etmek olabilir. Bu temel üzerinde, uygun destek geliştirilebilir -ki bu, duygusal sorunlar yaşayan insanların gerçek ihtiyaçlarını hedef alan bir psikolojik destek olacaktır-. (Yani) demokratik bir ruh sağlığı sistemine sahip demokratik bir topluma (yardım). Böyle demokratik bir sistemde psikiyatri servisi kullanıcı ve mağdurlarının bakış açısı, görüş ve deneyim zenginliği değer görmelidir; bu insanların kendileri, karar verme süreçlerinden eğitime, ruh sağlığı sistemine entegre edilmelidirler. Orta ve uzun vadede, bu kişilerin kendine-yardım kaynaklarının çoğaltılarak güçlendirilmesi, toplum için büyük para tasarrufu sağlayacaktır ve işinizi daha işlevsel ve anlamlı olarak yapmanızı sağlayacaktır.

Psikiyatri servisi ve bakım kurumlarındaki kullanıcı ve mağdurların topluma tam katılımı, vazgeçilmez bir unsurdur. Psikiyatrik sorunları olan kişiler ve yakınları, sadece bu temel üzerinde, vatandaş olarak tüm haklarıyla birlikte hak ettikleri statünün tadını çıkarabilir..

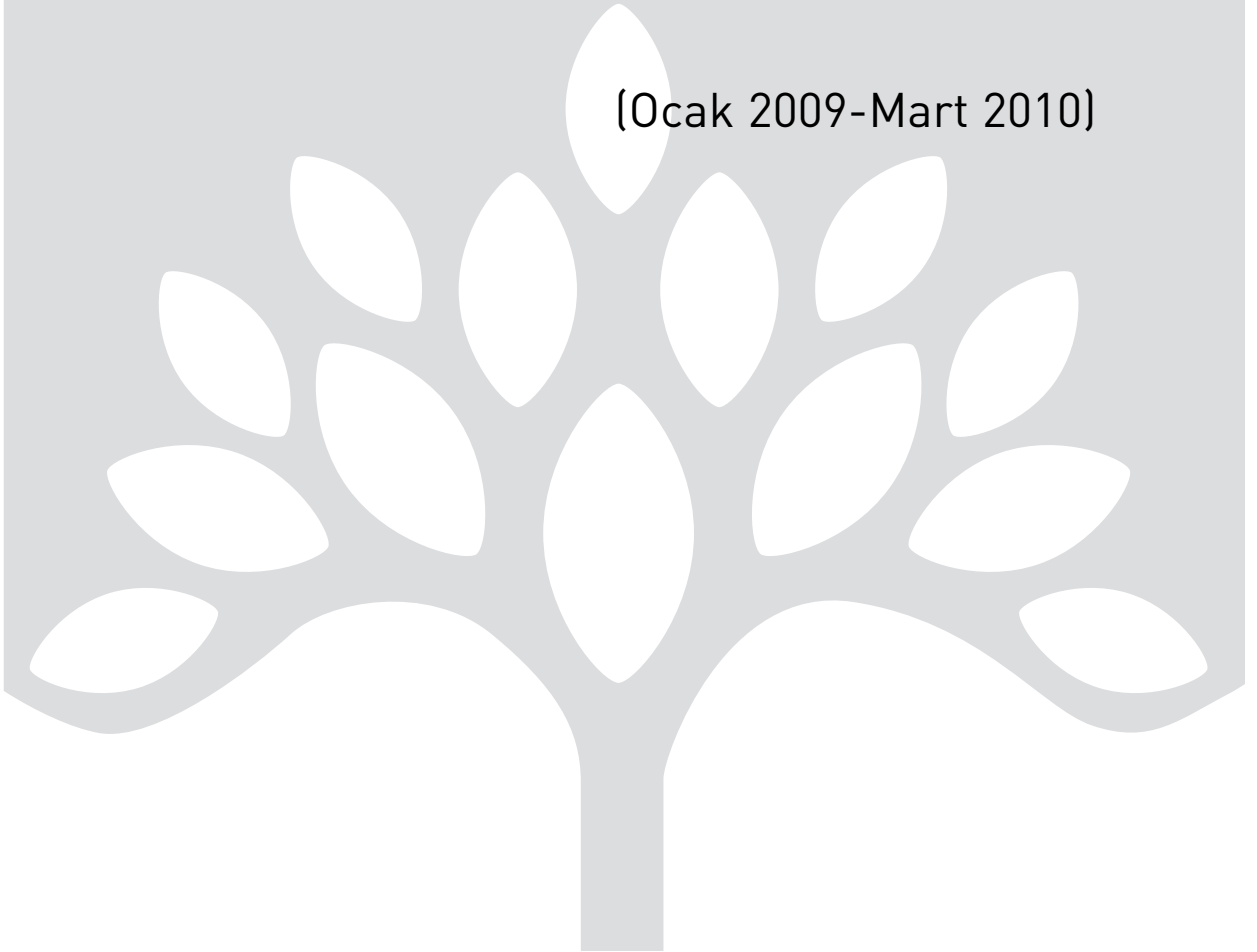
Copyright by Peter Lehmann 2004

Çeviri: C. Feyzioğlu, Senem Çopur

ALBÜM

“Zihinsel ve Ruhsal Rahatsızlığı Olan Bireylerin Topluma Dâhil Olması İçin Toplumtemelli Bir Ruh Sağlığı Sistemi Modeli Yaratma” Projesi

(Ocak 2009-Mart 2010)



ETKİNLİKLERİMİZDEN



İstanbul Tanıtım Toplantısı Mayıs 2009



Manisa Tanıtım Toplantısı Mayıs 2009



Manisa Derneklerle Toplantı 2009



Yeditepe Üniversitesi Tanıtım Nisan 2010



Manisa Harm Luth Semineri Ekim 2009



Ankara Tanıtım Toplantısı Haziran 2009



İstanbul Atölye Çalışması Şubat 2010

BASINDA PROJEMİZLE İLGİLİ HABERLERDEN

SAYFA - 8

9 Eylül 2009 - Çarşamba

Güneş

Yeniğün

RUSİHAK'tan yüzde 100 başarı

Türkiye'de sadece İstanbul ve Manisa'da 1 yılına başlatılan ara danışmanlık üzerine kurulu proje, yaşanan ekonomik kriz nedeniyle verilen kotayı aştı ve devamlılık için önemli bir adım attı.



Ege Bölgesinden işini, eşini kaybeden, ÖSS'yi kazanan, kazanamayan herkesin kapısını açtığı RUSİHAK (Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği) kendisine müracaat eden tüm müracaatçıların sorunlarına çözüm getirdi.

Deneme amaçlı kurulan dernek, başta ekonomik kriz sayesinde 5 ayda yüzde 100 başarı sağladı. Manisalı Uzman Büro Sorumlusu Dilek Aksangör ara danışmanlık hizmeti olarak faaliyette olan derneğin yüzde

100 başarıya ulaştığını ve 150 müracaatçının tümünün sorununu çözüme kavuşturduğunu söyledi. İçinde görüşme odası, boş zamanları değerlendirmek için yapılan özel oda, çalışma odası gibi özel bölümlerin bulunduğu ve tedaviden çok ara danışmanlık hizmeti veren dernek tamamen ücretsiz olarak faaliyet veriyor.

Amacı, 'Zihinsel veya ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin topluma dahil olması için, toplum temelli bir sağlık modeli yaratma', 'Var olan haklar ve hizmetler ile ilgili bilgilendirme', 'Hizmet alırken yaşanan sorunların giderilmesi', 'Çözüm arayışlarına destek olmak', 'İlgili kurumlara yönlendirme yapmak' ve 'Ruh sağlığı alanında yaşanan sıkıntıları gün yüzüne çıkarmak' olan RUSİHAK tanı almış olmasına rağmen hastalığını anlayamamış, hastanede beklediği ilgiyi görememiş olan 150 hastanın derdine çare oldu. Manisalı Uzman Büro Sorumlusu Dilek Aksangör RUSİHAK'a yapılan müracaatlarda ara danışmanlık ve yönlendirmeler ile bürünün işlevini eksiksiz yerine getirdiğini ve beklenenden fazla ilgi gördüğünü ifade etti.

5 ayda yüzde 100 başarı

Avrupa Birliği destekli olarak Türkiye'nin iki büyük Akil ve Ruh Sağlığı Hastanesi'nin bulunduğu İstanbul ve Manisa'da (Bakırköy ve Manisa Ruh Sağlığı Hastanesi) 1 yıl deneme amaçlı faaliyette geçen RUSİHAK'ın sorunu bizzat yaşayan kişiler, sosyal hizmet uzmanı ve psikologlar ile bireyin içinde bulunduğu durumdan daha rahat

siyirılmasına yardımcı olduğunu belirten Aksangör, "RUSİHAK'ın ilgi ve çalışma alanına giren konularda derneğimize müracaat edenlerin hastane ve diğer sorunlarını çözmede ara hizmet danışma merkezi olarak çalışıyoruz. Proje ilk başladığında bize verilen kotanın aşılması halinde projenin uzatılacağı ifade edilmişti. Derneğimiz 5 ayda yüzde 100 başarı sağladı" dedi.

Ruhsal sorunları olanlara yardım eli

Özellikle yaşanan ekonomik kriz sayesinde işini, eşini kaybedenler başta olmak üzere, ÖSS sınavı öncesinde sınav stresi giderme, sınav sonrası tercih endişesi, Ruh Sağlığı Hastanesinde tanı konmasına rağmen hastalığını anlayamamış bireylerin derdine çare olmadıkça derneğin çok faal olduğunun altını çizen Aksangör, "İşini kaybedenlere derneğimiz uzman psikologlar eşliğinde yardımcı oluyor. Tamamen ücretsiz olarak yapılan çalışmada birey iş ve işçi bulma kurumuna yönlendiriliyor ve ara danışmanlık hizmeti yerine getiriliyor. Bunun yanı sıra ruhsal bozukluk yaşayan bireyler ile görüşme odalarında bire bir görüşüp derdine çare oluyoruz. Ayrıca bu tür bozuklukları yaşayanlar için de çalışma masaları ile boş zamanlarını geçirme için özel odalarımız var. Haftanın 4 günü tam gün olarak randevulu çalışan derneğimize yapılan ilgi bizi de şaşırttı. Derneğimizin tanıtımının tam anlamıyla yapılması halinde faaliyetlerimizin büyüyeceğini düşünüyoruz" diye konuştu.

RUSİHAK nedir?

Ruh Sağlığında İnsan Hakları Girişimi Derneği (RUSİHAK): Avrupa Birliği Demokrasi ve İnsan Hakları için Avrupa aracı Programı ve İsveç Uluslararası İşbirliği Geliştirme Ajansı (SIDA) tarafından desteklenerek, Türkiye'de sadece İstanbul Beyoğlu ile Manisa Merkezde 1 yıl süreli deneme amaçlı kurulan, ruhsal veya zihinsel sorunları yaşayan bireylerin insan onuruna yarayıcı şekilde yaşaması için mücadele veriyor.

(Haber Merkezi)

PROJE EKİBİ

İSTANBUL MANİSA

Fatma Zengin Dağıdır Proje Koordinatörü
Gölsun Kanat Dinç Sosyal Çalışmacı,
Evrem Tilki Klinik Psikolog

Av. Nalan Erkem İl Koordinatörü,
Örün Perçin Sosyal Çalışmacı,
İrem Umuroğlu Psikolog,

Tecrübeyle uzmanlar:

Bahadır Çembersaran,
Murat Seyhun,
Suna Kacar,
Yalçın Kemal Genç

Tecrübeyle Uzmanlar:

Belkıs Avcu,
Dilek Aksangör,
Gölsüm İşlek,
Savaş Türkseven

PROJE DANIŞMA KURULU

Dr, Ayla Yazıcı,
Dr. Aylin Çiftçi,
Doç. Dr. İdil Işıl Gül,
Mesut Demirdoğan,
Yard. Doç. Dr.Nevin Eracar,
Şehnaz Layıkel