



Review Article / Derleme

Community Integration and Social Rights in Mental Health Area

Ruh Sağlığı Alanında Toplumsal Entegrasyon ve Sosyal Haklar

Hüsnünur Aslantürk*¹

ABSTRACT

Community integration is accepted as one of the important purpose of community-based mental health services in the mental health area. To ensure social integration, the only hospital-based services from the application of the new model is not a goal that can be achieved with the transition to community-based services. To be integrated into community of individuals with mental illness, health, education, employment, social security and social aids, there is a need for support in areas such as social assistance. That need only can be transferred by the application with the rights recognized in these areas. At this point, the use of social rights takes place in a central location. In this study, with emphasis on the concept of community integration, social rights granted to individuals with mental illness will be examined in our country in the light of this conceptual framework and using data on the use of these rights, it will try to uncover the effects of community integration.

Key words: Community integration, mental health, social rights.

ÖZET

Toplumsal entegrasyon, ruh sağlığı alanında toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin en önemli amaçlarından birisi olarak kabul edilmektedir. Toplumsal entegrasyonun sağlanması, sadece hastane temelli verilen hizmetlerden yeni modellerin uygulandığı toplum temelli hizmetlere geçiş ile ulaşılabilecek bir hedef değildir. Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin topluma entegre olmaları için sağlık, eğitim, istihdam, sosyal güvenlik, sosyal yardımlar gibi alanlarda desteklenmelerine ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ihtiyaç, ancak bu alanlarda tanınan haklarla uygulamaya aktarılabilir. Bu noktada sosyal hakların kullanımı merkezi bir konumda yer alır. Bu çalışmada toplumsal entegrasyon kavramı üzerinde durularak, bu kavramsal çerçeve ışığında ülkemizde ruhsal bozukluğu olan bireylere verilen sosyal haklar incelenecek ve bu hakların kullanımı ile ilgili veriler kullanılarak, sosyal hakların toplumsal entegrasyona etkileri ortaya çıkarılmaya çalışılacaktır.

Anahtar kelimeler: Toplumsal entegrasyon, ruh sağlığı, sosyal haklar.

Received / Geliş tarihi: 17.08.2016, Accepted / Kabul tarihi: 09.09.2016

¹ Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Hüsnünur Aslantürk, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Eskişehir-TÜRKİYE, E-mail: husnunuraslanturk@anadolu.edu.tr

Aslantürk H. Ruh Sağlığı Alanında Toplumsal Entegrasyon ve Sosyal Haklar, TJFMPC, 2016;10(4): 259-270.

DOI: 10.21763/tjfm.271333

GİRİŞ

Ruh sağlığı, ruhsal bozukluğun sadece tıbbi tedavisi ile sınırlandırılmayacak kadar geniş bir alandır ve literatürde sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutları olan bir sorun olarak ele alınmaktadır.¹ Bu noktada ruh sağlığı psikiyatri, psikoloji, halk sağlığı, toplum sağlığı, aile hekimliği, sosyal hizmet, ekonomi, hukuk gibi birçok alanı içine alan disiplinler arası bir bakış açısıyla üzerinde durulması gereken bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından resmi olarak 1947 yılında kabul edilen sağlığın “sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamasından itibaren, “sosyal iyilik hali” boyutuna yapılan vurgu dikkat çekicidir.² Ayrıca sağlığın sosyal boyutuna yapılan bu vurgu ruh sağlığı alanında paradigmanın dönüşümü olarak değerlendirilen, ruhsal sorunları sadece bireysel sağlık sorunları olarak ele alan yaklaşımdan uzaklaşılmasının başlangıç noktası olarak ele alınabilir.³ Bu noktada bireyin sosyal işlevselliğini amaçlayan bir disiplin olarak ruh sağlığı alanındaki dönüşümde önemli yere sahip olan sosyal hizmet, ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin topluma tam olarak entegre olmalarını ve bu amacın gerçekleştirilmesinde hak savunuculuğu rolüyle, haklarından etkin olarak faydalanmalarını sağlamayı hedeflemektedir.

Sağlık istatistikleri incelendiğinde, ruh sağlığı, niceliksel olarak toplumun büyük bir kısmını içinde barındıran önemli bir alan olarak ele alınmaktadır. Dünyadaki toplam hastalık yükünün %11’lik bölümü, ruhsal ve davranışsal bozukluklardan kaynaklanmaktadır.⁴ Türkiye’deki duruma bakıldığında ise, toplumdaki her altı erişkinden birinin son bir yıl içinde tanı konulabilir bir ruhsal bozukluğu olduğu görülmektedir.⁵ Bu veriler ışığında ruh sağlığı, toplumun önemli bir bölümünü ilgilendiren bir konu olarak değerlendirilebilir. Ancak konunun yaygınlığını sadece ruhsal bozukluğu sahip olanlara ilişkin verilerle ele almamak gerekir. Ruhsal bir bozukluğa sahip olmak bireysel etkilerinin yanında doğrudan veya dolaylı olarak kişinin ailesini, çevresini ve toplumu da etkileyen bir durum olması nedeniyle çok daha geniş kitleleri ilgilendirmektedir.

Bu kadar geniş kitleleri ilgilendirmesi nedeniyle, engellilerin toplumsal entegrasyonu konusunda devletin sorumluluğu Anayasa’nın 61. Maddesinde de “Devlet sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır” ifadesiyle açık bir şekilde dile getirilmektedir. Bu amacın gerçekleştirilmesi için sosyal politika düzeyinde yapılan uygulamalarla, sosyal hakların

uygulama boyutunda ruhsal bozukluğa sahip bireylerin hayatlarında yer bulmaları amaçlanır. Engellilere yönelik olarak oluşturulan sosyal politikaların engellilerin istihdam ve gelirlerinin artırılması gibi sosyal durumlarının iyileştirilmesine katkıda bulunan istikrar fonksiyonu ve engellilerin topluma kazandırılmasını sağlayan bütünleşme fonksiyonu olmak üzere iki temel fonksiyonu vardır.⁶ Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin çalışma hayatında yerlerini alarak gelirlerinin artmasının da toplumsal entegrasyon fonksiyonu ile olan ilişkisi göz önüne alındığında, sosyal politikaların bu konudaki en önemli amacının engellilerin tam anlamıyla topluma entegre olmalarını sağlamak olduğu sonucuna varılabilir.

Bu çalışmada ruhsal bozukluğa sahip bireylerin toplumsal entegrasyonunun sağlanmasında sosyal hakların yeri ve bu hakların kullanımıyla ilgili verilerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu genel amaç çerçevesinde öncelikle toplumsal entegrasyon ele alınarak, kavramsal gelişimine değinilmiştir. Daha sonra ruh sağlığı alanında sosyal hakların değerlendirilmesi, eğitim, sağlık, istihdam, sosyal güvenlik ve sosyal yardımlar ve sivil toplum alanlarında sunulan sosyal haklar ve bu hakların kullanım düzeyleri ile ilgili olarak Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve Türkiye İstatistik Kurumu tarafından gerçekleştirilen Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması, 2010⁷ verileri kullanılarak yapılmıştır. (Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması’nda ruhsal bozukluğa sahip olanların %20 ve üzeri özür oranına sahip ruhsal ve duygusal engelliler grubu içinde değerlendirilmiştir. Ruhsal ve duygusal engelli “duygu, düşünce ve davranışlardaki normalden farklı örüntüler nedeni ile günlük yaşam aktivitelerini tamamlamada, kişiler arası ilişkilerini devam ettirmede güçlük yaşayan kişiler” olarak tanımlanmış; depresyon ve şizofreni gibi hastalıkların da bu gruba girdiği belirtilmiştir.)

TOPLUMSAL ENTEGRASYONUN KAVRAMSAL GELİŞİMİ

Ruh sağlığı alanında toplumsal entegrasyon giderek daha fazla ilgi çeken bir konu olarak göze çarpmaktadır. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin temel amacı⁸ olarak üzerinde durulan kavramın birçok çalışmanın merkezinde yer alması, iyileşme süreciyle arasındaki sıkı ilişkiye bağlanabilir.⁹ Ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin iyileşmelerinin kanıtlarından birisi topluma tam anlamıyla entegre olmaları olarak değerlendirilebilir.

Toplumsal entegrasyonun kavramsal gelişimine bakıldığında, öncelikle engellilik (zihinsel ve gelişimsel engellilik) alanında yapılan çalışmalarda kullanıldığı görülür.¹⁰ Kavramının çikış noktalarından birisi olarak değerlendirilen

normalleştirme (normalization) ilkesi, Wolfensberger ve Thomas'ın çalışmalarının odağında yer alır. Bu çerçevede Wolfensberger ve Thomas, normalleştirmeyi engelli bireylerin günlük yaşam, oyun ve iş hayatını sürdürmek konusunda engelli olmayan bireylerle aynı fırsatlara sahip olması olarak tanımlamışlardır.¹¹ Bu tanımlamada normalleştirme, engelli olmayan bireylerle aynı fırsatlara sahip olma ekseninde ele alınmıştır. Ancak entegrasyon kavramının daha geniş kapsamlı ve ayrıntılı olarak tanımlanmasına duyulan ihtiyaç sonucunda Wolfensberger "Normalization and Social Valorization" başlıklı çalışmasında ise toplumsal entegrasyonu normalleştirme ilkesinden hareketle, ancak daha geniş bir bakış açısıyla ele alarak fiziksel entegrasyon ve sosyal entegrasyon olmak üzere iki boyutlu bir analize taşımıştır. Fiziksel entegrasyon özürsüz olmayan (nondevalued) kişilerin buldukları sıradan ortamlarda, aktivitelerde ve şartlarda, engelli (devalued) kişi ya da kişilerin de fiziksel olarak bulunmaları anlamını içerirken; sosyal entegrasyon, engelli kişi ya da kişilerin kültürel olarak niteliksel ve niceliksel boyutta normal kabul edilen engelli olmayan vatandaşlarla sosyal etkileşim ve ilişkileri ile, saygın ya da en azından normal ortamlarda ve şartlarda yer alabilmesi anlamını taşır.¹² Böylece engelli bireylerin, hem fiziksel olarak engelli olmayan bireylerin buldukları ortamlarda var olma durumları hem de sosyal etkileşim ve iletişim kurmalarına vurgu yapılarak kavramın yelpazesi genişletilmiştir.

Storey ise toplumsal entegrasyonu, sosyal yönden önemli insanlar olarak tanımlanan sosyal ağ (social networks) kavramı ile birleştirmiş ve toplumsal entegrasyonun bireyin sahip olduğu sosyal ağların büyüklükleri, yapıları, işlevleri ve gelişimsel engeli olan insanları destekleme konusundaki yeterlilikleri ölçülerek değerlendirilebileceği üzerinde durmuştur.¹³

Toplumsal entegrasyonun kavramsallaştırılması konusunda literatürde önemli bir başvuru kaynağı olarak görülen Wong ve Solomon ise, fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutlarıyla değerlendirerek, toplumsal entegrasyonu çatı bir kavram olarak ele almışlardır. Konuyla ilgili yapılan tüm çalışmaları gözden geçirerek üç boyutlu bir kavramsal yapı öneren araştırmacılar, toplumsal entegrasyonun sadece fiziksel boyutuna vurgu yapılmasının eksikliğine işaret etmişlerdir. Fiziksel entegrasyonu bireyin evinin dışında zaman geçirerek, topluma katılması ve toplumda var olan mal ve hizmetlerden yararlanması; psikolojik entegrasyonu bireyin kendisini toplumun bir parçası olarak hissetmesi; sosyal entegrasyonu ise bireyin toplumun diğer üyeleriyle sosyal etkileşim içinde bulunması olarak ele almışlardır.¹⁴

Günümüzde engelli bireylerin tamamıyla topluma bağlandığı ya da entegre olduğu ideali, gerçekçi olmayan bir amaç olarak görülmektedir. Bunun birçok önemli nedeni vardır. Bu sebeplerin en başında engelli bireylerin toplumun bir parçası haline gelmek için daha fazla fırsata sahip olmaları gerekliliği gelmektedir.¹⁵ Engellilerin bu fırsatlara sahip olması, onlara tanınan haklar ve bu hakların kullanılmasıyla doğrudan ilişkilidir. Toplumsal entegrasyonun sağlanmasının bir vatandaşlık hakkı olarak ele alınması,¹⁶ konuyla ilgili taleplerin ve sunulan hizmetlerin bu çerçevede değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır

Ruh sağlığı alanında toplumsal entegrasyon idealinin hayata geçirilişine bakıldığında konuyla ilgili taleplerin bir hareket olarak başladığını vurgulamak gerekir. Toplumsal entegrasyon hareketi, sivil haklar ve engellilik hakları hareketinin deneyimlerine dayanır. Çünkü ruh sağlığı uygulamasından faydalananlar (psikiyatri hastalığı olanlar ve aileleri) engellilik hareketinin ulusal engellilik politikası üzerinde baskın bir güce sahip olması gibi, bir sonraki yüzyılda toplum ruh sağlığı politikaları üzerinde şekillendirici bir güç haline gelme amacını taşımışlardır. Bu hareketin içinde yer alanların ortak amacı, engellilik tanısı almış herkesin toplumsal katılımı ve toplumun bir üyesi olmanın getirdiği tüm haklara sahip olmaları gerektiğidir. Ayrıca toplumsal entegrasyon hareketi, bu amacın sadece profesyonel hizmetlerle başarılamayacağı; akran desteği ve kendine yardım faaliyetlerinin yanında, özürsüz olmayan bireylerle ilişkiler, toplumsal aktiviteler, barınma ve iş olanakları ile fiziksel, mesleki ve sosyal entegrasyonun yaygın hale getirilmesi gerektiği üzerine vurgu yapar.¹⁷

RUH SAĞLIĞI ALANINDA SOSYAL HAKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ruh sağlığı alanında toplumsal entegrasyonun yeri ile ilgili literatür incelemesi yapıldığında, kurumsal temelli hizmetlerden vazgeçmenin, psikiyatri kliniklerini kapatmanın tek başına, ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumun içinde tanımlanmasına yetmeyeceğine yapılan vurgu dikkat çeker.¹⁸ Toplum içinde olmak, toplumun bir parçası olmak ya da topluma entegre olmak daha geniş anlamlar içeren ve alt boyutları olan bir kavramsallaştırmaya işaret eder. Bu alt boyutların toplumsal hayattaki somut yansımalarına bakıldığında ise, ruhsal bozukluğa sahip bireylere tanınan hakların neler olduğu, bu hakların kullanım düzeyleri ve etkin kullanımının ön plana çıktığı görülür.

Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin sosyal haklarını kullanmaları boyutunda "engelli" olarak ele alındıkları gerçeğinden hareketle öncelikle

engellilik tanımını ele alarak, arka planında yer alan bakış açısını incelemek gerekir. Bu açıdan engellilik konusunda en kapsayıcı ve diğer yasal düzenlemeleri de bağlayıcı olması açısından “5378 Sayılı Engelliler Hakkındaki Kanun”da¹⁹ yer alan engelli tanımına bakmak gerekir. Bu kanun uyarınca engelli “fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duygusal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen birey” olarak tanımlanmıştır. Bir yandan ruhsal bozukluğa sahip bireyleri kapsaması, diğer yandan toplumsal entegrasyonun sağlanmasında toplumdaki diğer bireylerle eşit haklara sahip olmanın gerekliliğini belirtmesi açısından kanunda yer alan engellilik tanımı, politika düzeyinde engelliliğe bakış açısıyla ilgili de ipuçları vermektedir.

Engelliliğin tam olarak nasıl tanımlanması gereği, konuyu ele alan yaklaşımlara göre farklılık göstermektedir. İnsanları sadece fiziksel özellikleri ve sahip oldukları hastalıklar çerçevesinde tanımlayan tıbbi model çerçevesinde mi, yoksa insanların fiziksel özelliklerinden dolayı değil toplumun yaklaşımı ve bakış açısı tarafından mı engelli kılındığı yönündeki anlayışın hakim olduğu sosyal model²⁰ çerçevesinde mi tanımlanacağı önemli bir çıkış noktasıdır. Ülkemizde sosyal modelin ön planda olduğu bir bakış açısının çıktılarının ruh sağlığı alanında sunulan hizmetlere yansıdığı görülmektedir. Sosyal modelin toplumsal sorumluluk anlayışından hareketle, devletin, özrürlürlere tüm ekonomik ve sosyal hakları sağlamakla yükümlü olan mercii olarak görüldüğü bir yapı söz konusudur.²¹ Sosyal haklar sadece engelliler için değil, tüm vatandaşlar için devletin olumlu bir edimde bulunma görevini taşıdığı haklardır.²² Diğer yandan engelliler gibi toplumdaki dezavantajlı gruplar için önemini vurgulanması açısından sosyal hakların amacının toplumda var olan sosyal eşitsizlikleri azaltarak sosyal adaleti sağlamak ve ekonomik açıdan zayıf olanları korumak olduğunun vurgulanması gerekir.²³ Balkır sosyal hakları, toplumda ekonomik yönden dezavantajlı olarak kabul edilen kişilere hayatlarını sürdürebilmeleri için tanınmış haklar olarak tanımlar.²⁴

Ülkemizde ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin sosyal hakları incelendiğinde, bu alandaki haklardan faydalanmak için mevzuatta yer alan “engellilik kriterleri” nin karşılanması ve ne oranda engele sahip olduğunun sağlık raporu ile kanıtlanması gerekmektedir. Bu noktada bu engellilik tanımının tüm ruhsal hastalıkları kapsamadığının da altını çizmek, bahsedilecek hakların ruh sağlığı alanındaki kapsamının sınırlılığına dikkat çekmek açısından önem taşımaktadır. Yılmaz’ ın Türkiye’de ruh sağlığı

politikaları konusunda yaptığı değerlendirmede, sağlık kurulu raporuna göre engel oranının % 40 ve üzerinde olan psikiyatrik teşhis alan tüm bireylerin engellilere tanınan bütün haklardan ve ayrıcalıklardan faydalanabildikleri belirtilmektedir.²⁵

Öncelikle yaygınlık olarak ruhsal ve duygusal engelliliğe bakıldığında, kayıtlı engellilerin %3.9’unun ruhsal ve duygusal özürülülerden oluştuğu görülmektedir.⁷ Aynı şekilde Sağlık Bakanlığı verilerine göre²⁶ de ruhsal bozukluğa sahip bireylerin sadece altıda biri uzman yardımı almaktadır. Bu noktada ruhsal bozukluğa sahip olanların hepsinin sistemde kayıtlı olmadığı, sadece kayıtlılar üzerinden yapılan bir değerlendirme olduğunu belirtmek gerekir.

Eğitim

Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin Anayasa’nın 10. Maddesi gereğince eşit eğitim hakkına sahip oldukları görülmektedir. Milli Eğitim Temel Kanunu’nda yer alan²⁷ “mecburi ilköğrenim çağında buldukları halde zihnen, bedenlen, ruhen ve sosyal bakımdan özürülü olan çocukların özel eğitim ve öğretim görmeleri sağlanır” ibaresi temel eğitimden tüm vatandaşlar gibi ruhsal bozukluğa sahip olanların da eşit şekilde yararlandırılması esasını ve dolayısıyla eğitim hakkındaki eşitliği vurgulanması açısından önemlidir.

Ruhsal ve duygusal özürülülerin %24’ünün okur-yazar olmadığı, %12,7’sinin okur-yazar olup herhangi bir okul bitirmediği, %33’ünün ilkökul mezunu olduğu, %15,2’sinin ilköğretim/ortaokul ve dengi okul mezunu olduğu, %15,1’inin lise ve daha üstü eğitim düzeyinde olduğu görülmektedir.⁷ Bu veriler ışığında ruhsal ve duygusal özürülülerin büyük bir çoğunluğunun okur-yazar olmadığı göze çarpmaktadır. Türkiye genelinde TÜİK 2013 verilerine göre okur-yazar olmayanların oranının %4,74 olduğu görülmektedir.²⁸ Okur-yazarlık oranı açısından Türkiye geneliyle karşılaştırıldığında göze çarpan bu büyük oransal farkın, ruhsal ve duygusal engellilerin eğitim alanında sahip oldukları dezavantajlı durumu işaret etmesi açısından önemi büyüktür.

Eğitim alanında engellilere verilen haklar ve bu bağlamda sunulan hizmetlerin uygulanması açısından Milli Eğitim Bakanlığı’nın ön planda olduğu görülmektedir. Bu çerçevede verilen hizmetler engelli bireyler için oluşturulmuş özel eğitim sınıfları, danışmanlık ve yönlendirme faaliyetlerinin yürütüldüğü rehberlik ve araştırma merkezleri, özel eğitim kurumları, rehabilitasyon merkezleri, eğitim uygulama okulları ve iş eğitim merkezleri olarak sıralanabilir.

Genel olarak özel eğitim konusundaki amaç, özel eğitim gerektiren bireylerin, milli eğitim sistemini düzenleyen genel esaslar çerçevesinde eğitimlerini, toplumda bir iş ve meslek sahibi olarak bütünleşmelerini sağlamaktır. Özel eğitim uygulamaları toplumsal entegrasyon çerçevesinde ele alındığında kaynaştırma uygulaması, önemli bir adım olarak değerlendirilebilir. MEB Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği Üçüncü Kısım Madde 21'de kaynaştırma "özel eğitim ihtiyacı olan bireylerin akranlarıyla karşılıklı etkileşim içinde bulunmalarını sağlamak ve eğitim amaçlarını en üst düzeyde gerçekleştirmek için geliştirilmiş eğitim ortamlarında yürütülmesi" olarak tanımlanmıştır.²⁹ Kaynaştırma uygulamasının uygulamadaki yansımaları çerçevesinde ele alınabilecek bir gösterge olması sebebiyle ruhsal ve duygusal engellilerin eğitim tercihleri incelendiğinde %33,6'sının aynı özre sahip olanlarla eğitim almayı tercih ederken, %32'si özürlü olmayanlarla aynı sınıf içinde eğitim almayı tercih etmekte olduğu, %32,6'sının ise konuya ilişkin fikri olmadığı görülmektedir.⁷ Ruhsal ve duygusal engele sahip bireylerin %65'lik bir kısmının aynı özre sahip olmayan bireylerle eğitim almayı tercih etmesi ya da bu konuya ilişkin fikir beyan etmemesi, kaynaştırma eğitimine mesafeli bir duruş olarak değerlendirilebilir. Kaynaştırma eğitiminin uygulanmasında yaşanan sıkıntılar ve sosyo-kültürel bir bakış açısıyla ele alınarak öğrencinin tüm işlevsel özelliklerinin değerlendirilmesi gerektiğine yönelik eleştiriler ve kaynaştırma uygulamasının öğrenciyi etiketlediği ve kaynaştırma raporu alan öğrencinin toplumsal entegrasyonunu güçleştirdiği yönündeki bulgular³⁰ da literatürde dikkat çekmektedir.

Ruhsal bozukluğa sahip bireyleri engellilik tanımı içerisinde değerlendirildiğinde her ne kadar bu alandaki uygulamalardan ve haklardan faydalanabilecekleri gibi bir durum söz konusu olsa da, sahip oldukları süreğen hastalığın ve dolayısıyla eğitim alanındaki ihtiyaçlarının farkı göz önünde bulundurulduğunda, tanınan bu hakların eğitim alanında yaşadıkları sorunların çözmekten uzak olduğu söylenebilir. Yapılandırılan özel eğitim faaliyetlerinin daha çok diğer engel türlerinin sorunlarına hitap ettiği, ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin eğitim haklarını kullanma konusunda yaşadıkları sorunları çözmeye yönelik farklı politikaların geliştirilmesinin gerekliliği göze çarpmaktadır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda da ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin eğitimlerini tamamlamada zorluklar yaşadıkları ve bu durumun meslek sahibi olmalarını olumsuz etkilediği belirtilmiştir.²⁶

Ruhsal bir bozukluğa sahip olmak özellikle eğitim hayatını devam ettirip sonuçlandırma aşamasında önemli bir engel olarak

değerlendirilebilir. Bu nedenle eğitim alma sürecinde bu grubun desteklenmesini, sürecin kolaylaştırılmasını; eğitim, toplumsal olana entegre olma sürecinde önemli bir alan ve temel sosyal haklardan biri olarak düşünüldüğünde ilerleyen aşamada istihdam edilebilmelerini, üretken olabilmelerini sağlamak adına önemli bir adım olarak ele almak gerekir.

İstihdam

Toplumsal entegrasyon amacının gerçekleştirilmesi açısından bakıldığında istihdam önemli bir alan olarak değerlendirilmektedir. Yapılan çalışmalarda toplumun bir parçası olmakla çalışma hayatında aktif yer almak arasında önemli bir ilişki kurulmaktadır. Anayasa'nın 49. Maddesinde çalışma, herkes için hem bir hak, hem de bir ödev olarak düzenlenmiştir. Özel olarak engellilerin istihdamı ile ilgili olarak ise Anayasa'nın 50. Maddesinde "kimse, yaşına, cinsiyetine ve gücüne uymayan işlerde çalıştırılmaz. Küçükler ve kadınlar ile bedeni ve ruhi yetersizliği olanlar çalışma şartları bakımından özel olarak korunur" ibaresi yer almaktadır. Bu Madde, özellikle ruhi yetersizliğe işaret etmesi ve ruhsal bozukluğa sahip olan bireyleri kapsamı açısından önem teşkil etmektedir. Anayasa'da belirlenen bu ana prensiplerin uygulamadaki karşılığının izi sürüldüğünde, tüm sosyal politikalara yön vermesi ve diğer yasal düzenlemeleri bağlayıcı rolü ön plana çıkmaktadır. Bu noktada engellilerin istihdamı konusunda bu genel prensiplerin uygulamadaki tezahürü açısından, Engellilik Hakkında Kanun'un ilgili maddelerine bakıldığında, "İstihdam" başlığı altında düzenlenen 14. madde karşımıza gelmektedir. Bu maddeye göre;

Engellilerin iş gücü piyasası ve çalışma ortamında sürdürülebilir istihdamı için kendi işini kurmaya rehberlik ve mesleki danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi de dâhil olmak üzere gerekli tedbirler alınır.

İşe başvuru, alım, önerilen çalışma süreleri ve şartları ile istihdamın sürekliliği, kariyer gelişimi, sağlıklı ve güvenli çalışma koşulları dâhil olmak üzere istihdama ilişkin hiçbir hususta engelliliğe dayalı ayrımcı uygulamalarda bulunulamaz.

Çalışan engellilerin aleyhinde sonuç doğuracak şekilde, engelinden dolayı diğer kişilerden farklı muamelede bulunulamaz.

Çalışan veya iş başvurusunda bulunan engellilerin karşılaşılabileceği engel ve güçlükleri ortadan kaldırmaya yönelik istihdam süreçlerindeki önlemlerin alınması ve engellilerin çalıştığı iş yerlerinde makul düzenlemelerin, bu konuda görev,

yetki ve sorumluluğu bulunan kurum ve kuruluşlar ile işverenler tarafından yapılması zorunludur.

Engellilik durumları sebebiyle iş gücü piyasasına kazandırılmaları güç olan engellilerin istihdam edildiği korumalı işyerlerinin statüsü ve bu işyerleriyle ilgili usul ve esaslar Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığınca müştereken çıkarılan yönetmelikle düzenlenir.¹⁹

Yukarıda yer alan kanun maddeleri incelendiğinde, engellilerin istihdamı konusunda ayrımcılığın önlenmesine yönelik uygulamalara vurgu yapıldığı ve bu konuda bir yandan ilgili resmi kurum ve kuruluşlara, bir yandan da işyerlerine sorumluluk yüklendiği görülmektedir.

Ruhsal engellilerin istihdamına yönelik politikalara bakıldığında zorunlu kota rejimi (compulsory quota) ve engellilere yönelik ayrımcılığı ortadan kaldırma amacını taşıyan kanunlaştırma (anti-discrimination legislation) hareketi olmak üzere iki tür politikanın varlığı dikkat çekmektedir.³¹ Zorunlu kota yöntemi engelli bireylerin çalışma hayatına girmelerini ve aktif olarak bulunmalarını kolaylaştırıcı yöntemlerin başında gelmektedir. Bu yöntem, kamu ve özel sektörde belirli sayının üzerinde işçi çalıştıran işyerlerine, mevzuatta belirtilen oranda özürülü çalıştırılmasına yönelik bir yükümlülük getirmektedir.³² Kota yönteminin ülkemizde de engellilerin istihdamlarının sağlanması konusunda yaygın olarak kullanılmakta olduğu görülmektedir.⁶ Kota yöntemi ile ilgili yasal düzenleme 4857 Sayılı İş Kanunu Madde 30'da yer almaktadır. Bu maddede "İşverenler, elli veya daha fazla işçi çalıştırdıkları özel sektör işyerlerinde %3 engelli, kamu işyerlerinde ise %4 engelli ve %2 eski hükümlü işçiyi veya 21/6/1927 tarihli ve 1111 sayılı Askerlik Kanunu veya 16/6/1927 tarihli ve 1076 sayılı Yedek Subaylar ve Yedek Askeri Memurlar Kanunu kapsamına giren ve askerlik hizmetini yaparken 12/4/1991 tarihli ve 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununun 21. maddesinde sayılan terör olaylarının sebep ve tesiri sonucu malul sayılmayacak şekilde yaralananları meslek, beden ve ruhi durumlarına uygun işlerde çalıştırmakla yükümlüdürler" ifadesi ile engellilere yönelik kota uygulamasının detayları belirlenmiştir.³³

Mevzuatta yer alan kota yöntemiyle ilgili bu düzenlemelerin toplumsal hayata yansımalarına bakılacak olursa, İŞKUR 2015 yılı engellilerin engel gruplarına göre dağılımına ilişkin istatistikleri incelendiğinde, 2446'sı erkek, 397'si kadın olmak üzere toplam 2843 ruhsal hastalıklar grubunda yer alan engellinin işe yerleştirme için başvuruda bulunduğu, ancak bu başvurulardan 760 erkek, 69

kadın toplam 829 engellinin işe yerleştirildiği görülmektedir.³⁴ Ruhsal engellilerin kota sisteminden yararlanma düzeyleri göz önüne alındığında diğer engel gruplarıyla kıyaslandığında iş bulma imkanı az olan engel gruplarından birisi olduğu için bu gruba özel istihdam olanaklarını arttırmaya yönelik düzenlemelerin yapılmasının gerekliliği açıktır.³⁵ Ayrıca cinsiyetler arasındaki büyük fark göz önünde bulundurulduğunda ruhsal engelli kadınlara yönelik ayrıca teşvik edici uygulamalara olan ihtiyaç da hissedilmektedir.

Diğer yandan engellilere yönelik ayrımcılığın mevzuatta yapılan düzenlemeler yoluyla da önüne geçilmesi yolunu içeren uygulamaların varlığı da, Anayasa ve Engelliler Hakkında Kanun'un yukarıda bahsi geçen maddelerinden açıkça takip edilebilir.

Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin istihdamı konusunda önemli hizmet modellerinden birisi de korumalı işyerleridir. Engellilik Hakkında Kanun'da korumalı işyeri "iş gücü piyasasına kazandırılmaları güç olan zihinsel veya ruhsal engellilere mesleki rehabilitasyon sağlamak ve istihdam oluşturmak amacıyla Devlet tarafından teknik ve mali yönden desteklenen ve çalışma ortamı özel olarak düzenlenen işyeri" olarak tanımlanmaktadır.⁷ İstihdam konusunda en dezavantajlı grup olarak değerlendirilen zihinsel ve ruhsal engelli bireyler için öngörülen bu haktan, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ne kadar faydalandığı ile ilgili net bir istatistiki bilgiye ulaşılmamıştır. Ancak Çavuş ve Tekin, Türkiye'de "Engellilerin İstihdam Yöntemi Olarak Korumalı İşyeri" başlıklı çalışmalarında, İŞKUR'a bağlı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü İstihdam ve Sosyal Güvenlik Dairesi Başkanlığı ile yaptıkları görüşme sonucunda 14 kuruluşun korumalı işyeri statüsü almak için başvuru yaptığı bilgisine ulaştıklarını belirtmişlerdir.³⁶

Yapılan bütün düzenlemeler, geliştirilen yeni hizmet modelleri çerçevesinde ruhsal bozukluğa sahip bireylerin istihdamıyla ilgili Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması 2010 verilerine bakıldığında; ruhsal ve duygusal özürlülerin %7.6'lık kısmının çalıştığı, çalışmayan %92.4'lük bölümün ise %8.1'inin iş aradığı görülmektedir.⁷ Ayrıca çalışanların %66.5'inin ücretli, maaşlı, yevmiyeli çalıştığı, %17.7'sinin işveren ya da kendi hesabına çalışan olduğu, %15.8'inin ise ücretsiz aile işçisi olduğu görülmektedir.⁷ Çalışma oranının düşüklüğü ve çalışmayan grubun içinde iş arayanların azlığı, yasal mevzuatta yapılan düzenlemelerin istihdam alanında ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerden oluşan grupta hareketlilik yaratmakta sınırlı kaldığı şeklinde yorumlanabilir. Düzenlemelerin çoğunlukla tüm özür gruplarına yönelik olduğu, sadece ruhsal ve duygusal engelli olarak tanımlanan

grupta yer alan ruhsal bozukluğa sahip bireylerin özellikleri ve ihtiyaçları göz önüne alınarak planlanması gereken düzenlemelere olan ihtiyaç bu noktada belirtilmelidir.

Ruhsal ve duygusal özürülülerin çalışmama ya da iş aramama nedenlerine bakıldığında %51,8'inin çalışmayacak durumda ağır özürülü olduğu, %13'ünün emekli, öğrenci, ev işleri ile meşgul ya da yaşlı olduğu, %22,9'unun özrü nedeniyle kendisine iş verilmeyeceğini düşündüğü, %3'ünün ise ailesinin çalışmasına izin vermediği, %20,4'ünün ise diğer seçeneğini işaretlediği görülmektedir.⁷ Engel durumundan dolayı iş verilmeyeceğini düşünenlerin oranının yüksekliği, halihazırda politika belgelerinde de sıkça bahsi geçen istihdam alanındaki ayrımcılığın tam olarak engellenememesinin kanıtı olarak görülebilir. Bu noktada kota rejiminin uygulanmasına rağmen istihdam oranlarındaki düşüklük sebebiyle ilgili olarak özel sektöre ilişkin bir değerlendirme fırsatı Uğuzer Karçkay'ın engelli çalıştırma yükümlülüğü bulunan 124 özel sektör işvereni ile yaptıkları çalışmanın bulgularında bulunabilir. Yapılan çalışma sonucunda engellilerin istihdam edilmemesinin en önemli gerekçesi olarak işverenlerin engellilerin rehabilitasyon almamaları ve eğitim düzeylerinin düşüklüğünü gösterdiklerini belirtmişlerdir.³⁷ Bu noktada ayrı ayrı ele alınarak değerlendirilen tüm alanların (eğitim, sağlık, sosyal yardımlar, istihdam) birbirleriyle yakın ilişkili olduğu ve bu alanların herhangi birinde yeterince faydalanılmayan sosyal hakların diğer alanı da doğrudan ya da dolaylı olarak etkilediği sonucuna varılabilir.

Sosyal Güvenlik ve Sosyal Yardımlar

Sosyal güvenlikle ilgili yasal düzenlemelere bakıldığında, öncelikle Anayasası'nın 60. maddesinde yer alan "Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir" ifadesi ile karşılaşılmaktadır. Bu çerçevede devlet, çalışarak sosyal güvenlik hakkına sahip olanların dışında kalan grubun da bu haktan faydalanması konusunda gerekli düzenlemeleri yapmakla ilgili sorumluluğa sahiptir. Ruhsal ve duygusal engelli bireylerin çalışma oranlarının düşüklüğü göz önüne alındığında, sosyal güvenlik çatısı altında yer alabilmek için bu konuda uygulanacak sosyal politikalara duyulan ihtiyaçla karşılaşılmaktadır.

Diğer yandan ruhsal bozukluğa sahip bireyler, sağlık durumunun çalışmasına engel olduğu durumlarda malullük hakkından da faydalanmaktadırlar. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Madde 25'e göre "Meslekte kazanma gücünün %60 ya da daha fazlasını sürekli olarak kaybeden bireylere malullük aylığı bağlanır."³⁸

Sosyal güvenlik hakkının kullanımına ilişkin olarak verilere göre, çalışan ruhsal ve duygusal engellilerin %41,6'sının SGK'ya kayıtlı olduğu, %58,4'ünün ise SGK'ya kayıtlı olmadığı anlaşılmaktadır.⁷ Çalışma hayatının getirilerinden olan sosyal ve ekonomik haklardan faydalanma konusunda önemli bir ön koşul olan SGK'ya kayıtlı olarak çalışanların, aktif çalışan ruhsal ve duygusal özürülülerin yarısından az olması dikkat çekici bir veri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ruhsal engellilik ile ekonomik yoksunluk arasındaki ilişki istihdam, sosyal güvenlik ve eğitim alanındaki dezavantajlı duruma işaret eder. Özellikle ağır ruhsal sorunlar yaşayanların yoksulluk sınırı altına düşme risklerinin toplumun geneli ile kıyaslandığında daha yüksek olduğu görülmektedir.²⁵ Bu noktada gelir desteğine ilişkin sosyal haklara bakıldığında, 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanununda düzenlenen bakıma muhtaç özürülü aylığı uygulaması dikkat çeker.³⁹ Yine ruhsal engelliler gelir desteği kapsamında, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları ve Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlükleri tarafından verilen aynı ve/veya nakdi yardımlardan da, belirlenen kriterlere uygun olması (ekonomik ihtiyacın ispatlanmasına yönelik) durumunda faydalanabilmektedirler. Ayrıca belediyeler tarafından sunulan gelir desteği programları da bulunmaktadır.

Ruhsal ve duygusal özürülülerin %53,8'inin sosyal yardımlardan yararlandığı görülmektedir. Sosyal yardımdan yararlananların %41,0'mın özürülü aylığı aldığı (2022 sayılı kanun kapsamındaki özürülü aylığı), %14,7'sinin Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü aynı ve nakdi yardım aldığı, %7,7'sinin SHÇEK'in aynı ve nakdi yardımlarından faydalandığı, %5,3'ünün hayırsever kişiler tarafından yapılan yardımlardan faydalandığı, %1,5'inin ise diğer şıkkını işaretlediği görülmektedir.⁷

Sağlık

Sağlıkla ilgili diğer tüm alanlarda olduğu gibi ruh sağlığı alanında da tedavi yöntem ve yaklaşımlardaki farklılaşmalarla birlikte farklı hizmet modelleri geliştirilmektedir. Dünyada ruh sağlığı alanındaki modeller incelendiğinde, hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum-hastane denge modeli olmak üzere üç farklı hizmet modelinin bulunduğu görülür. Hastane temelli model "hastalara sunulan hizmeti poliklinik hizmetleri, alevlenme/atak sırasında hastaneye yatırılma, kimsesi olmayan ya da kimsesi olduğu halde bakıl(a)mayan hastaların 50-60 yıla kadar

uzanan süreyle hastaneye yatırılıp bakımının sağlanması” olarak özetlenebilecek bir modeldir. Toplum temelli model ise ruh sağlığı hizmetinin coğrafi temelli yapılandırılması, ekip anlayışıyla çok yönlü verilmesi ile her tanımlanmış bölgeye sorumlu toplum ruh sağlığı merkezi, bakım kurumları, koruyucu evler, korumalı işyerleri ve genel hastaneler içinde psikiyatri yataklarının açılması temelleri üzerine kurulmuş bir model olarak tanımlanır. Toplum-hastane denge modeli ise psikiyatri hastanelerini tamamen kapatmayı ve yataklı hizmetlerini ülke sathına yaymayı hedefleyen toplum temelli modelin özellikle insan kaynakları açılarından yüksek maliyetli olması sebebiyle psikiyatri hastanelerinin belli bir yatak sayısı altına düşürülerek korunması, ayrıca toplum psikiyatrisi uygulamasının da kurulmasına dayanır.²⁶ Ülkemizdeki uygulamalara bakıldığında bir yandan hastanede verilen ruh sağlığı hizmetlerinin korunduğu, bir yandan da toplum ruh sağlığı merkezlerinin ülke genelinde açılarak yaygınlaştırıldığı toplum-hastane denge modelinin uygulandığı görülmektedir. Ancak 2006 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Ulusal Ruh Sağlığı Politikası metninde toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişin önerildiği ve ülkemizde ruh sağlığı alanında reform olarak nitelendirilebilecek bu sürecin bu metninde yer alan önerilerle başladığı görülmektedir. Ana tema olarak ruh sağlığı uygulamasının toplum temelli bir yapıya kavuşturulması olarak özetlenebilecek bu metinde, ruh sağlığı alanına ayrılan bütçenin ve insan gücünün artırılması, hizmet kalitesinin artırılması, mevzuatın hazırlanması, eğitim, araştırma çalışmalarının artırılması ve damgalanmaya karşı hasta haklarının savunulması gibi önerilere de yer verilmiştir.⁴⁰

Ruh sağlığı alanında sadece tedavi amacını güden yaklaşımdan, tedavinin yanında rehabilitasyonu da içeren ve en önemli çıktılarında birisi hastaların topluma entegrasyonunu sağlamak olan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş, hem felsefi olarak hem de uygulamada farklı bir bakış açısının habercisi olarak değerlendirilebilir. Bu geçiş her ne kadar diğer ülkelerle eşzamanlı olarak gerçekleşmemiş olsa da, ülkemizde de sadece yataklı tedavi kurumları ekseninde verilen ruh sağlığı hizmetlerinden, hastaların topluma entegrasyonunu hedef alan toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçiş sürecinde kurulmaya başlanarak ülke çapında yaygınlaştırılan toplum ruh sağlığı merkezleri, bu yeni anlayışın bir çıktısı olarak değerlendirilebilir.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri modelinin uygulamaya konulmasının ilk basamağı olarak Sağlık Bakanlığı, Nisan 2009’da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı almış ve pilot çalışmaların sonuçları değerlendirilerek

ilgili yönerge Şubat 2011’e yayınlanmış ve uygulaması başlamıştır.²⁶ İlk olarak Bolu’da pilot uygulama olarak başlayan TRSM, günümüzde 06/03/2014 tarih ve 9453 sayılı Bakan onayı ile yürürlüğe giren TRSM Hakkında Yönerge çerçevesinde hizmet vermektedirler. Yönergenin amacı “ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde bireysel işlevi iyileştirmeye dönük etkin tedaviler sunulması, psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin yaşadıkları ortamda, birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre biçimde sunulabilmesi için Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı yataklı sağlık tesisleri bünyesinde faaliyet göstermek üzere TRSM kurulması ve işleyişi, asgari standartlarına ilişkin usul ve esasların belirlenerek hizmetin etkin ve ulaşılabilir bir şekilde sunulmasını sağlamaktır” şeklinde ifade edilmiştir. TRSM’nin hizmet verdiği hedef grup olarak tanımlanan ağır ruhsal bozukluk ise “bilişsel, yönetsel ve sosyal beceri alanlarındaki yıkıcı etkisi nedeniyle yeti yitimi ile giden şizofreni ve benzeri psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıklar” olarak tanımlanmıştır.⁴¹

Multidisipliner bir ekip anlayışı çerçevesinde hizmet vermesi planlanan merkezlerde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, sosyal çalışmacı, psikolog, hemşire, sağlık memurundan oluşan ve ruh sağlığı alanının her boyutuna dokunan bir yapı öngörülmüştür.

Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde amaç “kronik ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların yaşadıkları ortamda takip ve tedavilerinin yapılması” olarak belirlenmiş ve bu amaç çerçevesinde “hastaların toplumun dışına atılmadan ve dışlanmadan toplumla birlikte yaşamaları”nın sağlanacağı vurgulanmıştır.⁴¹ Politika düzeyinde toplumsal entegrasyona kavramsal olarak vurgu yapılması, ruh sağlığı alanında konunun önemini gözler önüne sermektedir.

Yapılan bu düzenlemeler çerçevesinde sağlık alanındaki sosyal hakların kullanımına bakıldığında ruhsal ve duygusal özürülülerin %32,2’sinin sağlık ve eğitim hizmetlerinden faydalandığı; faydalanılan hizmetlere göre dağılım incelendiğinde ise %29,2’sinin psikoterapi, psikolojik destek ve danışmanlık hizmetlerinden, %4,6’sının fizik tedavi, rehabilitasyondan, %4,1’inin öz bakım becerileri, bağımsız yaşam becerileri eğitiminden, %2,6’sının ise iş ve uğraşı terapisi hizmetlerinden faydalandığı görülmektedir.⁷

Bu alanda yapılan çalışmalara rağmen sağlık hakkının kullanım düzeyinin düşüklüğü, tedavinin önündeki engellerin neler olduğunun belirlenmesi konusunda yapılacak çalışmalarla ortaya

çıkartılabilir. Bu kullanım düzeyini arttırmak ve sağlık kontrollerini aksatmayacak bir grup oluşturmak için bu alanda verilen hizmetlerin çeşitlendirilmesi, özellikle yerel düzeyde hasta grubuna bire bir ulaşma imkanının yüksek olması sebebiyle aile hekimliği uygulamasının etkinliğinin artırılması gerekmektedir. Konuyla ilgili olarak Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Aile Hekimleri Örgütü'nün ortaklaşa hazırladığı raporda, ruh sağlığının birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi gerekliliği ile ilgili olarak yedi nedene dikkat çekilmiştir:

Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegre edilmesinin ruhsal hastalıktan kaynaklanan bireysel ve toplumsal maliyetleri halinde bu maliyetin düşürücü etkisinin olması,

Fiziksel ve ruhsal hastalıkların birbirinin içine geçmiş bir yapı sergilemesi, yani ruhsal bozukluğa sahip bireylerin aynı zamanda fiziksel hastalığa da sahip olmaları ya da tam tersi şekilde fiziksel bir hastalık sebebiyle birinci basamak sağlık hizmeti alan bireylerin eşzamanlı olarak ruhsal bir bozukluğa sahip olmaları,

Ruhsal bozuklukların yaygınlığı ile tedaviye ve bakıma ulaşanlar arasında belirgin bir farkın olması,

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, ruh sağlığı ile ilgili tedavilere ulaşılabilir ve süreci kolaylaştırıcı etkisi,

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin, ruhsal bozuklukların tedavisinde damgalama ve ayrımcılığı önlemesi, ayrıca psikiyatri hastanelerinde muhtemel insan hakları ihlalleri riskini ortadan kaldırması,

Birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin ekonomik ve uygun maliyetli olması,

Birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri özellikle ikinci basamak sağlık hizmetleriyle bağlantılandırıldığında sağlık açısından etkili sonuçlar ortaya koyması.⁴²

Ülkemizdeki ruh sağlığının birinci basamağa entegrasyonu değerlendirildiğinde, henüz uygulamada birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu alanda önemli bir yeri olmadığı gibi aile hekimliği uygulamasında ise ruh sağlığı hizmetlerinin nasıl verileceği de tam olarak netlik kazanmamıştır.²⁵ Ruh sağlığı konusunda bütüncül bir yaklaşımla verilecek hizmetlerin bu değerlendirmeler ışığında gözden geçirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Sivil Toplum

Sosyal haklar ele alındığında, bu hakların savunuculuğunun yapılması ve talep edilmesi boyutunda sivil toplum kuruluşlarının rolü büyüktür. Özellikle taleplerin sistematik bir hale getirilmesi ve örgütlü bir şekilde dile getirilmesinde önemli yeri olan sivil toplum kuruluşlarına üye olma durumları ve sivil toplum kuruluşlarının çalışmalarını değerlendirme boyutu önemli bir veri olarak görülür. Özürlülerin sorun ve beklentileri araştırmasının sivil toplum alanındaki verileri değerlendirildiğinde, ruhsal ve duygusal özrürlü bireylerin %96,9'unun herhangi bir özrürlü dernek ve vakfa üye olmadığı, %3,2'lik bölümünün ise kendisinin ve/veya aile üyelerinden birisinin üye olduğu görülmektedir. Özürlü dernek ve vakıfların çalışmalarını konusundaki düşüncelerine bakıldığında ise, ruhsal ve duygusal özrürlülerin %17,4'ünün bu çalışmalarını beğendiği, %16,8'inin güvendiği, %51,4'ünün etkili bulduğu, %24,9'unun ise herhangi bir fikrinin olmadığı dikkat çekmektedir. Bu veriler ışığında bir sivil toplum kuruluşuna üye olmakla bu kuruluşların çalışmalarını beğenme ya da etkili bulma düzeyleri arasında ters bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Ruhsal ve duygusal özrürlülerin çok küçük bir bölümü (%3,2) herhangi bir dernek veya vakfa üye olduğunu belirtirken, %51'lik bölümü bu kuruluşların çalışmalarını etkili bulduklarını belirtmişlerdir.⁷

SONUÇ

Çalışmada eğitim, istihdam, sağlık, sosyal güvenlik ve sosyal yardımlar ve sivil toplum alanlarına ilişkin yapılan yasal düzenlemeler ve bu düzenlemeler çerçevesinde sunulan hizmet modellerinin ruhsal bozukluğa sahip bireylere ulaşması konusunda bir değerlendirme yapılmıştır. Bu değerlendirme sonucunda ruhsal ve duygusal engellilerin tüm alanlarda dezavantajlı oldukları ve sosyal haklarından tam olarak faydalanmadıkları görülmüştür. Eğitim, özellikle de mesleki eğitim ve rehabilitasyon hakkında tam olarak faydalanamayan ruhsal engellilerin çalışma hayatına girme konusunda sıkıntı yaşadıkları, bu çerçevede sosyal güvenlik hakkında faydalanmadıkları ve düzenli bir gelire sahip olamadıkları görülmektedir. Bu noktada sosyal hizmetlere ve sosyal yardımlara duyulan ihtiyaç, aynı zamanda ruhsal bozukluğa sahip bireylerin düzenli olarak sağlık hizmetinden faydalanma oranlarının düşüklüğü ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine geçişin tüm bileşenleriyle henüz ülkemizde uygulanamıyor oluşu gibi nedenler tüm bu alanların birbirleriyle bağlantılarını gözler önüne sermektedir. Ayrıca ülkemizde sivil toplum deneyiminin ruh sağlığı alanında da henüz tam olarak yerleşmeyişi, hak temelli bir yaklaşımın henüz tam olarak oturmadığının işareti olarak değerlendirilebilir.

Bu noktada kültürel olarak değerlendirildiğinde ülkemizde ruhsal bozukluğa sahip bireylerin ihtiyaçlarının karşılanması ve bakımının sağlanması konusunda ailenin ön planda olduğu bir yapının varlığından da söz etmek gerekir.⁴³ Toplumsal yapı itibarıyla yasal hakların kullanımını kısıtlayıcı bir etki yaratması açısından, bu tür sorunların aile içinde çözümüne yönelik uygulamalara sıklıkla rastlanmaktadır

Ruhsal ve duygusal engelli bireylerin, %84,9'u sosyal yardım ve desteklerin artırılması, %75'i sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, %41,4'ü bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yaygınlaştırılması, %28,7'si iş bulma olanaklarının artırılması, %17,6'sı eğitim olanaklarının artırılması, %14,3'ü fiziksel çevre ve ulaşım imkanları konusunda düzenlemelerin yapılması konusunda kamu kurum ve kuruluşlarından beklentilerinin olduğunu belirtmişlerdir.⁷ Beklentileri göz önüne alındığında bu alanlarda sağlanan mevcut hakları yetersiz buldukları sonucuna ulaşılabilir.

Sosyal haklar söz konusu olduğunda, sadece bu haklara ilişkin yasal mevzuatın düzenlenmesi ve yeni hizmet modellerinin geliştirilmesi yeterli olmamaktadır. Engelli bireylerin toplumdaki diğer bireylerle kıyaslandığında dezavantajlı olmalarının yanında, ruhsal bozukluğa sahip bireyler diğer engel gruplarına göre de dezavantajlı bir konuma sahiptirler. Bu bağlamda ruhsal bozukluğa sahip bireylerin iki kat dezavantaj yaşadıkları söylenebilir.

Ayrıca toplum temelli yaklaşımın en önemli temellerinden birisi olan disiplinlerarası bir yaklaşımın etkinleştirilmesi gereklidir. Özellikle politikaların belirlenmesi, mevzuatın düzenlenmesi, mevzuat gereğince planlanan hizmetlerin uygulanması aşamalarında aile hekimliği, psikiyatri, sosyal hizmet, psikoloji, hemşirelik, ekonomi, hukuk, sosyoloji gibi disiplinlerin süreçte etkin rol almalarının sağlanması ruhsal bozukluğa sahip bireylerin toplumsal entegrasyonunun sağlanması konusundaki ihtiyaçlarının çok yönlü değerlendirilmesi imkanını sağlaması açısından önemlidir.

Ayrıca çalışma boyunca bahsi geçen sosyal hakların ve bu çerçevesinde sunulan hizmetlerin farklı örgütsel yapılar içinde sunulmasını, her örgütsel yapının kuruluş amaçları ve yapısı itibarıyla farklı yaklaşımları da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle kurumlar arası eşgüdüm ve işbirliğinin sağlanmasının, bu hakların kullanım düzeylerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Sosyal hakları talep eden bir grup oluşturmak için sosyal hizmet mesleğinin hak

savunuculuğu rolünün hizmet sunumunda daha etkin bir şekilde kullanılabilmesi, ruhsal bozukluğa sahip bireyleri hakları konusunda bilgilendirici ve destekleyici ekip üyesi olarak sosyal hizmet uzmanının ön plana çıkarılmasının genel olarak ruh sağlığı alanına önemli katkı yapabileceği düşünülmektedir.

*Bu çalışma "Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerin Toplumsal Entegrasyonunda Sosyal Hakların Kullanımı" başlığı ile sözel bildiri olarak sunulmak üzere özet metin şeklinde Uluslararası Sosyal Hizmet Kongresi 2016'ya gönderilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Alataş G, Karaoğlan A, Arslan M, Yanık, M. Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve Türkiye'de toplum ruh sağlığı merkezleri projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46 (1): 25-29.
2. Fişek N. Halk sağlığına giriş. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2; 1983. p.1.
3. Oral M, Tuncay T. Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet uzmanının rol ve sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi* Ekim 2012; 23(2): 93-114.
4. Haden A, Campanini B. The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization (WHO), 2001. p.3.
5. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. Türkiye ruh sağlığı profili araştırması, Ana Rapor. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı, 1998. p.92.
6. Selek Öz C, Orhan S. Özürlü istihdam yöntemlerinin uygulanabilirliği üzerine bir değerlendirme, *Çalışma İlişkileri Dergisi* 2012; 3(2): 36-48.
7. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Özürlülerin sorun ve beklentileri araştırması, 2010. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2011.
8. Fellin P. Reformulation of the context of community based care, *The Journal of Sociology & Social Welfare* 2015; 20, 57-67.
9. Abdallah C, Cohen CI, Sanchez-Almira M, Reyes P, Ramirez P. Community integration and associated factors among older adults with schizophrenia, *Psikiyatri Serv* Dec 2009; 60(12): 1642-1648.
10. Flynn R, Aubry TD. Integration of persons with developmental or psychiatric disabilities: Conceptualization and measurement. In: RJ. Flynn, R. Lewey editor. A quarter-century of normalization and social role valorization, Canada: University of Ottawa Press. 1999. p. 271-304.

11. Wolfensberger W, Tullman S. A brief outline of the principle of normalization. *Rehabilitation Psychology* 1982; 27(3):131-145. doi:10.1037/h0090973.
12. Wolfensberger W. Thomas S. PASSING (Program analysis of service systems' implementation of normalization goals): Normalization criteria and ratings manual. 2nd ed. Toronto(Ont), Canada: National Institute on Mental Retardation; 1983.
13. Storey KA. Proposal for assessing integration. *Education and Training in Mental Retardation* 1993; 28(4): 279-287.
14. Wong YL, Solomon PL. Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: a conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research* 2002; 4:13-28.
15. Townley G, Miller H, Kloos B. A little goes a long way: The impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *Am J Community Psychol* 2013; 52:84-96.
16. Racino JA. Community living for adults with developmental disabilities: A housing and support approach. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps* 1995; 20(4): 300-310.
17. Carling PJ. Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities. New York: Guilford, 1995. p. 21-22.
18. Ware NC, Hopper K, Tugenberg T, Dickey B, Fisher D. Connectedness and citizenship: Redefining social integration. *Psychiatric Services* 2007; 58(4): 469-474.
19. 5378 Sayılı Engelliler Hakkındaki Kanun. T.C. Resmi Gazete, 25868, 07 Temmuz 2005.
20. Arıkan Ç. Sosyal model çerçevesinde özür lülüğe yaklaşım. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi* 2002; 2(1):11-25.
21. Okur N, Erbil Erdugan F. Sosyal haklar ve özür lülüler: Özür lülük modelleri bağlamında tarihsel bir değerlendirme. II. Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu, Pamukkale Üniversitesi, Denizli, 2010: 245-263.
22. Gülmez M. İnsan hakları olarak sosyal haklar ve sosyal haksızlıklar. *Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu*, Akdeniz Üniversitesi, Antalya, 22-23 Ekim 2009. p. 3-17.
23. Tanör B. Anayasa hukukunda sosyal haklar, İstanbul: May Yayınları; 1978. p.92.
24. Balkır ZG. Türk anayasa yargısında sosyal hakların korunması. Ankara: Kuban Matbaacılık; 2009. p.238
25. Yılmaz, V. İnsan hakları ve karşılaştırmalı sosyal politika ışığında Türkiye'de ruh sağlığı politikaları: Tespitler ve öneriler. RUSİHAK Ruh Sağlığı Alanında İnsan Hakları Girişimi Derneği. İstanbul: Karika Matbaacılık; 2012, www.rusihak.org Erişim tarihi: 05.08.2016.
26. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal ruh sağlığı eylem planı 2011-2023. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2011.
27. 1739 Sayılı Milli Eğitim Temel Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 14574, 24 Haziran 1973.
28. Türkiye İstatistik Kurumu 2013 Okuryazarlık Oranları, Türkiye İstatistik Kurumu, 2013, <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=18619> Erişim tarihi:25.07.2016.
29. Milli Eğitim Bakanlığı Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği. T.C. Resmi Gazete, 23937, 18 Ocak 2000.
30. Sart H, Ala H, Yazlık Ö, Yılmaz FK. Türkiye kaynaştırma eğitiminde nerede?: Eğitimciye öneriler. XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı 6-7 Temmuz 2004, Malatya, 2004.
31. Uşan M. Mesleki eğitim ve istihdam, devlet personel rejimi ve iş mevzuatı, E-Akademi, Sayı 15, Mayıs 2003, <http://www.E-Akademi.org/makaleler/fusan-1.htm> Erişim tarihi: 05.08.2016.
32. Makas R. Korumalı iş yeri, Çimento İşveren Dergisi, Sayı: 6 Cilt: 25, Kasım 2011, s. 5. www.ceis.org.tr/dergi/2011kasim/makale1.pdf Erişim tarihi:05.08.2016.
33. 4857 Sayılı İş Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 25134, 22 Mayıs 2003.
34. İŞKUR İstatistik Yıllıkları 2015, İŞKUR, 2015, <http://www.iskur.gov.tr/kurumsalbilgi/istatistikler.aspx> Erişim tarihi: 05.08.2016.
35. Kayacı E. Özür lülüler için verimli bir engelli politikası oluşturulması. Ankara: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi; 2007. p.102.
36. Çavuş, ÖH, Tekin, A. Türkiye'de engellilerin istihdam yöntemi olarak korumalı işyeri, Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2015; 30(1): 145-165.
37. Uğuzer Karçkay K. Employment policies and their implications for disabled population in Turkey, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: H.Ü. Nüfus Etüdüleri Enstitüsü; 2001. p.130-145.
38. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. T.C. Resmi Gazete, 31 Mayıs 2006.
39. 2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun. T.C. Resmi Gazete, 15642, 10 Temmuz 1976.
40. Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni, TC. Sağlık Bakanlığı; 2006. p.53-85.
41. T.C. Sağlık Bakanlığı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 2011.

42. World Health Organization, World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: A global perspective. Geneva: World Health Organization 2008, p.3.

43. Kusgozoglu T, Akbıyık DI. Development of social services and psychiatric social work in Turkey, International Journal of Mental Health 2007; 36(3): 29-37.