

BARIŞ HASTANESİNDE "FİŞLENME" PANİĞİ

PATRONLAR KAZANIYOR KADINLAR EZİLİYOR

MAHKÜMLAR BALIK İSTİFİ HALİNDE BARINIYOR

AB projesi altında hazırlanan Yaşlı Bakımevleri Durum Tespit Raporu, Kuzey Kıbrıs'taki yaşlı bakımevleri ile huzurevleri konusundaki birçok eksikliği gözler önüne serdi.
**Ne yasalar, ne fiziksel alt yapı,
ne de personel sayısı yeterli**

CEZAEVİ'NDE HASTALIK İSYANI

2020'DE 4-YENİ AIDS VAKASI

"TÜM YAŞLI BİREYLER İÇİN EŞİT KOŞULLAR SAĞLANMALI"

Uzman Adli ve Klinik Psikolog Çorbacı:
"ASIL SORUN MERDİVEN ALTI SEKS KÖLELİĞİ"

Kıbrıs'ın kuzey kesiminde
Marjinalize olmuş /
Ötekileştirilmiş Grupların
Hasta Haklarıyla ilgili
Durumlarına İlişkin Ayrıntılı
Araştırma

Evrensel Hasta Hakları Derneği
Universal Patient Rights Association



Biz KİMİZ?

Evrensel Hasta Hakları Derneği 2002 yılında Kıbrıs türk toplumunda kurulmuş olan bir sivil toplum örgütüdür. Vizyonumuz uluslararası kalite standartları kapsamında, ülkemizde hasta bakım kalitesinin optimal düzeyde geliştirilmesi, güvenli bir hasta bakım çevresinin yaratılmasıdır.

Hastaları, evrensel hasta hakları konusunda bilgilendirmek ve güçlendirmek, benzer hakların ülkemizde de temsil edilmesine ve sağlık hizmetlerinin temel prensipleri dahilinde olmalarını sağlamak, buna öncülük etmek en önemli kuruluş amaçlarımızdan biridir.

(www.ehhd.eu)

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ.....	2
METODOLOJİ.....	3
BÖLÜM 1: BAKİMEVLERİNDEKİ YAŞLILAR	5
BÖLÜM 2: RUH SAĞLIĞI TEDAVİSİ GÖREN BİREYLER.....	29
BÖLÜM 3: TUTUKLU VE HÜKÜMLÜLER.....	41
BÖLÜM 4: GECE KULÜPLERİNDE ÇALIŞAN KADINLAR.....	55
BÖLÜM 5: HIV/AIDS'LE YAŞAYAN KİŞİLER (PLWHA).....	68
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	80
GENEL SONUÇ VE ÖNERİLER.....	83

ÖNSÖZ

Kıbrıs'ın kuzeyinde hasta hakları alanında ilk kez gerçekleştirdiğimiz bu araştırma, azim, sabır, ve özveriyle yoğrulmuş bir ekip çalışmasının sonucudur.

Onlar olmasalardı bu çalışmanın ortaya çıkması mümkün olmayacaktı. Çalışmanın yürütülmesi sırasında desteğini esirgemeyen, özellikle gerekli kolaylıkları gösteren herkese teşekkürü borç biliriz.

Aydan Başkurt - Sosyal Hizmetler Müdürü

Ayşegül Baybars - İşleri Bakanı

Biray Şenyiğit - Ayışığı Bakımevi Sahibi

Dr. Abidin Akbirgün - Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi - Başhekim

Dr. Ayşegül Biçer - Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi - Pratisyen Hekim

Dr. Cenk Soydan – Yataklı Tedavi Kurumları Müdürü – KKTC Sağlık Bakanlığı

Dr. Nesil Bayraktar - Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi - Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı

Dr. Özge Özsezer - Cezaevi Diş Hekimi

Dr. Sonuç Büyük - Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi – Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Dr. Şebnem Benar - Kalkanlı Bakımevi

Dr. Zeki Öznaçar - Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi - Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

EHHD Yönetim Kurulu ve Yönlendirme Komitesi

Fahri Bilgehan - Halk Vakfı Yaşlı Bakımevi Yöneticisi

Halit Kavçın - Eczacı

Hatun Ayar - Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi - Başhemşire

Metin Bilmem - Cezaevi Müdürü

Şerife Alibaba - İkinci Bahar Bakımevi Sahibi

Teslime Akbaş - Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi – Başhemşire

Evrensel Hasta Hakları Derneği Başkanı

Emete İmge

GİRİŞ

Bu çalışma, Evrensel Hasta Hakları Derneği tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ana hedefi Yaşlı bakımevlerinde kalanlar, tutuklu ve hükümlüler, HIV pozitif bireyler, ruh sağlığı tedavisi görenler ve seks kölelerinin sahip oldukları haklara ilişkin farkındalık düzeylerini analiz etmeyi ve araştırmanın yayınlanan sonuçları üzerinden temel hakları ihlal edilen bu gruplar hakkında kamuya açık bir tartışmayı başlatmayı amaçlamaktadır.

Hakları ihlal edilen her hasta ötekileştirilir. Ancak, dezavantajlı grupların bu ihlallere maruz kalma olasılığı daha yüksektir. Raporda ötekileştirilmiş (marjinal) gruplar şu şekilde tanımlanmıştır: (1) yaşlı bakımevlerinde kalanlar, (2) tutuklu ve hükümlüler, (3) HIV pozitif bireyler, (4) ruh sağlığı tedavisi görenler ve (5) seks köleleri.

Aralarında seks kölelerinin, tutuklu ve hükümlülerin, yaşlı bakımevinde kalan yaşlıların, ruh sağlığı tedavisi görenlerin ve HIV hastalarının yer aldığı ötekileştirilmiş, marjinalize edilmiş gruplar, genellikle hasta hakları bakımından göz ardı edilen gruplardır. Bu bağlamda, bu araştırma, bu grupta yer alanların sahip oldukları haklara ilişkin farkındalık seviyelerini analiz etmeyi ve araştırmanın yayınlanan sonuçları üzerinden temel hakları ihlal edilen bu grup hakkında kamuya açık bir tartışma başlatmayı amaçlamaktadır.

METODOLOJİ

Çalışmada kullanılan metodoloji derinlemesine görüşmeler yöntemidir. Çalışmada, her hedef gruptan yaklaşık 6 kişi ve her grupta çalışan 4 uzman ile görüşmeler yapılarak toplamda 50 kişiyle görüşülmesi hedeflenmiştir.

Araştırma, Prologue Consulting Ltd. tarafından yüz yüze derinlemesine mülakat yöntemi kullanılarak Evrensel Hasta Hakları Derneği çalışanları ile birlikte gerçekleştirilmiştir.

Her hedef grup için görüşülen örneklem şu şekildedir:

- Bakımevlerindeki Yaşlılar:

5 yaşlı ve (aralarında 3 özel bakımevi sahibi de dâhil olmak üzere) 7 uzmanla derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşme yapılacak yaşlılar her bakımevinin yönetimi tarafından seçilmiştir. Araştırma uzmanı tarafından yönetime verilen profil örneğinde 'bakımevindeki deneyimlerini kolaylıkla anlatabilecek herhangi bir yaşlı' tanımı yer almıştır. Yaşlılarla yapılan görüşmeler kaldıkları bakımevinde gerçekleşmiş, görüşmeler bakımevinde görevli bir personel eşliğinde yapılmıştır.

- Ruh Sağlığı Tedavisi Gören Kişiler:

5 hasta ve 5 uzman ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşme yapılacak hastaların Barış Ruh ve Sinir Hastanesi tarafından seçilmiştir. Araştırma uzmanı tarafından yönetime verilen profil örneğinde 'ruh sağlığı hastanesindeki deneyimlerini kolaylıkla anlatabilecek herhangi bir hasta' tanımı yer almıştır. Hastalarla yapılan görüşmeler hastanenin özel bir odasında, bir doktor eşliğinde yapılmıştır.

- Tutuklu ve Hükümlüler:

6 tutuklu ve 4 uzman ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Tutuklu ve hükümlülerin seçimi cezaevi yönetimi (Central Prison/Merkezi Cezaevi) tarafından belirlenmiştir. Araştırma uzmanı tarafından yönetime verilen profil örneğinde 'mevcut durumda sağlık sorunu olan veya cezaevindeyken sağlık sorunu yaşamış herhangi bir tutuklu' tanımı yer almıştır. Tutuklu ve hükümlülerle yapılan görüşmeler cezaevi içindeki özel bir odada gardiyan hazır bulunmaksızın yapılmıştır.

- Seks Köleleri:

7 kadın ve 2 uzmanla yapılan yüz yüze görüşmelerin yanı sıra geçmişte Kıbrıs'ın kuzey kesiminde çalıştıktan sonra ülkelerine dönen üç kadına da çevrimiçi ortamda anket gönderilmiştir. Bu kadın grubuyla ilaveten mülakat yapılmasının nedeni, Kıbrıs'ta kadınlarla yapılan yüz yüze görüşmeleri desteklemek olmuştur. Zira yüz yüze yapılan görüşmelerde kadınların çalıştığı gece kulübünden bir koruma görevlisi de hazır bulunmuştur. Araştırma ekibi, daha doğru verilerin elde edilebilmesi amacıyla yapılan araştırmanın 'özgür' bir ortamda gerçekleşmesi gerektiği kararını vermiştir. Bu nedenle, Kıbrıs'ın kuzeyindeyken bu kadınlarla temas halinde olan bir uzman aracılığıyla ülkelere dönmüş olan bu kadınlara ulaşılmıştır.

- HIV/AIDS ile Yaşayan Bireyler

Mahremiyet ve anonim kalma sorunları nedeniyle hastalarla derinlemesine görüşmelerin yapılması mümkün olmamıştır. 4 uzmanla derinlemesine görüşmeler yapılırken, 7 hasta çevrimiçi ortamda gönderilen bir anketi doldurmuşlardır. Bir kişi ise HIV pozitif olmakla ilgili ayrıntılı bir makale yazmıştır. Araştırmaya dâhil edilecek görüşmecilerin seçimi, bir doktor ve HIV'le yaşayan bireyler ile çalışan bir dernek tarafından yapılmıştır.

Yaşlı Bakımına dair “Ulusal” Planın Hazırlanması

BÖLÜM 1
BAKİMEVLERİNDEKİ
YAŞLILAR

Nüfusun yaşlanması küresel bir olgudur. 'Dünya genelinde 65 yaş ve üstü nüfusun payı 1990'da yüzde 6'dan 2019'da yüzde 9'a yükselmiştir.' (<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>)

Dünya genelinde olduğu gibi, yaşlanma, Kıbrıs'ın kuzey kesiminde de bir sorundur. 2006'de yapılan Nüfus Sayımına göre, Kıbrıs Türk nüfusunun % 14'ü 60 yaşın üzerindeyken, nüfusun % 10'u 65 yaşın üzerindedir. (<http://nufussayimi.devplan.org/Nufus-nitelikleri-index.html>)

Dünyadaki trendler ve yaşam tarzları değiştikçe, yaşlı bakımı giderek daha önemli hale gelmektedir. Geleneksel olarak, aile üyelerinin sorumluluğunda olan yaşlı bakımı Kıbrıs'ın kuzey kesiminde geniş ailenin yaşadığı evde sağlanıyordu. Bugün, yaşam ve çalışma koşulları değiştikçe, giderek daha fazla yaşlı insan 'hane dışından' birisinin bakımına ihtiyaç duymaktadır. Gücü yetenler bu bakımı, genelde, yatılı bakıcıyla karşılamaktadır. Bununla birlikte, ücretli bir bakıcı alacak gücü olmayan veya kendilerini barındırabilecek akrabaları olmayan birçok yaşlı vardır. Bu durum, yaşlı bakımevlerinin birçok yaşlı için acil bir ihtiyaç haline geldiği anlamına gelmektedir.

Yaşlı bakımı için farklı tesis türleri vardır.

ABD'de Alzheimer ve Alzheimer hastalığıyla ilgili demans araştırmaları konusunda önde gelen federal kurum Ulusal Yaşlanma Enstitüsü'ne göre:

Yatılı bakım tesisleri veya grup yaşam evleri olarak da adlandırılan huzurevi ve bakımevleri, genellikle 20 veya daha az sakini olan küçük özel tesislerdir. Odalar özel oda veya paylaşımlı odalar olabilmektedir. Sakinlere kişisel bakım sağlanmakta, yemek verilmekte ve günün her saati hizmet veren personel bulunmaktadır. Tesis içinde genelde hemşirelik ve tıbbi bakım hizmetleri sağlanmamaktadır.'

‘Destekli yaşam, günlük bakımda yardıma ihtiyacı olan, ancak bakımevinin sağladığı kadar fazla yardıma ihtiyaç duymayan insanlar içindir. Destekli yaşam tesislerinin büyüklüğü 25 kişi ile 120 kişi arasında değişmektedir. Tipik olarak, tesislerde birkaç seviyede “bakım hizmeti” sunulmakta, tesislerde kalanlar daha yüksek seviyede bir bakım hizmeti almak istediklerinde daha fazla para ödemektedir.’

‘Nitelikli bakım tesisleri olarak da adlandırılan bakımevleri, çok çeşitli sağlık ve kişisel bakım hizmetleri sunarlar. Burada sunulan hizmetler tıbbi bakıma odaklanmaktadır ve bakımevlerinde destekli yaşam tesislerinin çoğundan daha fazla tıbbi bakım sağlanmaktadır. Bu hizmetler içerisinde, tipik olarak, hemşirelik bakımı, 24 saat gözetim, günde üç öğün yemek ve günlük faaliyetlerle ilgili yardım yer alır. Fiziksel, mesleki ve konuşma terapisi gibi rehabilitasyon hizmetleri de mevcuttur. ’

(<https://www.nia.nih.gov/health/residential-facilities-assisted-living-and-nursing-homes>)

Kurum temelli yaşlı bakımı alanında Kıbrıs’ın kuzey kesiminde örnek alınabilecek birçok iyi uygulama örneği vardır. Bu iyi uygulamalardan bazıları aşağıda verilmiştir:

‘**Avusturya** yaşlı bakımevlerine yönelik ulusal kalite sertifika sistemini getirmiştir. Sunulan hizmetlerin kalitesi konsolide ve objektif bir süreçle değerlendirilmektedir. Değerlendirmede, bu evlerde yaşayan yaşlıların ve çalışan personelin memnuniyet düzeyi ve yaşlıların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla düzenlenen günlük rutinler gibi kriterler kullanılmaktadır.

Belçika’da, bir kurumda yaşam sürmenin çeşitli yönlerini kapsayan bir Kalite Şartı oluşturulmuştur.

Çek Cumhuriyeti’nde, Ombudsman, sağlık kuruluşlarına ve yaşlılara yönelik yatılı hizmet veren kurumlara ziyaretler gerçekleştirerek bu yer-

lerde insan hakları ve insan onuruna saygı konusundaki duruma ilişkin raporlar yazmakta ve tavsiyeler yayınlamaktadır.

Fransa'da yaşlılara bakım hizmeti veren yapılarda, gelen yaşlılara sahip oldukları hak ve özgürlükler hakkında bilgiler içeren bir bildirge verilir. Söz konusu yapılarda, yaşayanların da katıldığı bir "sosyal yaşam konseyi" vardır.

Finlandiya'da, bölgesel bir dernek, yatılı bakım hizmeti veren kurumlara alternatif olarak, günlük yaşamlarını kendi başlarına yönetebilecek yaşlılara yönelik, içinde 35 dairenin yer aldığı bir topluluk evi inşa etmektedir. Ortak yemekler ve faaliyetler de düzenlenmektedir.

Almanya, yatılı bakım ve evde bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi amacıyla Uzun Süreli Bakıma ve Yardıma İhtiyaç Duyan Kişilere yönelik Haklar Bildirgesini yayınlamıştır. Ulusal düzeyde belirlenen standartlar temelinde hem yatılı hem de yatılı olmayan bakımın kalitesi düzenli olarak gözden geçirilmektedir. "Alliance for Dementia" inisiyatifi, demanstan muzdarip insanlara sağlanan bakımın iyileştirilmesine yönelik bir eylem planının hayata geçirilmesi ve bu hastaların evlerinde kalmalarına yardımcı olunması amacıyla kurulmuştur.

Yunanistan'da kurumları denetleme sorumluluğuna sahip olan sosyal danışmanlar, kurumların düzgün işleyişini, sunulan bakımın kalitesini ve yaşlıların refahını kontrol etmek amacıyla ziyaretler gerçekleştirirler. İrlanda, finansal zorluklarla karşı karşıya kalan birçok bireye ve aile için tasarlanan bir destek programını yürürlüğe koyarak bu kişilerin huzurevinde bakım masraflarını ödemek için evlerini satmak veya yeniden ipotek ettirmek zorunda kalmalarının önüne geçmeyi hedeflemiştir. Bu program kapsamında sağlanan destek, kişinin kaldığı bakımevinin kamu, özel veya gönüllülük esasına göre çalışan bir bakımevi olup olmadığına bakılmaksızın sağlanmaktadır.

Türkiye, DSÖ Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırmasında (ICF) belirtilen bakım kriterlerini temel alarak evde bakım, gündüz bakımı, yatılı bakım, bakımevleri, palyatif ve kurumsal bakım da dahil olmak üzere, tüm bakım modellerini kapsayan bir Eşitlik Sözleşmesini hayata geçirmiştir. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805c649f

Kıbrıs'ın kuzeyinde kamuya ait iki bakımevi ve bir de huzurevi bulunmaktadır. Bunlar; Lapta'daki Huzurevi ile 'Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi' ve 'Kalkanlı Yaşam Evi'dir. Bununla birlikte, 5 özel bakımevi vardır. Ancak, özel huzurevi yoktur.

Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi ve Kalkanlı Yaşam Evi' 'Sağlık Bakanlığı altında faaliyet gösterirken, Lapta Huzurevi Çalışma Bakanlığı altında faaliyet göstermektedir. Kamuya ait üç yaşlı bakım tesisinin iki farklı 'bakanlık' tarafından yönetiliyor olması, yaşlı bakımındaki temel sorunlardan birisidir. Benzer şekilde, Kıbrıs'ın kuzey kesiminde bakımevlerine yönelik herhangi bir 'yasa'nın bulunmamasının taşıdığı anlam kamuya ait 2 bakımevinin ve 5 özel bakımevinin bir boşluk içinde faaliyet gösterdiğidir.

Yaşlı bakımına olan artan ihtiyacın beraberinde 'plansız' bir genişleme getirerek bakımevlerinin uygun ve ihtiyaç temelli bir vizyon olmaksızın gelişmesine yol açtığının vurgulanması önemlidir. Sınırlı sayıdaki bakımevlerinin çoğu uygun bir yönetim, kalite standartları ve denetim olmaksızın, yasal bir boşluk içinde faaliyet göstermektedir.

Huzurevlerinden kimlerin yararlanabileceğini tanımlayan koşulların yer aldığı bir 'yasa' vardır.¹ Söz konusu koşullar, huzurevlerine kabul edilebilecek kişilerin sürekli bakım ve gözetim gerektiren fiziksel ya da ruh sağlığı bozuklukları olmaması gerektiğini belirtmektedir. Öte yandan, kamuya ait huzurevlerine kabul edilebilecek kişilerin 55 yaş ve üzerinde olması, uyuşturucu kullanmaması, yeme, içme ve tuvalet ihtiyacını

giderme gibi günlük aktiviteleri bağımsız olarak yapabilmesi ve 'sosyal hizmetler dairesi' tarafından kayıt altına alınması gerekmektedir. Yapılan görüşmelerde, alternatif bakım tesislerinin olmaması nedeniyle, kamuya ait bu huzurevlerinin yukarıdaki tanıma uymayan kişileri de kabul ettiği belirtilmiştir. Kamuya ait huzurevlerinin bazen 'yasada' belirtilen koşulları 'göz ardı etmesi' gerektiği kolayca ifade edilebilir.

Her ne kadar Kıbrıs'ın kuzey kesiminde özel huzurevleri olmasa da, mevcut bir diğer 'yasa' '**özel huzurevleri yasası**'dır.² Bu 'yasa'nın amacı, özel huzurevlerinin açılması ve işletilmesi için gerekli koşulları tanımlamaktır. Özel huzurevleri, 'sosyal hizmetler dairesi'nden aldıkları izin ile faaliyet yürütürler. Bu 'yasa' gereğince aşağıda belirtilen koşullara sahip kişiler özel huzurevlerine kabul edilmemektedir: (madde 9 (3))

- Alkol ve/veya uyuşturucu madde bağımlısı olan,
- mahkemece korunmalarına veya tedavi altına alınmalarına karar verilmiş ruh sağlığı tedavisi gören bireyler ve
- tamamen tıbbi bakıma muhtaç olanlar.

¹ 'Huzurevi Yasası' (71/1989)

² 'Özel Huzurevleri Yasası' (32/2006)

Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi:

1988 yılında kurulan Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi, 'sağlık bakanlığı'na bağlı olarak faaliyet göstermekte ve bünyesinde 43 yaşlıyı barındırma kapasitesine sahiptir. Şu anda Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi'nde 40 kişi kalmaktadır. Personel ile yapılan görüşmelere göre mevcut durumda bakım ihtiyacı olan 35 kişi ile birlikte bağımsız olarak ihtiyaçlarını karşılayabilen 5 kişi Merkezde kalmaktadır.

Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi'nde toplamda 8 hemşire, 20 bakım personeli, 1 fizik tedavi uzmanı, 4 güvenlik personeli, 1 muhasebeci, 1 ambulans şoförü ve 10 temizlik görevlisi bulunmaktadır. Merkezi

haftada bir ziyaret eden doktor haftanın geri kalanında çağrı üzerine gelecek şekilde nöbettedir. Merkez'in ayrıca bir de ambulansı vardır.

Bu Rehabilitasyon Merkezi'nin faaliyetlerini kurallara bağlayan bir 'yasa'nın olmaması çeşitli sorunlara neden olmaktadır. Merkez'e kabul için resmi bir 'kriterin' olmaması bu sorunlardan birisidir. Bireylerin 'sosyal hizmetler dairesi'ne başvurmaları, (ekonomik olarak) yardıma muhtaç olduklarını belgelemeleri ve yaşlı bireyin bu tesise kabul edilmesi için 'izin' verilmesini talep etmeleri gerekmektedir. Diğer bir sorun da personel istihdam etmeyle alakalıdır. Yasal statü eksikliği nedeniyle, bakım ve temizlik hizmetlerinin özel şirketlerden hizmet olarak yaptırılması gerekmektedir. Söz konusu çalışanların sözleşmeli şirketlerce işe alınmasına ve yönetilmesine olanak sağlayan bu sistemde yaşlılara Merkez'de sunulan bakımın niteliği ve hizmet standartları güvence altına alınmaktadır. Uzmanlarla yapılan görüşmeler, bakım personelinin daha yüksek standartlara sahip olmasına ilişkin ihtiyacı ortaya koymaktadır.

"Şu anda bakım hizmeti verenlerin asgari eğitim düzeyi ortaokul diplomasıdır. Ancak, hasta bakımı için asgari olarak bir ön lisans derecesi gerekmektedir." (1. uzmanla yapılan görüşme)

Buna ek olarak, uzmanlarla yapılan görüşmelerde bakım personelinin hemşireler tarafından eğitildiği kaydedilmiştir.

Bu Merkez'de kalan kişiler acil durumlarda hastaneye götürülürken, kan testleri ve diğer rutin kontroller Merkez'de yapılmaktadır. Alınan kan numuneleri test için hastaneye gönderilmektedir. İlaç, stokta mevcut olması durumunda, hastane tarafından ya da aileler tarafından sağlanmaktadır. Bir odada 3 ila 4 kişinin kaldığı 17 oda bulunmaktadır. Her kişi üç günde bir banyo yapmaktadır.

Bu Merkez'de kalan yaşlıların beslenme ihtiyaçlarının düzenlenmesinden Genel Hastaneden gelen bir beslenme uzmanı sorumludur. Yaşlıla-

rın günlük olarak kullandığı ilaç, ya Hastane tarafından ücretsiz olarak sağlanmakta ya da aileler tarafından satın alınmaktadır. Temel hijyen malzemeleri Merkez tarafından sağlanırken, diğer ihtiyaçlar aileler tarafından karşılanmaktadır.

Bu Merkez'in yasal statüsünü tanımlayan bir 'yasa'nın olmaması temel sorunlardan birisidir. Ayrıca, burada kalan insanların sosyalleşmesine yardımcı olacak herhangi bir aktivite bulunmamaktadır. Bazı odalarda TV bulunurken bazılarında yoktur. İdeal bir durumda, her odada sadece 2 kişi kalmalıdır.

Lapta Huzurevi:

Kamuya ait tek huzurevi olan Lapta Huzurevi 40 kişilik kapasiteye sahiptir. şu anda burada 27 kişi kalmaktadır. 55 yaşın üzerindeki bireylere, 'sosyal hizmetler dairesi'ne yaptıkları başvuru sonrasında izin verilmektedir. Bakım ihtiyaı olup bu tesise kabul edilmeyen kişiler Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi'ne veya Kalkanlı Yaşam Evi'ne gönderilmektedir. Kişinin kabul edilmesi için Huzurevi doktorunun onayı alınmalıdır.

Haftada bir muayene gerçekleştiren ve haftanın geri kalanında nöbetçi olan bir doktor ve 3 hemşire de dâhil olmak üzere, toplam 26 personel bulunmaktadır ('sosyal hizmetler dairesi' başkanı ile görüşme). Burada ilginç olan, bu huzurevinde 27 kişiye hizmet veren 26 personel varken, Kalkanlı Yaşam Evi hemşire ve diğer personel eksikliği nedeniyle tam kapasiteyle çalışamamaktadır.

Lapta'da deniz kenarında bulunan Lapta Huzurevi, bölgede yaşanan sel baskınından sonra terk edilmek zorunda kalınmış ve 2011 yılında bir şahıstan kiralanan eski bir manastıra taşınmıştır. Vurgulanması gereken önemli nokta, huzurevinin artık hastaneden uzakta bir yerde, dağda yer aldığı, bir ambulansın bulunmadığı ve acil durumlarda orada yaşayan yaşlılar için riskli bir hal taşıdığıdır.

Kalkanlı Yaşam Evi:

2019 yılında 'Sağlık bakanlığı' bünyesinde kurulan Kalkanlı Yaşam Evi, Kıbrıs'ın kuzeyinde kamuya ait tek bakımevidir. Yaşlı bakımının 'sosyal hizmetler dairesi'nin yetki alanında olması bu tesisin durumunu kafa karıştırıcı hale getirmektedir. Bu tesisin 'sağlık bakanı' tarafından kurulmuş olması ve bu 'bakanlık' bünyesindeki bir kurul tarafından işletiliyor olması kaostun seviyesini daha da artırmaktadır. Kaostun bir diğer nedeni de tıpkı Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi gibi bu tesisin de bakımevleriyle ilgili bir 'yasa' olmaksızın yasal bir boşluk içerisinde faaliyet göstermesidir. Dolayısıyla, Rehabilitasyon Merkezi altında sıralanan sorunların aynısı burada da geçerlidir.

Kalkanlı Yaşam Evi 120 kişiliktir ancak şu anda 79 kişiyi barındırmaktadır. 8 hemşire, 1 doktor ve yaşlıları hastaneye nakletmek için bir araç vardır, ancak aracın şoförü yoktur. Doktor tesiste yer alan bir bungalovda yaşamaktadır. Bu nedenle, her zaman erişilebilir durumdadır. Bu tesisin tam kapasite ile çalışmamasının sebebi ise yeterli personele sahip olmamasıdır. Bülent Ecevit Rehabilitasyon Merkezi'ne benzer şekilde, bakım ve temizlik hizmetleri özel şirketlerden hizmet tedariki yoluyla karşılanmaktadır.

Kabul için hiçbir kriter yoktur ve bu kararın nasıl alınacağı da belirlenmemiştir. Başvurular 'sağlık bakanlığı'na yapılır ve muğlak bir süreçten geçer. Kamuya ait bakımevlerine olan büyük ihtiyaç nedeniyle Kalkanlı Yaşam Evi'nin yasal bir statüye sahip olması ve sürdürülebilir olması gerektiği vurgulanması gereken önemli bir noktadır.

Özel bakımevleri:

Şu anda Kıbrıs'ın kuzey kesiminde 5 özel bakımevi bulunmaktadır:

- İkinci Bahar Bakımevi
- Ece Bakımevi
- Halk Vakfı Yaşlı Bakımevi
- Özen Bakımevi
- Ayışığı Bakımevi (2 ev)

Özel bakımevleriyle ilgili herhangi bir 'yasa'nın olmaması nedeniyle özel bakımevlerinin faaliyette bulunabilmeleri için diğer tüm işletmeler gibi sadece yerel idareden izin almaları gerekmektedir. Bu, aynı zamanda, özel bakımevleriyle ilgili kalite standartlarının da olmadığı anlamına gelmektedir. Özel bakımevleriyle ilgili bir 'yasa'nın olmamasına rağmen, özel bakımevleri genelde 'sosyal hizmetler dairesi', bulunduğu yerel idare ve 'çalışma bakanlığı' tarafından denetlenir. Bu da kaotik bir durumdur. Her kurumun farklı bir yönden yetkisi vardır, bu nedenle, bu tesisleri birlikte denetleyebilmek amacıyla kurumların kendi aralarında koordinasyon halinde olmaları gerekmektedir. Örneğin, 'çalışma bakanlığı' çalışanların hukuki statüsünü denetlerken, belediye hijyen denetimi, 'sosyal hizmetler dairesi' de yaşlıların koşullarını kontrol etmektedir.

Görüşülen yetkililer, özel bakımevlerinin düzenli olarak (birkaç ayda bir) denetlendiğini iddia etseler de, bu çalışma için görüşülen bir bakımevi temsilcisi, bir yılı aşkın bir süredir denetlenmediklerini ifade etmiştir.

"Bir yıldır denetlenmedik. Koronavirüs sebebiyle uygulanan karantina esnasında dahi, kapanma başladıktan bir ay sonra 'Sağlık Bakanlığı'ndan virüse karşı önlem almamız gerektiğini belirten bir mektup aldık. Biz bunu zaten yapmıştık!" (Bakımevi temsilcisi-1)

Özel bakımevleri ile yapılan görüşmeler, bakımevlerinin sınırlı kaynaklara ve kapasiteye sahip olduklarını ve yoğunlukla neredeyse tam kapasiteye yakın çalıştıklarını ortaya koymaktadır. Bu bakımevlerinde kalan yaşlıların çoğu oldukça sınırlı bir gelire sahip olduğundan bakımevleri genelde tam ücret alamamaktadırlar. Bir temsilci, bu bakımevlerinde kalan yaşlıların çoğunun aldığı 1600 TL tutarındaki sosyal yardımlardan şikayet ettiklerini ifade etmiştir.

"Ayda 1600 TL alıyorlar. Bu sürdürülebilir değildir. Bu yeri işletebilmek için ihtiyacımız olan minimum miktar ayda 2000-2500 TL'dir. Geri kalan

miktarı genelde aileler ödemektedir. Ancak, aileleri olmayan bazı insanlar da var.” (Bakımevi temsilcisi-2)

Zihinsel engelli bireyleri barındıracak bir kamu tesisi olmadığından, özel bakımevleri bu kişileri genelde kabul etmek ve yaşlılarla birlikte barındırmak zorunda kalmaktadır. Bu çalışma kapsamında görüşülen özel bakımevleri temsilcileri, zihinsel engelliler için gerekli eğitime ve sahip olmadıkları ve gereken bakım koşulları bulunmadığından bu uygulamanın ideal olmadığını ve bu durumun bakımevindeki yaşlıların refahını da düşürdüğünü belirtmişlerdir. Bir bakımevi zihinsel engelli bireyleri kabul etmezken, diğerleri kabul ettiklerini söylemiştir.

Özel bakımevlerinde kurum içi doktor bulunmamaktadır. Genelde haftada bir ziyaret ederek yaşlıları muayene eden bir doktor vardır. Tam zamanlı çalışan hem bakıcı hem de hemşireler vardır. Yaşlılar için ne ambulans ne de ulaşım aracı bulunmaktadır. Acil durumlarda bireylerin aileleri ya da yakınlardaki bir hastanenin acil servisleriyle iletişime geçilmektedir. Yapılan görüşmelerde, ayrıca, özel bakımevlerine ambulans sağlanmadığı ve yaşlıları en yakın hastaneye götürmek için taksi çağırarak zorunda kaldıkları zamanlar olduğu da ifade edilmiştir. Bu durumda, taksi parası özel bakımevi veya yaşlıların ailesi tarafından ödenmektedir. Bu ideal olmaktan uzaktır, çünkü zaten kısıtlı ekonomik koşullar altında çalışan bakımevleri için yaşlıların taksiyle hastaneye gönderilmesi caydırıcı bir unsurdur.

Özel bakımevi temsilcilerinin dile getirdiği bir diğer sorun da bakım görevlilerinin bulunmasının zor olmasıydı. Uzmanlar, ayrıca, bakımevlerinde işe alınan bakım personelinin iş için gereken eğitime sahip olmadıklarını, ancak genellikle asgari ücret veya daha düşük ücretle işe alındıklarından, bölgede başka iş fırsatı bulamayan ‘eğitimsiz’ kişiler olduklarını belirtmişlerdir. Yapılan görüşmelerde, ayrıca, bu bakımevlerinin her birinde sadece 1 veya 2 hemşire olduğunu ortaya koymaktadır. İstihdam edilen hemşireler, ‘sağlık bakanlığı’ tarafından eğitilmektedir.

Uzmanlarla yapılan görüşmeler, özel bakımevlerinde kurum içi doktor bulunmamasının, yaşlıların bazen sağlık hizmetlerine anında erişemeyebileceği anlamına geldiğini göstermektedir. Bazen, acil durumlarda yaşlıların hastaneye kaldırılmadığı da bildirilmiştir. Görüşülen bakımevi temsilcileri acil bir durumda aile üyesini aradıklarını, ambulans ya da taksi çağırdıklarını söylerken, görüşülen diğer uzmanlar, yaşlıların hastaneye götürölmek yerine ölüme terk edildiğı vakaların da olduğunu ifade etmişlerdir.

Ayrıca, zihinsel engellilerin farklı bakım tesislerine yatırılmalarına rağmen, huzurevlerinde ve bakımevlerinde ruh sağlığı bozuk bireylerin bakımı konusunda hiçbir uzmanlığın bulunmamasının oldukça sorunlu olduğu uzmanlarla yapılan görüşmelerde ortaya koyulmuştur.

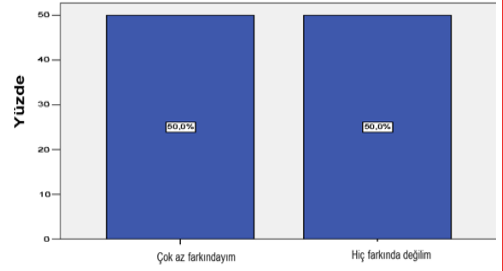
Bakım evlerinde iç tasarımın yaşlı dostu olması çok önemli olsa da, 'özel bakımevlerinden sadece ikisi yaşlılara uygun bakımevi olarak tasarlanmış ve inşa edilmiştir.³ Diğer özel bakımevleri ise yaşlıları barındıracak şekilde değiştirilmiş apartmanlardan veya evlerden oluşmaktadır. Özel bakımevleri genelde tam kapasite ile çalışmakta, bazen bir odada 3 veya 4 kişi bulunmaktadır.

³'Kuzey Kıbrıs'ta Huzurevi ve Yaşlı Bakımevlerinin Durum Tespit Raporu' Sivil Büyü-Proje No: S-0094, 9 Mart 2019

Yaşlılarla görüşmeler:

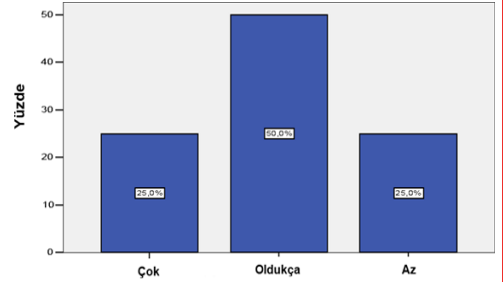
Yaşlıların hasta hakları konusunda ki farkındalıkları çok düşük düzeydedir.

Görüşülen yaşlıların yarısı farkındalık seviyelerinin çok düşük olduğunu söylerken, diğer yarısı hiç farkındalıklarının olmadığını belirtmiştir.



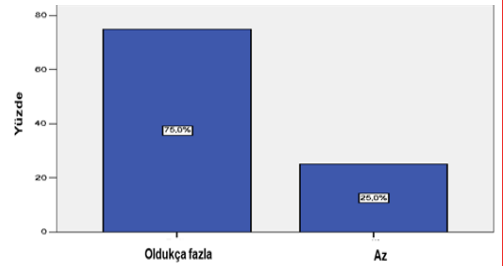
Yaşlılar önleyici tedbirler alma hakkına sahip olduklarını düşünmektedirler.

Görüşülen yaşlıların %75'i önleyici tedbir alma hakkına sahip olduklarını söylemiştir.



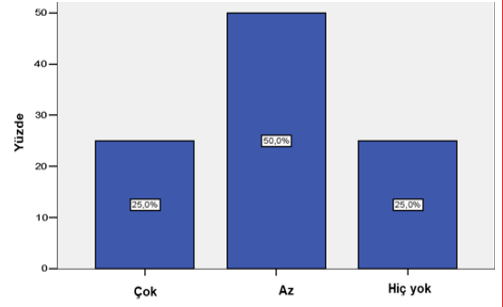
Yaşlılar, sağlık hizmetlerine erişimleri olduğunu düşünmektedir.

Görüşülen yaşlıların %75'i sağlık hizmetlerine çok az erişimleri olduğunu söylerken, %25'i oldukça fazla erişime sahip olduklarını söylemiştir.



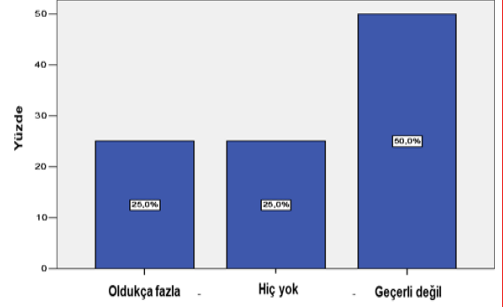
Yaşlıların kendilerine sunulan sağlık hizmetleri hakkındaki bilgilere erişimi ya çok azdır ya da hiç yoktur.

Görüşülen yaşlıların %75'i kendilerine sunulan sağlık hizmetleri hakkında çok az bilgisi olduğunu veya hiç bilgisi olmadığını belirtmiştir.



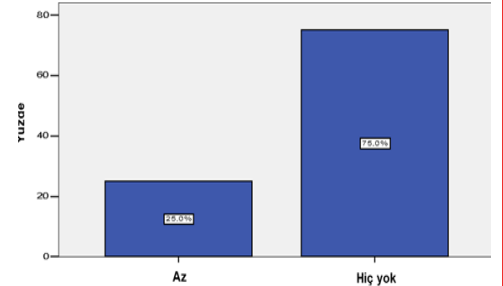
Yaşlıların sağlıkları hakkında karar vermek için bilgiye erişimi çok azdır veya hiç yoktur.

Görüşülen yaşlıların yalnızca %25'i sağlıkları hakkında karar vermek için bilgiye erişimleri olduğunu söylemiştir. %25'i erişimi olmadığını söylerken, %50'si soruya cevap vermemiştir. Ankete katılanların yarısının bu soruya cevap vermemiş olması, yaşlılar arasında bu konudaki farkındalık ve/veya anlayış eksikliğini göstermektedir.



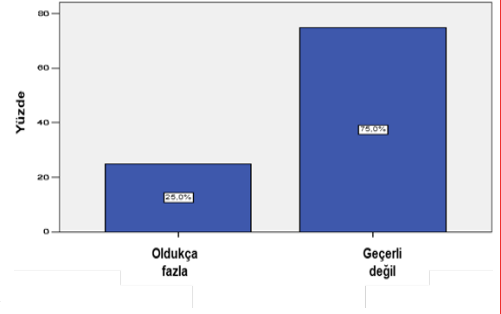
Yaşlılar özgür seçim yapma hakkına çok az sahip olduklarını veya hiç haklarının olmadığını düşünmektedirler.

Görüşülen yaşlılar, tedavilerinde çok az seçim hakkına sahip olduklarını veya hiç seçim hakları olmadığını belirtmişlerdir. Sadece %25'i çok az seçim hakkına sahip olduğunu söylerken, geri kalanı hiç seçim hakları olmadığını söylemiştir.



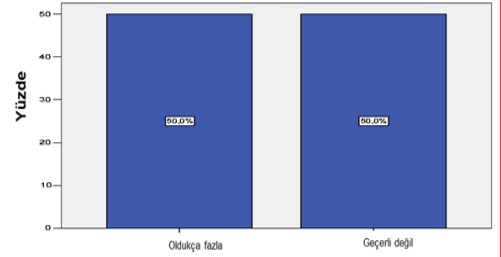
Mahremiyet hakkı, birçok yaşlının bilmediği bir konudur.

Yaşlıların %25'i mahremiyet haklarına saygı duyulduğunu söylerken, %75'i soruya cevap vermemiştir. Ankete katılanların %75'inin bu soruya cevap vermemiş olması, yaşlılar arasında bu konudaki farkındalık ve/veya anlayış eksikliğini göstermektedir.



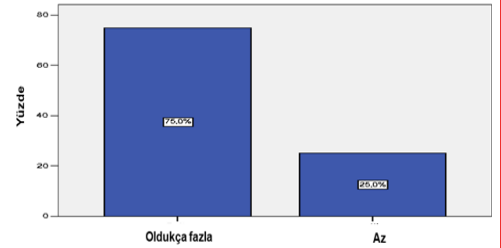
Yaşlılar, sağlıkla ilgili randevuların zamanlarına saygı duyulduğunu düşünmektedirler.

Görüşülen yaşlıların yarısı sağlıkla ilgili randevularda zamana saygı duyulduğunu ifade etmiştir. Yaşlıların yarısı bu soruya cevap vermemiştir.



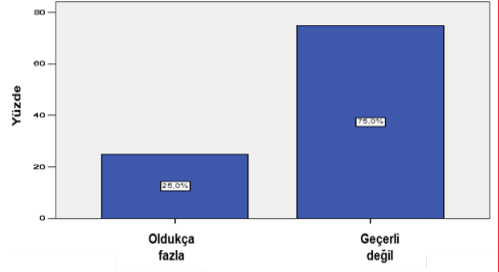
Yaşlılar kaliteli sağlık hizmeti aldıklarını düşünmektedirler.

Görüşülen yaşlıların %75'i kaliteli sağlık hizmeti aldıklarını söylerken, %25'i aldıkları sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük olduğunu belirtmiştir.



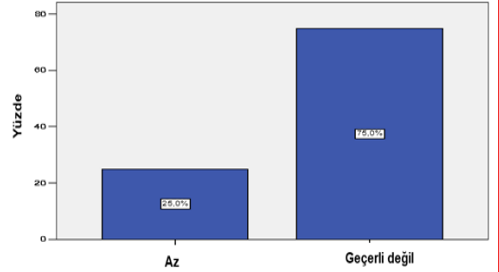
Yanlış tedaviye karşı korunma hakkı, birçok yaşlının bilmediği bir konudur.

Görüşülen yaşlının %25'i yanlış tedaviye karşı korunduğunu söylerken, %75'i soruya cevap vermemiştir.



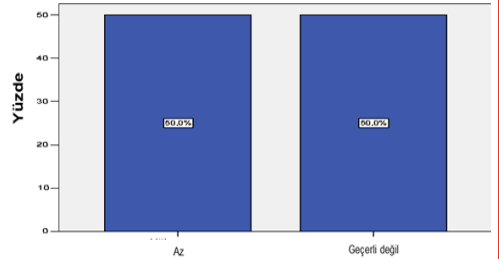
Yeni buluşlardan ve tedavi yöntemlerinden yararlanma hakkı, birçok yaşlının bilmediği bir konudur.

Görüşülen yaşlının %25'i yeni buluşlara ve tedaviye çok az erişimleri olduğunu söylerken, %75'i soruya cevap vermemiştir.



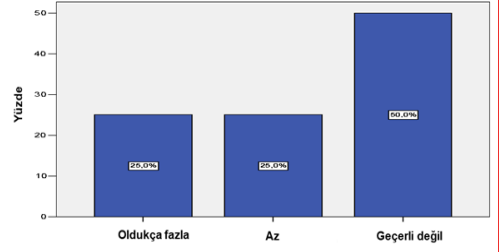
Yaşlılar, gereksiz acı ve ağrıdan kaçınma haklarının az olduğunu düşünmektedirler.

Görüşülen yaşlının yarısı gereksiz acı ve ağrıdan kaçınma hakları olduğunu söylerken, diğer yarısı soruya yanıt vermemiştir.



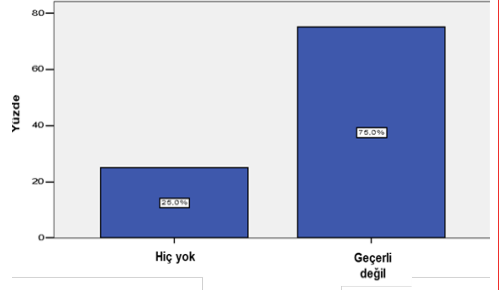
Kişiye özel tedavi alma hakkı, birçok yaşlının bilmediği bir konudur.

Yaşlıların %25'i kişiye özel tedavi alma hakkına sahip olduğunu söylerken, %25'i çok az hakları olduğunu belirtmiş ve %50'si de soruya cevap vermemiştir.



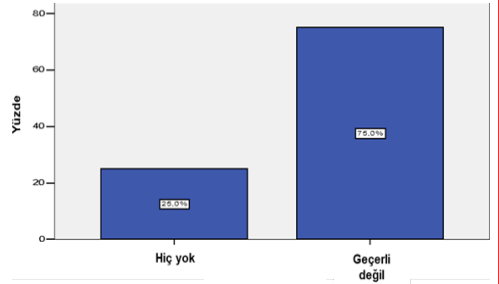
Şikâyetle bulunma hakkı, birçok yaşlının sahip olduğunu düşünmediği veya bilmediği bir konudur.

Görüşülen yaşlıların %25'i yanlış tedaviye karşı şikâyetle bulunma hakları olmadığını söylerken, %75'i soruya cevap vermemiştir.



Tazminat hakkı, birçok yaşlının bilmediği bir konudur.

Yaşlıların %25'i yanlış tedavi durumunda tazminat hakları olduğunu bilmediğini söylerken, %75'i soruya cevap vermemiştir.



Sonuç ve Öneriler:

1. Bilimsel bir halk sağığı politikasının ve Sağıık Riski Haritasının hazırlanması

Kıbrıs'ın kuzey kesiminde etkili ve bilimsel bir halk sağığı politikası ve bir sağıık riski haritası bulunmamaktadır. Bu durum, aynı zamanda, yaşlıların sağığıyla ilgili (jeriatrik) riskleri gerçekleştirmeden önce izlemeye yönelik ulusal bir politika olmadığından yaşlıları da etkilemektedir

2. Yaşlı Bakımına dair Ulusal Planın Hazırlanması

Yaşlı bakımı konusunda uzun vadeli bir plan olmadığını vurgulamak da önemlidir. Kamu tesisleri ihtiyaç arttıkça açılmaktadır. Ancak, bir plan veya vizyon yoktur ve bu nedenle yasal veya diğer altyapılardan yoksundur. Kıbrıs'ın kuzey kesimindeki (hem kamu hem özel) yaşlı bakımevlerinin birisi hariç ('yasa' ile kurulmuş olan Lapta Huzurevi), hiçbirisi finansal ve/veya yasal sorunlar nedeniyle sürdürülebilir değildir.

3. Kamu ve özel huzurevleri ve bakımevlerine yönelik 'yasa'ların hazırlanması ve bu 'yasalarda' hizmet kalitesi, bakım görevlilerinin ve hemşirelerin eğitimi için açık standartların yer almasının sağlanması.

Kıbrıs'ın kuzey kesiminde yaşlı bakım tesislerine büyük bir ihtiyaç olmasına rağmen, mevcut durumda var olan sınırlı sayıdaki tesislerde sunulan hizmetin kalitesini sınırlayan birçok yasal ve finansal sorun bulunmaktadır.

Kıbrıs'ın kuzey kesimindeki bakımevlerine ilişkin bir 'yasa'nın olmaması, bakımevlerinin faaliyetlerinde uymaları gereken standartların olmadığı anlamına gelmektedir. Faaliyetlerini denetim ve kalite standartlarının sınırlı olduğu bir boşluk içinde gerçekleştirmektedirler. Hemşirelerin yanı sıra, bakım görevlileri de uzmanlık içermeyen asgari düzeyde eğitim almaktadırlar. Yaşlıların bakımevlerinde ve huzurevlerindeyken kaliteli sağıık hizmeti almaları önemlidir. Gerekli olan 'yasa', bakımevleri için yüksek seviyede zorunlu standartlar getirecek şekilde acilen kabul edilmelidir.

Ne kamu ne de özel bakımevleri, Alzheimer ve diğer hastalıkları olan insanları tedavi edecek uzmanlığa sahiptir. Zihinsel engelliler için bakım tesisleri olmadığından, bakımevlerine ve huzurevlerine kabul edilmektedirler. Bu durum, bakımevlerinde ruh sağlığı bozuk bireylerin bakımı için herhangi bir uzmanlığın bulunmadığı gerçeğiyle birleştiğinde, hem ruh sağlığı bozuk bireyleri hem de bu tesisleri onlarla paylaşan yaşlıları da savunmasız bırakmaktadır.

Bununla birlikte, yaşlı bakımı sektöründe çalışan bakım personelinin çoğunlukla eğitim seviyesi düşük/eğitimden geçmemiş olduğu söylenebilir. Çoğu bakımevinde personel eksikliğinin olması personelin fazla çalıştığı ve yorgun olduğu anlamına gelmektedir. Yaşlı bakımında çalışan kişilerin maddi ve psikolojik açıdan daha iyi koşullarda çalışmaları önemlidir. Bu koşullar karşılanmadığında, yaşlıların alabilecekleri en iyi muameleyi almadıkları rahatlıkla varsayılabilir.

Dolayısıyla, hem huzurevlerinde hem de bakımevlerinde yaşlılara sunulan sağlık hizmetlerinin sınırlı olduğu söylenebilir.

4. Huzurevleri ve bakımevlerine daha fazla mali desteğin verilmesi

Özel bakımevlerinin temel sorunlarından birisi finansaldır. Kendilerine sağlanan kaynaklar oldukça sınırlıdır. Yaşlı bakım hizmetlerinin iyileştirilmesi için bu kuruluşların desteklenmesi önemlidir. Yapılan görüşmeler, özel bakımevlerinin yaşlıların gıda, temel hijyen ve ilaç ihtiyaçlarını karşılamada dahi sıkıntı çektiğini göstermektedir. Gerekli ilaçlar, mevcut olmaları durumunda, 'devletten' ücretsiz olarak alınabilmektedir. Aksi takdirde, ailelerden ilacı almaları istenmektedir.

Özel bir bakımevi temsilcisinin getirdiği öneri, yetkililerin her özel bakımevine ayda bir ücretsiz olarak bir doktor göndermesi olmuştur. Yaşlıların sosyalleşmelerine yardımcı olması bakımından ve ruh sağlıklarını koruyabilmeleri için günlük aktivitelerin yapılması gerekmektedir. Bu çalışma kapsamında ziyaret edilen tesislerin hiçbirinde yaşlılara yönelik planlanmış faaliyetler bulunmamaktadır. Odalarında

TV bulunanlar için tek faaliyetin bu olduğu görülürken, bazılarında ise TV dahi yoktur.

Yaşlıların sağılııyla ilgili (geriatrik)  alışmalar, tüm insanların belirli hastalıklar açısından izlenmesini  onermektedir. Etkili ve bilimsel bir halk sağılıı politikasının ve sağılık risk haritasının olmaması, geriatrik riskleri gerçekleşmeden önce izlemeye yönelik ulusal bir politika olmadığından yaşılları da etkilemektedir. Bu nedenle yaşılların  onleyici tedbirleri alma hakları da ihlal edilmektedir.

Yaşıllar arasında hasta hakları konusundaki farkındalık seviyesi çok azdır veya hiç farkındalıkları bulunmamaktadır. Bununla birlikte, yaşıllarla yapılan görüşmeler yaşılların aşağıdaki haklardan yararlanamadıklarını göstermektedir:

- Kullanabilecekleri sağılık hizmetleri hakkındaki bilgilere erişim
- Sağılıkları hakkında karar verebilmek için bilgiye erişim
- Özgür seçim hakkı
- Gereksiz acı ve ağırıdan kaçınma hakkı
- şikayet hakkı

Benzer şekilde, yaşıllar arasında aşağıdaki haklar konusunda da bir farkındalık eksikliği vardır:

- Mahremiyet hakkı
- Yanlış tedaviye karşı korunma hakkı
- Yeniliklerden ve yeni tedavi yöntemlerinden yararlanma hakkı
- Kişiye  zel tedavi alma hakkı
- şikayet hakkı
- Tazminat hakkı

Her ne kadar görüşülen yaşılların % 75'i  onleyici tedbirler alma hakkına sahip olduklarını hissettiklerini söylese de, geriatrik risklerin gerçekleş-

meden önce izlenmesine yönelik ulusal bir politika olmadığından ve Kıbrıs'ın kuzey kesiminde geriatri uzmanı bulunmadığı gerçeği, yaşlıların önleyici tedbirler alma haklarında iyileştirilebilecek alanlar olduğunu göstermektedir.

Avrupa Konseyi (CoE) Bakanlar Komitesi tüm üye devletlere yaşlı bakımı konusunda Kıbrıs'ın kuzey kesiminde de kabul edilmesi gereken aşağıdaki ilkeleri tavsiye etmektedir:

1. Üye Devletler, yaşlıların sağlık ve esenliğini teşvik etmek, sürdürmek ve iyileştirmeye yönelik önleyici tedbirler de dâhil olmak üzere, uygun tedbirleri almalıdır. Ayrıca, uygun sağlık bakımının ve uzun vadeli kaliteli bakımın mevcut ve erişilebilir olmasını sağlamalıdır.

2. Toplumda yaşlıların kendi evlerinde olabildiğince uzun süre kalmalarını sağlayacak hizmetler mevcut olmalıdır.

4. Üye Devletler, yaşlıların ihtiyaçlarının daha iyi değerlendirilmesi ve karşılanması amacıyla, yaşlıların sağlığı ve sosyal bakımı konusunda çok boyutlu bir yaklaşım sergilemeli ve yetkili hizmet sağlayıcıları arasında işbirliğini teşvik etmelidir.

5. Bakım hizmeti verenler, mahremiyet haklarına uygun şekilde, yaşlıların hassas kişisel verilerini gizli ve dikkatli bir şekilde ele almalıdır.

6. Yaşlılar için bakım hizmetinin karşılanabilir bir ücreti olmalıdır ve yaşlılara yardımcı olacak programlar, gerekmesi durumunda masrafların da karşılanacağı şekilde, hayata geçirilmelidir.

7. Sunulan hizmetlerin kalitesinin uygun olmasının sağlanması amacıyla, bakım hizmeti verenlerin yeterli eğitim ve desteği almaları sağlanmalıdır. Yaşlılara evde kayıt dışı bakıcılar tarafından bakılması durumunda, yaşlıların ihtiyaç duydukları bakımın verilebilmesini sağlamak

amacıyla kayıt dışı çalışan bakıcıların da aynı şekilde, uygun eğitim ve desteği alması sağlanmalıdır.

8. Üye Devletler, bakım hizmetlerinin düzenlendiği ve değerlendirildiği bir sistemi hayata geçirmelidir.

https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805c649f

Benzer şekilde, Avrupa Konseyi (CoE) Bakanlar Komitesi tüm üye devletlere yaşlıların kurumsal bakımı için aşağıdakileri tavsiye etmektedir:

1. Üye Devletler, artık kendi evlerinde ikamet edemeyen veya yaşamak istemeyen yaşlılar için yeterli ve uygun yatılı hizmetleri sağlamalıdır.

2. Kurumsal bakıma yerleştirilen yaşlılar serbest dolaşım hakkına sahiptir. Her türlü kısıtlama yasal, gerekli ve orantılı olmalı ve uluslararası hukuka uygun olmalıdır. Bu tür kararların gözden geçirilmesine yönelik uygun güvence mekanizmaları olmalıdır. Üye Devletler, yaşlı bir kişiye uygulanacak herhangi bir bireysel kısıtlamanın o kişinin özgür ve bilgilendirilmiş rızasıyla veya bir zarar riskine karşı orantılı bir müdahale olarak uygulanmasını sağlamalıdır.

3. Üye Devletler, hem kamu hem de özel bakım kurumlarının teftişinden sorumlu yetkili ve bağımsız bir makam veya organın bulunmasını sağlamalıdır. Üye Devletler, kolay erişilebilir olan etkili şikâyet mekanizmalarını hayata geçirmeli ve sunulan bakım hizmetlerinin kalitesinde oluşan herhangi bir eksikliğin giderilmesini sağlamalıdır.

4. İlke olarak yaşlılar, ancak özgür ve bilgilendirilmiş rızaları alınarak yatılı, kurumsal veya psikiyatrik bakıma yerleştirilmelidir. Bu ilkeye ilişkin herhangi bir istisna, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesinin gereklerini, özellikle de özgürlük ve güvenlik hakkını (Madde 5) karşılamalıdır.

https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805c649f

Yukarıda belirtilen tavsiyelerin hayata geçirilebilmesi için bir Ulusal Yaşlı Bakımı Planının olması gerekmektedir. İyi uygulama örneği olarak, 'ilk tam teşekküllü Ülke Programı Eylem Planını (2010-2014)' imzalayan Bosna Hersek ve BM Nüfus Fonu'ndan bahsedebiliriz. Planın bir bölümü tamamen yaşlılara ve sağlıklı yaşlanma ve yaşlılık bakımı için yasal bir çerçevenin oluşturulmasına ayrılmıştır. https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805c649f

Almanya'daki Uzun Süreli Bakıma ve Yardıma İhtiyaç Duyan Kişilerin Haklarına İlişkin Bildirgesinde bakmakla yükümlü olunan kişilerin hakları açıklanmakta ve bu kişileri aşağıdaki konularda çıkarlarını savunmaya teşvik etmektedir:

MADDE 1: KENDİ GELECEĞİNİ TAYİN (SELF-DETERMİNASYON) VE KENDİ KENDİNE YARDIM İÇİN DESTEK

Uzun süreli bakıma ve yardıma ihtiyacı olan herkesin kendi kararlarıyla ve bağımsız bir yaşam sürmelerini sağlamak amacıyla, mümkün olduğunca bu kişilerin öz yardım çabalarına yönelik destek alma hakkı bulunmaktadır.

MADDE 2: FİZİKSEL VE ZİHİNSEL BÜTÜNLÜK, ÖZGÜRLÜK VE GÜVENLİK

Uzun süreli bakıma ve yardıma ihtiyacı olan herkes, her türlü fiziksel veya zihinsel sağlık tehdidine karşı korunma hakkına sahiptir.

MADDE 3: MAHREMİYET

Uzun süreli bakıma ve yardıma ihtiyacı olan herkes, özel ve mahrem alanını koruma ve güvence altına alma hakkına sahiptir.

MADDE 4: BAKIM, DESTEK VE TEDAVİ

Uzun süreli bakıma ve yardıma ihtiyacı olan herkes, kişisel ihtiyaçlarına göre tasarlanmış nitelikli, sağlığı geliştiren bakım, destek ve tedavi alma hakkına sahiptir.

MADDE 5: BİLGİLENDİRME, DANIŞMANLIK, BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM
Uzun süreli bakıma ve yardıma ihtiyacı olan herkes, danışmanlık, bakım ve tedaviye yönelik mevcut olanaklar ve fırsatlar hakkında tam olarak bilgilendirilme hakkına sahiptir.

MADDE 6: İLETİŞİM, SAYGI VE TOPLUMA KATILMA

Uzun süreli bakıma ve yardıma ihtiyacı olan herkesin saygı görme, başkalarıyla etkileşimde bulunma ve toplum yaşamına katılma hakkı vardır.

MADDE 7: DİN, KÜLTÜR VE İNANÇ

Uzun süreli bakıma ve yardıma ihtiyacı olan herkes, kendi kültürüne ve inançlarına göre yaşama ve dininin gereklerini uygulama hakkına sahiptir.

MADDE 8: Palyatif Destek ve Ölüm

Uzun süreli bakıma ve yardıma ihtiyacı olan herkesin haysiyet içinde ölme hakkı vardır.

https://www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Die_Charta_in_Englisch.pdf

Ruh Sağlığı Planının Hazırlanması

BÖLÜM 2
RUH SAğLIğI
TEDAVİSİ GÖREN
BİREYLER

Ruh sağlığı bozukluklarını önleyen, erken tespit eden ve ruh sağlığı bozuk bireylerin iyileşmesini, bu kişilerin topluma tam olarak katılmalarını sağlayan, etkili ve uygun erişim imkânı sunan ve toplum desteği almalarına olanak sağlayan bir ruh sağlığı sistemine ihtiyaç vardır.

Kıbrıs'ın kuzey kesiminde ruh sağlığı hastalıklarıyla ilgili bir damgalama vardır. Zihinsel engelli çocuklara genellikle ebeveynleri bakmaktadır. Ebeveynleri vefat ettikten sonra ya da onlara bakacak hiç kimse kalmadığında ya da imkân olmadığında, onlar için uygun olan bir bakım ya da bakımevi bulunmaktadır. Ruh sağlığı bozuk pek çok insan, sınırlı eğitim ve/veya ekonomik fırsatlarla sahip bir şekilde toplumdaki izole yaşamaktadır. Bu nedenle, kapsamlı bir ulusal damgalama azaltma stratejisi yoluyla toplum ve hizmet anlayışı ile birlikte tutumları da iyileştirmeye ihtiyaç vardır.

Şu anda, Kıbrıs'ın kuzey kesiminde 'ruh sağlığı sistemi' olarak gösterilebilecek çok az şey bulunmaktadır. Ruh sağlığı hastalarının veya zihinsel engellilere yönelik bakım hizmeti veren tesisler bulunmamaktadır. Mevcut 'huzurevi yasası' (71/1989), ruh sağlığı hastalarının bakımevlerine alınmasına izin vermemektedir. Aynı zamanda, ruh sağlığı hastaları için alternatif tesisler olmadığından, bu hastalara istisna tanınarak genelde ya kamuya ait huzurevlerine ya da özel bakımevlerine kabul edilmektedirler.

Ruh sağlığı hastalarına yönelik bakım tesislerinin bulunmaması, kamuya ait huzurevlerine ya da özel bakımevlerine kabul edilseler dahi, ihtiyaçlarına özel bakım ve sağlık hizmetlerini alamayacakları anlamına gelmektedir. Bu kurumların uzmanları ve temsilcileriyle yapılan görüşmeler, bu kurumlarda ruh sağlığı hastalarının bakımı konusunda herhangi bir uzmanlığın olmadığını göstermektedir.

Ruh sağlığı hastaları için tek kurum, 1982 yılında kurulan 'Barış Ruh ve Sinir Hastanesi' dir. Ruh hastalığı olanlar hastaneye kabul edilmekte ve tedavi edilmektedir. Burası bir hastane olmasına ve uzun süreli bir bakım tesisi olmamasına rağmen, kendilerine bakacak kimsesi olmayan ve/veya kendileri-

ne bakacak durumda olmayan bazı hastalar burada uzun süre kalmaktadır. Uzmanlara göre, 2018 yılında uzun süreli yatan hasta sayısının azaltılmasına karar verilmiş ve ruh sağlığı olan birçok hasta, yaşlılar için açılmış olan özel bakımevlerine nakledilmiştir. Özel bakımevi temsilcileriyle yapılan görüşmeler, bu bakımevlerinin gerekli olan eğitimli personel eksikliği nedeniyle ruh sağlığı hastalarına bakacak kadar donanımlı olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, başka bir tesis olmadığından, özel bakımevleri bu hastalar için tek alternatif durumundadır.

Barış Hastanesi'nde 4 psikiyatrist (hasta görmeyen başhekim dâhil), 2 psikiyatrist yardımcısı ve 5 psikolog bulunmaktadır. Ayrıca, 4 çocuk psikiyatristi ve 1 psikoloğun çalıştığı bir çocuk servisi bulunmaktadır.

Uzmanlarla yapılan görüşmeler, psikiyatristlerin günde yaklaşık 25/30 hasta gördüklerini göstermektedir. Bu da, psikiyatristlerin terapiye ayıracak zamanları olmadığı anlamına gelmektedir. Randevu sisteminin olmaması, hastaların Barış Hastanesi'ne gitmesini bir günlük bir deneyim haline getirmektedir. Erken gelmeleri, sıraya girmeleri ve bir psikiyatrist görene kadar beklemeleri gerekmektedir. Psikologlar için herhangi bir gözetim sistemi yoktur.

Bu hastanede 2 servis vardır: akut tedavi servisi ve gidecek hiçbir yeri olmayan kronik yatılı hasta servisi. Kronik hasta servisinde yaklaşık 40 hasta bulunurken, akut tedavi servisindeki hasta sayısı zaman içerisinde değişmektedir.

Yapılan görüşmeler, akut tedavi servisinin ideal olmaktan uzak olduğunu, çünkü farklı hastalıklardan muzdarip bütün hastaların (depresyon, psikoz ve bağımlılıklar vb.) aynı serviste tedavi edildiğini göstermektedir. Hasta görüşmeleri de bunun ideal bir durum olmadığını ortaya koymaktadır. Alkol bağımlıları, bağımlıların diğer hastalardan ayrılması gerektiğini belirtmektedirler.

"Buraya uyuşturucu bağımlılığı tedavisi için geldim. Bağımlıları toplumdan izole etmeden tedavi etmenin hiçbir yolu yoktur. Uyuşturucu bağımlısı olan ancak yalan söyleyerek alkolik olduğunu söyleyen hastalar vardır. Uyuşturucu bağımlı-

lılığına dair bir damgalama olduğundan alkol bağımlılığı tedavisi görmektedirler. Burada spor gibi daha çok aktiviteye ihtiyacımız var.”

Hastaların şampuan, sabun, kadın hijyen ürünleri vb. günlük bakım ürünlerini kendilerinin alması gerekmektedir.

Uzmanlarla yapılan görüşmeler, bu hastanede tedavi için gereken ilaçlarla ilgili sorunlar olduğunu da göstermektedir. EKT ve TMS gibi yeni tedavi yöntemlerinin yanı sıra yeni nesil ilaçlar da bulunmamaktadır. Alkol hastalarının acil tedavisi için herhangi bir ilaç veya ekipman bulunmamaktadır.

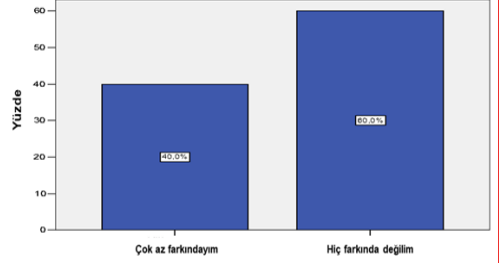
Bu hastanede mesai sonrası hizmetler için bir acil servis bulunmadığından hastaların genel hastanelerin acil servisine gitmesi gerekmektedir. Kan tahlili için laboratuvar bulunmamaktadır. Hastalar hastaneye gönderilmektedir ve bazen 30 gün sonrasına randevu alınmaktadır. Bu tür gecikmeler, hastaların tedavisini geciktirerek tedaviyi neredeyse imkansız hale getirmektedir. Uzmanlar, mevcut sistemin hastalar açısından çok faydalı bir sistem olmadığını kabul etmektedirler.

İdeal bir seansın 45 dakika olması gerekse de, psikiyatristler bir hastayla sadece 10-15 dakika geçirebildiklerini belirtmektedirler. Ayrıca, psikoterapi ve ayrı bir nevroz servisine de ihtiyaç olduğunu ifade etmektedirler. Psikiyatrist sayısının sınırlı olması ve hasta sayısının fazla olması nedeniyle mevcut durumda hastalara yönelik bir psikoterapi sağlanamamaktadır.

Ruh sağığı hastaları ile yapılan görüşmeler:

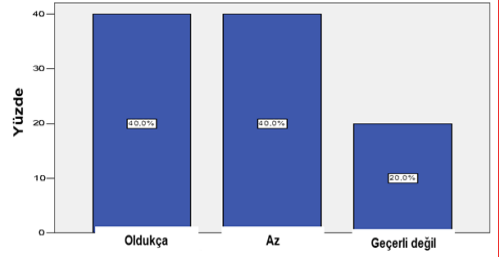
Ruh sağığı hastalarının hasta hakları konusundaki farkındalıkları çok düşük düzeydedir.

Barış Ruh Hastanesinde görüşülen kişilerin %40'ı hasta haklarının ne olduğu konusunda çok az farkındalıkları olduğunu söylerken, %60'ı hiçbir farkındalıklarının olmadığını söylemiştir.



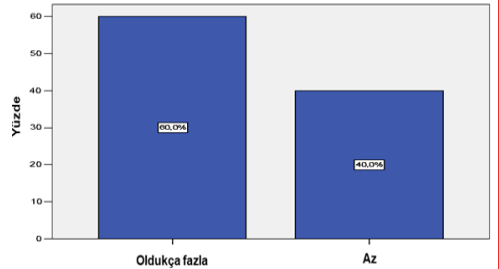
Önleyici tedbirler alma hakkı konusunda karışık düşünceler vardır.

Görüşülen ruh sağığı hastalarının %40'ı önleyici tedbir alma hakkına sahip olduklarını söylerken, %40'ı çok az hakları olduğunu ifade etmiş, %20'si ise soruya yanıt vermemiştir.



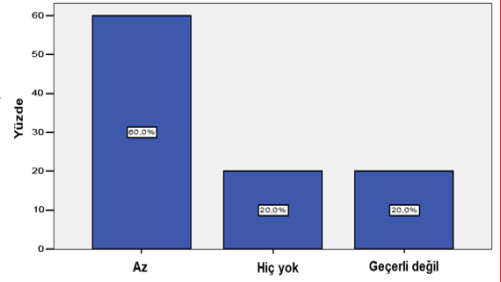
Ruh sağığı hastaları, sağıık hizmetlerine erişebildiklerini düşünmektedir.

Görüşülen Ruh sağığı hastalarının %60'ı sağıık hizmetlerine erişimlerinin oldukça fazla olduğunu söylerken, %40'ı çok az erişime sahip olduklarını belirtmiştir.



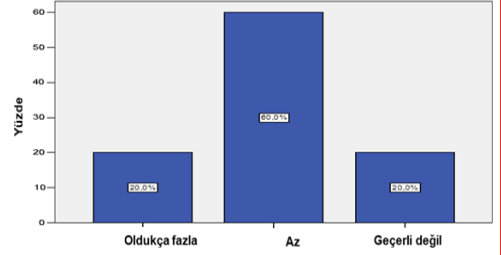
Ruh sağılığı hastalarının kendilerine sunulan sağılık hizmetleri hakkındaki bilgilere erişimi ya çok azdır ya da hiç yoktur.

Görüşülen ruh sağılığı hastalarının %80'i kendilerine sağılanan bilginin çok az olduğunu ya da hiç bilgi sahibi olmadıklarını söylerken, %20'si ise soruya yanıt vermemiştir.



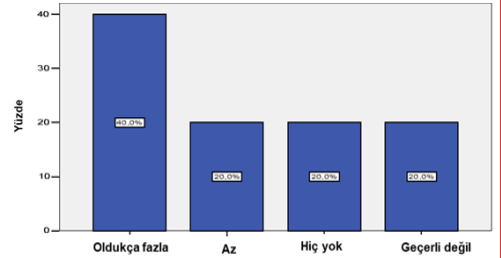
Ruh sağılığı hastalarının sağılıkları hakkında karar vermek için ellerinde çok az bilgi vardır.

Görüşülen ruh sağılığı hastalarının yalnızca %20'si sağılıkları hakkında karar vermek için bilgiye erişimleri olduğunu söylemiştir. %60'i erişimi olmadığını söylerken, %20'si soruya cevap vermemiştir.



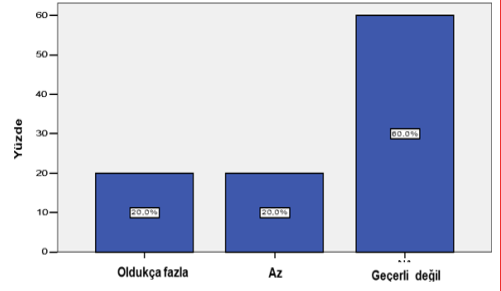
Özgür seçim hakkı konusunda karışık düşünceler vardır.

Görüşmeye katılanların %40'ı tedavilerini özgürce seçme hakkına sahip olduklarını söylerken, %40'ı çok az hakları olduğunu veya hiç hakları olmadığını belirtmiş, %20'si ise soruya cevap vermemiştir.



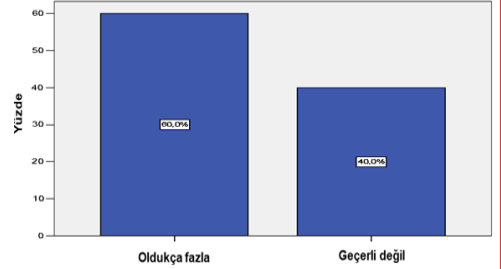
Mahremiyet hakkı, ruh sağlığı olan birçok hastanın bildiği bir konu değildir.

Görüşülen ruh sağlığı hastalarının %20'si mahremiyet haklarına saygı duyulduğunu söylerken, %20'si bu hakka çok az saygı olduğunu ifade etmiş, %60'ı ise soruya cevap vermemiştir.



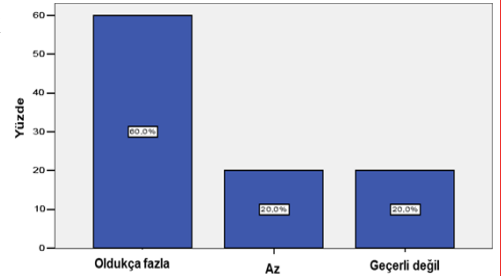
Ruh sağlığı hastaları, sağlıkla ilgili randevuların zamanlarına saygı duyulduğunu düşünmektedirler.

Görüşülen ruh sağlığı hastalarının %60'ı sağlıkla ilgili randevularda zamana uyulduğunu söylerken, %40'ı soruya cevap vermemiştir.



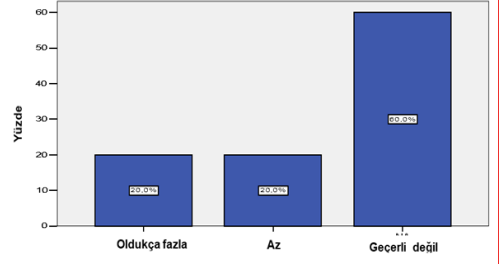
Ruh sağlığı hastaları kaliteli sağlık hizmeti aldıklarını düşünmektedir.

Görüşülen ruh sağlığı hastalarının %60'ı kaliteli sağlık hizmeti aldıklarını söylerken, %20'si hizmet kalitesinin düşük olduğunu ifade etmiş, %20'si ise soruya cevap vermemiştir.



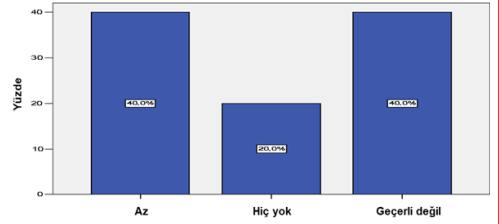
Yanlış tedaviye karşı korunma hakkı, ruh sağlığı olan birçok hastanın bilmediği bir konudur.

Görüşülen ruh sağlığı hastalarının %20'si yanlış tedaviye karşı korunduğunu söylerken, %20'si çok az korumaya sahip olduğunu belirtmiş, %60'ı ise soruya cevap vermemiştir.



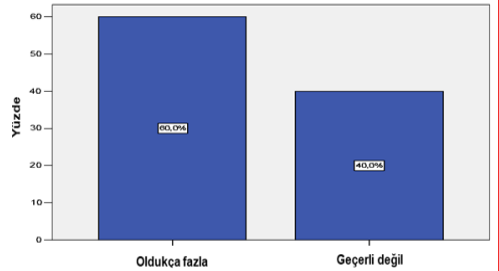
Ruh sağlığı hastalarının yeniliklerden ve yeni tedavilerden faydalanma hakları çok azdır veya hiç yoktur.

Görüşülen ruh sağlığı hastalarının %60'ı yeni buluşlara ve tedaviye çok az erişimleri olduğunu söylerken, %40'ı soruya cevap vermemiştir.



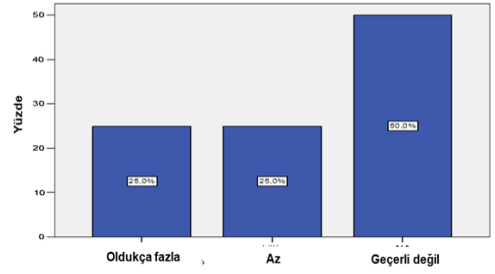
Ruh sağlığı hastaları gereksiz acı ve ağrıdan kaçınma haklarına saygı duyulduğunu düşünmektedir.

%60'ı gereksiz acı ve ağrıdan kaçınma haklarına saygı duyulduğunu söylerken, %40'ı soruya cevap vermemiştir.



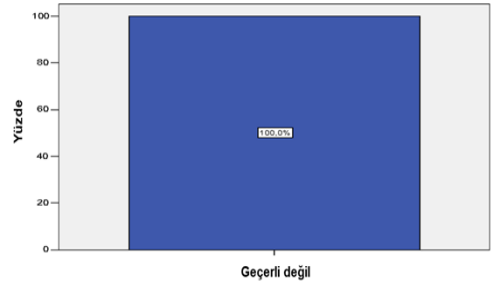
Kişiye özel tedavi alma hakkı, ruh hastalığı bulunan birçok hastanın bilmediği bir konudur.

Ruh sağlığı hastalarının %20'si kişiye özel tedavi alma hakkına sahip olduğunu söylerken, %20'si çok az hakları olduğunu belirtmiş ve %60'ı ise soruya cevap vermemiştir.



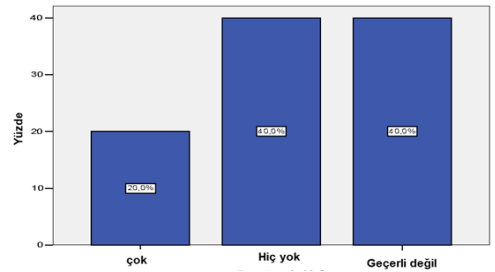
Şikayet hakkı, ruh hastalığı bulunan birçok hastanın bilmediği bir konudur.

Görüşülen ruh sağlığı hastalarından hiçbiri yanlış tedavi hakkında şikayette bulunma hakkı sorusuna cevap vermemiştir.



Tazminat hakkı, ruh hastalığı bulunan birçok hastanın bilmediği bir konudur.

Görüşülen ruh sağlığı hastalarının %40'ı tazminat hakkı konusunda bilgi sahibi olmadıklarını belirtirken %40'ı soruya cevap vermemiştir.



Sonuç ve Öneriler:

Ruh sağlığı hastalarının hasta hakları konusundaki farkındalıkları çok düşük düzeydedir.

Önleyici tedbirler alma hakkı ve özgür seçim hakkı konusunda karışık düşünceler vardır. Bazıları bu haklardan yararlandıklarına inanırken, diğerleri aksini düşünmektedir.

Ruh sağlığı hastalarının sahip olmadıklarını düşündükleri haklar:

- Kullanabilecekleri sağlık hizmetleri hakkındaki bilgilere erişim
- Sağlıkları hakkında karar verebilmek için bilgiye erişim
- Yeniliklerden ve yeni tedavi yöntemlerinden yararlanma hakkı

Ruh sağlığı hastalarının farkında olmadıklarını haklar:

- Mahremiyet hakkı
- Yanlış tedaviye karşı korunma hakkı
- Kişiyi özel tedavi alma hakkı
- Şikayet hakkı
- Tazminat hakkı

Kıbrıs'ın kuzey kesiminde etkili ve bilimsel bir halk sağlığı politikasının ve sağlık risk haritasının olmaması, genel ruh sağlığı için alınacak önleyici tedbirler açısından önemli olması sebebiyle, ruh sağlığı hastalarını da etkilemektedir.

Avustralya, Ulusal Ruh Sağlığı Stratejisine iyi bir örnektir. Stratejide; '... ruh sağlığı sorunları ve ruh hastalığıyla bütüncül bir mücadeleye ihtiyaç vardır. Söz konusu mücadele, toplum destek hizmetlerinin ve konaklamanın sağlanmasının yanı sıra uzman hizmetlerinin ve uygun klinik hizmetlerin önemini kabul eden bir mücadeledir. Müdahaleler kanıta dayalı, kapsamlı ve tamamlayıcı olmalı ve hastalığın önlenmesinden, nüksün (relaps) önlenmesine ve iyileşmeye kadar geniş bir alanı

kapsamalıdır. Ayrıca kendi geleceğini tayin etme (self-determinasyon), öz bakım ve kendi kendine yardımın önemini de kabul etmeleri gerekir.'

Avustralya'nın Dördüncü Ulusal Ruh Sağlığı Planının temelini oluşturan ilkeler:

- Sosyal içirme ve iyileşme;
- Önleme ve erken müdahale;
- Hizmete erişim, koordinasyon ve bakımın devamlılığı;
- Kalite iyileştirme ve yenilik ve
- Hesap verebilirlik - ilerlemeyi ölçme ve raporlama.

[https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9A5A0E8B-DFC55D3BCA257BF0001C1B1C/\\$File/plan09v2.pdf](https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/9A5A0E8B-DFC55D3BCA257BF0001C1B1C/$File/plan09v2.pdf)

Benzer şekilde, Avrupa Ruh Sağlığı Eylem Planı'nın hedefleri aşağıdaki şekildedir:

Dört temel hedef: (a) herkes, özellikle de en savunmasız veya risk altında olanların, yaşamları boyunca ruh sağlığını gerçekleştirme konusunda eşit fırsata sahiptir; (b) ruh sağlığı sorunları olan kişiler, sahip oldukları insan haklarına tam anlamıyla değer verilen, hakları korunan ve teşvik edilen vatandaşlardır; (c) ruh sağlığı hizmetleri erişilebilir ve uygun maliyetlidir, ihtiyaca göre toplumda mevcuttur ve (d) insanlar saygı çerçevesinde, güvenli ve etkili tedavi alma hakkına sahiptir.

Kesişen üç hedef: (e) sağlık sistemleri herkes için iyi fiziksel ve zihinsel sağlık bakımı sağlar; (f) ruh sağlığı sistemleri diğer sektörlerle iyi koordine edilmiş ortaklıklar içinde çalışır; ve (g) ruh sağlığı yönetimi ve hizmet sunumu, iyi bilgi ve bilgi birikimi ile yürütülür.

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf?fbclid=IwAR1ETsoyX9ledAY0XEaJG0aq-2bo4wFpMMosH-L5mOrU27unKq7pEx58oJSg

1. Bir Ruh Sağlığı Planının Hazırlanması

Ruh sağlığı bozukluklarını önleyen, erken tespit eden ve ruh sağlığı bozuk bireylerin iyileşmesini, bu kişilerin topluma tam olarak katılmalarını, etkili ve uygun erişimlerini sağlayan ve toplum desteği almalarına olanak sağlayan bir ruh sağlığı planına ihtiyaç vardır. Bu çalışma, mevcut ruh sağlığı sisteminin birçok kişi için tam iyileşme sağlamadığını, ruh sağlığıyla ilgili hastalıkları önleyemediğini, ruh sağlığı hastalıklarını tespit etme konusunda sınırlı bir kapasiteye sahip olduğunu, ruh sağlığı hastaları için uygun bakım tesislerinin olmadığını ve bu hastalara yönelik toplum desteğini kolaylaştıracak programların olmadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, ruh sağlığına yönelik önleyici tedbirlerin hem eğitim sistemine entegrasyonunu sağlayacak hem de sosyal hizmetlerin kapsamını dahil edecek bir ulusal politikaya ihtiyaç vardır.

2. Ruh sağlığı hastalıkları konusunda Damgalamanın Azaltılmasına yönelik Ulusal Stratejinin hazırlanması

Bu nedenle, kapsamlı bir ulusal damgalanma azaltma stratejisi yoluyla toplum ve hizmet anlayışı ile birlikte tutumları da iyileştirmeye ihtiyaç vardır.

3. Ruh sağlığı hastalarına bakım hizmeti verecek kuruluşların oluşturulması

İhtiyaç duyulanlar arasında uygun bakıma daha iyi erişim, bakımın devamlılığı, nüks (relaps) oranlarının düşürülmesi ve ruh sağlığı hizmetlerine yeniden başvurulması yer almaktadır. Bağımlılar ve diğer hastalar çoğu zaman nüks (relaps) yaşamakta ve yolları tekrar Barış Hastanesi'ne düşmektedir.

4. Ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi ve yeni nesil ilaç ve tedavilerin Ruh Sağlığı Hastanesinde hazır hale getirilmesi

“Tutuklu ve
hükümlüler
cezaevine bir
ceza olarak
gönderilir,
cezalandırılmak
için gönderilmez.”

İngiliz hapishane komiseri Paterson

BÖLÜM 3
TUTUKLU VE
HÜKÜMLÜLER

“Tutuklu ve hükümlüler cezaevine bir ceza olarak gönderilir, cezalandırılmak için gönderilmez”.

İngiliz hapisane komiseri Paterson tarafından sık sık tekrarlanan bu ifade, bir bireyin özgürlük hakkının elinden alınmasının kapalı bir ortamda tutulmasıyla uygulandığını vurgulamaktadır. Bireyin, Devlet nezaretinde bu şekilde özgürlüğünden alıkoyulması, bireyin sağlığı üzerinde zararlı bir etki doğurmamalıdır.

(<https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/misc/59n8yx.htm>)

Uluslararası anlaşmaların ve sözleşmelerin tutuklu ve hükümlülere devredilemez ve vazgeçilemez haklar vermesine rağmen, tutuklu ve hükümlülerin sağlık bakım hakkı bulunmasına ve cezaevinde hastalığa yakalanmama hakları bulunmasına rağmen, çoğu ülkede cezaevleri sağlık ve güvenlik açısından tutuklu ve hükümlüler için ‘güvenli’ yerler değildir. Bu durum, Kıbrıs’ın kuzey kesiminde de geçerlidir.

400 mahkûm kapasiteli merkezi hapisane aşırı kalabalık durumdadır ve 600 civarında tutuklu barındırmaktadır. Aşırı kalabalık nedeniyle tutuklu ve hükümlüler ideal olmaktan uzak koşullarda yaşamaktadır. Cezaevine ilk girişte mahkûm bir kontrolden geçer ve kan tahlilleri yapılır. Buna rağmen, gardiyanların hastalığından haberdar olmadığı HIV’li bir mahkûm 2019’da ölmüştür. Uzmanlarla yapılan görüşmeler, bir mahkûmun cezaevine girişinde tutuklu ve hükümlülerin yaklaşık %20’sinin ilk kontrol için hastaneye götürülmediğini ortaya koymaktadır. Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesi tarafından kabul edilen Avrupa Cezaevi Kurallarına göre, ‘sağlık hizmetlerinin güvence altına alınmasına yönelik düzenlemeler, tutuklu ve hükümlülerin tıbbi muayeneden geçme haklarının bulunduğu ve cezaevine girişlerinin yapıldığı ilk kabul noktasında başlar tutuklulukları süresince devam eder.’ https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/249191/Prisons-and-Health,-2-Standards-in-prison-health-the-prisoner-as-a-patient.pdf?ua=1&fbclid=IwAR3kwwg_horOKbgll5v2U-6annUuNLfqdMdwovbZUC1jPd86F3LmcDkxL0QBE

Cezaevi koşulları engeli bulunan tutuklu ve hükümlüler için de ideal olmaktan uzaktır.

"Koğuşumda 13 tutuklu/hükümlü daha var ve tekerlekli sandalyemle özgürce hareket edemiyorum çünkü ranzalar tüm alanı kaplıyor. Günlük temizlik ve tuvalet ihtiyaçlarımda diğer tutuklu/hükümlüler bana yardımcı oluyor. Psikolojik sorunlarım için reçeteli ilaç alıyorum, cezaevinde psikologla görüşüyorum ama bana ilaç vermek dışında bana bir yardımı olmuyor. Engelli biri olarak cezaevinin fiziki şartlarından dolayı sıkıntı yaşıyorum. Koğuşumuzda duş ve tuvalet var ama tekerlekli sandalyeli birine uygun şekilde yapılmamış. Tuvalete gittiğimde mahremiyetim yok çünkü diğer tutuklu/hükümlülerden yardım alıyorum. Küçük bir maaşım var ve bazen bana yardım etmeleri için para ödüyorum."(1. tutuklu/hükümlü)

Cezaevinde üç gardiyanın görev yaptığı bir revir bulunmaktadır. Hapishaneyi haftada iki kez ziyaret eden bir doktor vardır. Tutuklular, Pazartesi ve Perşembe günleri olarak planlanan günlerde doktora görünmek için başvurmakta ancak 600 civarında tutuklu/hükümlü bulunduğundan başvuranların hepsinin bir gün içinde doktora muayene olması imkânsızdır. Böyle durumlarda, hangi vakaların daha acil olduğuna revir gardiyanları karar vererek en acil vakaların doktor tarafından görülmesi sağlamaktadır. Diğer hastalar ise doktorun bir sonraki gelişini beklemektedirler. Kaydedilmesi gereken nokta, revire atanan gardiyanların tıbbi eğitim almadıklarıdır. Doktor vizitlerinin haftada iki kez yapılmasının planlanmasına rağmen, tutuklu ve hükümlülerle yapılan görüşmelerde doktorun bazen haftada sadece bir kez geldiği belirtilmiştir. Acil durumlarda gardiyanlar, tutukluyu revire götürür ve orada bulunan ve herhangi bir tıbbi eğitim almamış gardiyan durumu değerlendirerek bazen ilaç vermektedir. Ciddi bir durum olması durumunda (buna da gardiyanlar karar vermektedir) tutuklu/hükümlü hastaneye

kaldırılmaktadır. Tutuklu/hükümlüler hastaneye kaldırılırken kelepçelenmektedir. Avrupa Konseyi Bakanlar Komitesine göre, 'Her cezaevinde en azından bir nitelikli genel pratisyen doktor hizmet vermelidir ve her cezaevinde sağlık hizmetleriyle ilgili eğitim görmüş uygun personel bulunmalıdır.' https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/249191/Prisons-and-Health,-2-Standards-in-prison-health-the-prisoner-as-a-patient.pdf?ua=1&fbclid=IwAR3kgw_hor0KbglI5v2U6annUuNLFqdMdwovbZUC1jPd86F3Lmc-DkxL0QBE

Görüşmeler sırasında tutuklu ve hükümlülerle ilgili tıbbi bilgilerin gizliliğinin olmadığı kaydedilmiştir. Ayrıca, bir mahpusun muayene sırasında doktorla yalnız kalması hayati önem arz etse de, genellikle her muayenede bir gardiyan hazır bulunmaktadır. Bu durum, görevli hemşire olmaması ve cezaevinde tedaviyi gardiyanların yapması sebebiyle bir zorunluluk olarak açıklanmaktadır.

"Herkes sağlık durumumu biliyor." (1 tutuklu/hükümlü)

Yemekler özel şirketler tarafından hazırlanmaktadır. Uzmanlar ile yapılan görüşmelere istinaden yemekler tutuklu/hükümlülerin beslenme ihtiyaçlarına göre hazırlanmaktadır. Diyabetli bir tutuklu, insülin ilacını kendisinin uyguladığını, cihazının pilinin bitmesine ve gardiyanlardan defalarca istemesine rağmen yeni piller almamaları nedeniyle insülin düzeyini düzenli olarak ölçemediğini ifade etmiştir.

"Gardiyanlar bize ağrı kesici veriyor ama diyabet ilacı bende. Ölçüm cihazımın pili bitti, defalarca istememe rağmen bana yeni bir pil almadılar, bu yüzden insülin seviyemi düzenli olarak ölçmedim." (2. tutuklu/hükümlü)

"Özel tedavi gören hastalar da cezaevinde sorunlarla karşılaşmaktadır. Mesane kanserim var ve tedavi için 3 ayda bir hastaneye gitmem gerekiyor. Bazen 4 ayda bir, bazen de 5 ayda bir gidiyorum..." (4. tutuklu/hükümlü)

Tutuklu ve hükümlülerle yapılan görüşmelerde cezaevinde çok sayıda

uyuşturucu bağımlısı olduğu belirtilmiştir.

“Burada tedavi olamayan birçok bağımlı var. İki psikolog var ve bağımlı sayısı çok fazla. Doktor hastaneye gönderilmesi gerektiğini söylediğinde, hastaneden randevu almak 3 ay kadar sürebilir. Cezaevinde uyuşturucu almak çok kolaydır. Hem yönetim hem de tutuklu ve hükümlüler bunu biliyor. Giysilerimizi elle yıkıyoruz. Kendi deterjanımızı alıyoruz çünkü bize verdikleri yetmiyor. Cezaevindeki çamaşırhanede sadece havlular yıkanmaktadır. Koğuşumda 3 tuvalet ve 2 duş var. İnsanlar sigara içiyor ve gardiyanlar seçtikleri tutuklu/hükümlülere şiddet uyguluyor. Ayrıcalıklı tutuklu/hükümlüler var. İstedikleri zaman telefon görüşmesi yapabilmekte veya avukatla konuşabilmektedirler.” (5. tutuklu/hükümlü)

Yeni tedavilere erişimin yanı sıra tedavi seçme hakkı da sorunludur.

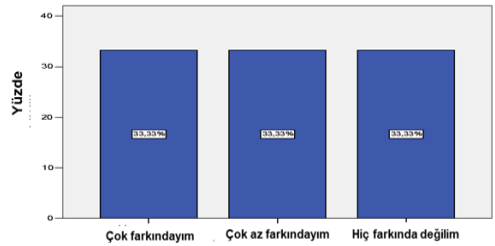
“Son 3 aydır hastanede haftada 3 gün fototerapi alıyorum. Tedavim için yapılan enjeksiyonlar çok pahalı, bu yüzden bana hap veriyorlar. Bu tedavide haplar yaklaşık 10 yıl önce kullanılmıştır. Enjeksiyon kullanmalıyım ama pahalı. Haplarım bittiğinde bana yenilerini hemen vermiyorlar. Son 2 haftadır haplarımı kullanmıyorum.” (6. tutuklu/hükümlü)

Kadın hijyen malzemeleri cezaevi tarafından sağlanmamaktadır ve bunları kadınlar kendileri satın almak zorundadır. Cezaevinin kadınlar bölümünde de revir bulunmamaktadır.

Tutuklu ve hükümlülerle yapılan görüşmeler:

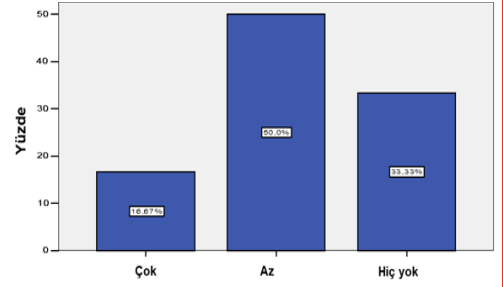
Tutuklu ve hükümlülerin hasta hakları konusundaki farkındalıkları çok düşük düzeydedir.

Görüşülen tutuklu ve hükümlülerin yalnızca üçte biri hasta haklarının ne olduğunun çok farkında olduklarını söylemiştir. %66.66'sı farkındalığının çok az olduğunu veya hiç olmadığını belirtmiştir.



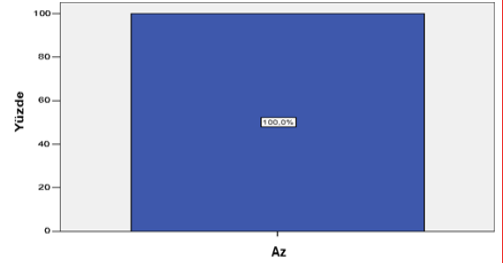
Tutuklu ve hükümlüler önleyici tedbirler konusunda çok az hakları olduğunu veya hiç haklarının olmadığını düşünmektedir.

Görüşülen tutuklu ve hükümlülerin %83.33'ü önleyici tedbirler konusunda çok az hakları olduğunu veya hiç haklarının olmadığını ifade etmişlerdir.



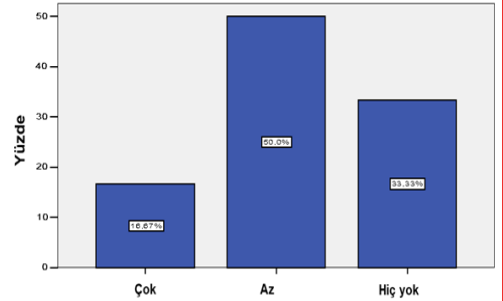
Tutuklu ve hükümlüler sağlık hizmetlerine erişimlerinin düşük olduğunu düşünmektedir.

Görüşülen tüm tutuklu ve hükümlüler sağlık hizmetlerine çok az erişimleri olduğunu belirtmişlerdir.



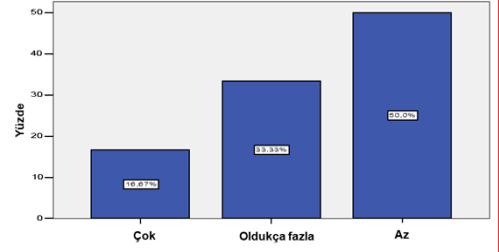
Tutuklu ve hükümlülerin kendilerine sunulan sağlık hizmetleri hakkındaki bilgilere erişimi ya çok azdır ya da hiç yoktur.

Görüşülen tutuklu ve hükümlülerin %83.33'ü kendilerine sunulan sağlık hizmetleri hakkındaki bilgilere çok az erişimleri olduğunu veya hiç erişemediklerini belirtmişlerdir.



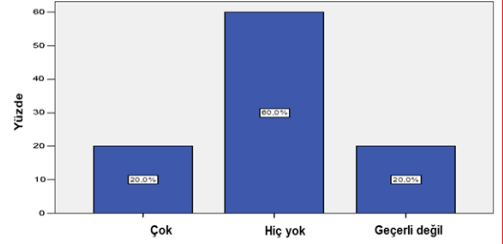
Tutuklu ve hükümlülerin kendi sağlıklarına ilişkin karar vermede bilgiye erişim konusunda karışık düşünceleri vardır.

Görüşülen tutuklu ve hükümlülerin yarısı sağlıkları hakkında karar vermek için bilgiye erişimleri olduğunu söylerken, diğer yarısı olmadığını ifade etmiştir.



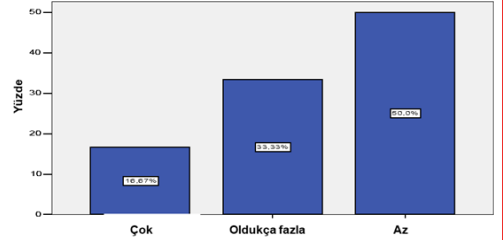
Tutuklu ve hükümlüler özgür seçimde bulunma hakkına sahip olmadıklarını düşünmektedir.

Görüşülen tutuklu ve hükümlülerin %60'ı tedavilerinde başka seçenekleri olmadığını söylerken, %20'si seçenekleri olduğunu belirtmiş, %20'si ise soruya cevap vermemiştir.



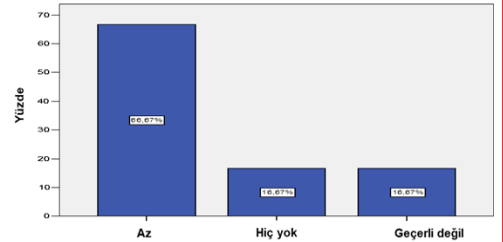
Tutuklu ve hükümlülerin mahremiyet ve gizlilik hakkı yoktur.

Görüşülen tutuklu ve hükümlülerin %83.33'ü çok az mahremiyet hakkına sahip olduğunu veya hiç sahip olmadığını belirtmiştir.



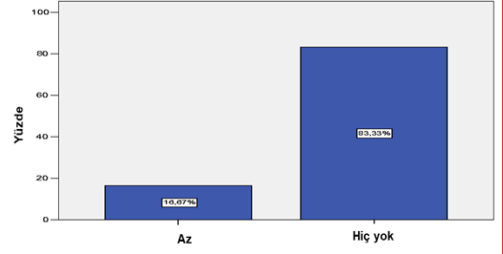
Tutuklu ve hükümlüler, sağlık randevusu saatlerine saygı gösterilmediğini düşünmektedir.

Görüşülen tutuklu ve hükümlülerin %83.33'ü sağlık randevusu saatlerine saygı gösterilmediğini düşünmektedir.



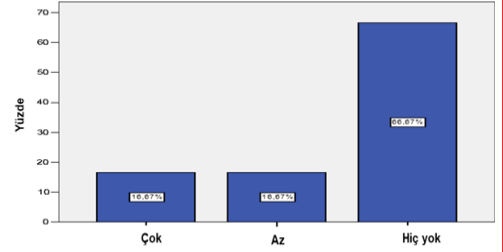
Tutuklu ve hükümlülerin yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı yoktur.

Görüşülen tutuklu ve hükümlülerin %83,33'ü kaliteli sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip olmadıklarını söylemiştir.



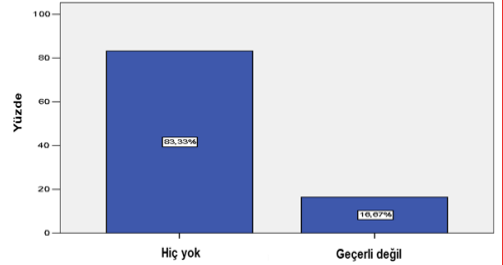
Tutuklu ve hükümlülerin güvenlik hakları çok azdır veya hiç yoktur.

Görüşülen tutuklu ve hükümlülerin %83,33'ü sağlık randevusu saatlerine saygı gösterilmediğini düşünmektedir.



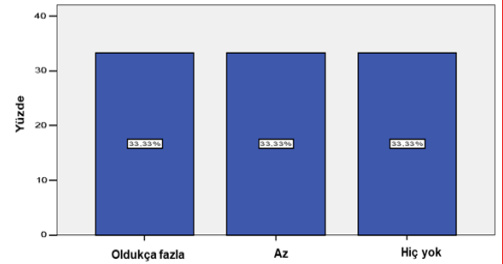
Tutuklu ve hükümlülerin yeniliklerden veya yeni tedavilerden yararlanma hakları çok azdır veya hiç yoktur.

Görüşülen tutuklu ve hükümlülerin %83,33'ü yeniliklerden yararlanma hakları olmadığını söylerken, %16,67'si soruya cevap vermemiştir.



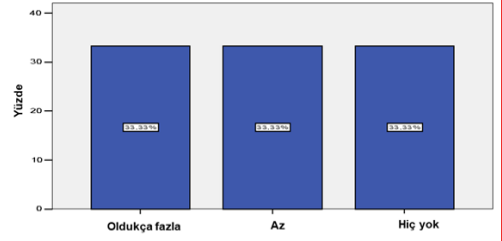
Tutuklu ve hükümlülerin gereksiz acı ve ağrıdan kaçınma hakları çok azdır veya hiç yoktur.

Görüşülen tutuklu ve hükümlülerin %66,67'si gereksiz acı ve ağrıdan kaçınma hakkının çok az olduğunu veya hiç olmadığını belirtmiştir.



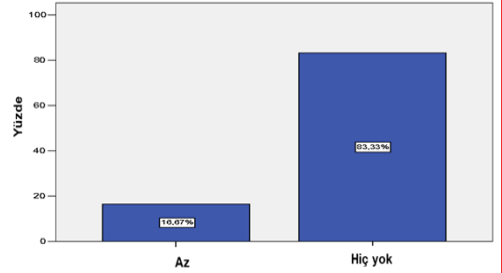
Tutuklu ve hükümlülerin kişiye özel tedavi hakkı çok azdır veya hiç yoktur.

Görüşülen tutuklu ve hükümlülerin %83,33'ü kişiye özel tedavi hakkının çok az olduğunu veya hiç olmadığını ifade etmiştir.



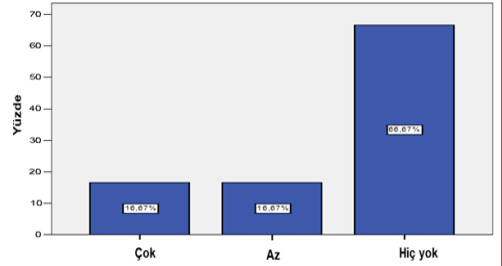
Tutuklu ve hükümlülerin şikayet etme hakları çok azdır veya hiç yoktur.

Görüşülen tutuklu ve hükümlülerin %16,67'si yanlış tedaviye karşı şikayetle bulunma haklarının düşük seviyede olduğunu söylerken, % 83,33'ü hiçbir hakkı olmadığını söylemiştir.



Tutuklu ve hükümlüler tazminat hakları konusundaki farkındalıklarının çok az olduğunu veya hiç olmadığını belirtmiştir.

Tutuklu ve hükümlülerin %83,33'ü, yanlış tedavi durumunda tazminat alma hakları konusunda çok az farkındalık sahibi olduklarını veya hiç farkındalıkları olmadığını ifade etmiştir.



Sonuç ve Öneriler:

Uluslararası hukukun üç ilkesi tutuklu ve hükümlülere doğru tedavinin uygulanması için vazgeçilmez güvencelerdir:

1. Cezaevi sağlığı ve tıp etiği ile ilgili uluslararası düzenlemeler ve tavsiyeler ulusal hukuka entegre edilmelidir.

2. Tutuklu ve hükümlüler, cezaevi yetkililerine talep ve şikayetlerini sunma fırsatına sahip olmalı ve herhangi bir olumsuz sonuçla karşılaşmadan bağımsız bir makama itiraz etme hakkına sahip olmalıdır.

3. Devlet kurumları, cezaevlerinin ulusal ve uluslararası hukukun gerekliliklerine uygun olarak yönetilip yönetilmediğini değerlendirmek için düzenli olarak denetlemelidir ve yasal olarak cezaevlerini ziyaret etme hakkına sahip olan ve elde ettiği bulguları yayınlaması gereken bağımsız kuruluşlar, cezaevi koşullarını ve cezaevlerinde tutuklu/hükümlülerin tedavisini izlemelidir.

1. Yeni bir cezaevi

Mevcut cezaevi kapasitesinin çok üzerinde çalıştığı için yeni bir cezaevine ihtiyaç vardır. Tutuklu ve hükümlülerin sağlık ve hijyen standartları ideal olmaktan uzaktır. Tutuklu ve hükümlüler genellikle herhangi bir tıp eğitimi olmayan gardiyanlar tarafından 'muayene edilmekte' veya ilaç verilmektedir. Bir doktor hapishaneyi haftada iki kez (ve tutuklu ve hükümlülerin ifadesine göre bazen haftada bir kez) ziyaret etmektedir. Bu, 600 tutuklu ve hükümlü için yeterli değildir.

2. Hijyen ve hijyen ürünlerine ücretsiz erişimin sağlanması

Yaklaşık her 11 tutuklu ve hükümlü başına bir tuvalet düşmektedir. Tutuklu ve hükümlüler kendi temizlik malzemelerini almak ve kadınlar da hijyen ürünlerini satın almak zorundadır. Cezaevindeki ısıtma yeterli değildir ve genellikle grip salgınlarına yol açmaktadır.

3. Cezaevlerinde gereksiz ıstıraptan kaçınılması ve mahpuslar için iyi sağlık hizmetlerinin sağlanması

Gereksiz acı ve ağrıya karşı korunma hakkı da tutuklu ve hükümlülerin düzenli olarak yararlanamadıkları bir haktır. Görüşmeler sırasında bazen hastaneden randevu almanın 3 ayı bulabileceği ve bazen gardiyanların tutuklu ve hükümlüleri hastaneye götürmek yerine kendilerinin 'muayene ettikleri' şeklindeki şikayetler dile getirilmiştir. Düzenli olarak kan testleri yapılmamaktadır. Bir tutuklu ya da hükümlünün sorun yaşaması durumunda kan tahlilinin ayarlanması bir aya kadar sürebilir. Tutuklu ve hükümlülerin hasta hakları konusundaki farkındalıkları çok düşük düzeydedir.

Tutuklu ve hükümlülerin kendi sağlıklarına ilişkin karar vermede bilgiye erişim konusunda karışık düşünceleri vardır. Bazıları haklardan yararlandıklarını düşünürken, bazıları da yararlanamadıklarını düşünmektedir.

Tutuklu ve hükümlülerin yararlanamadıklarını düşündükleri haklar:

- Önleyici tedbir hakkı
- Sağlık hizmetlerine erişim
- Kullanabilecekleri sağlık hizmetleri hakkındaki bilgilere erişim
- Özgür seçim hakkı
- Mahremiyet ve gizlilik hakkı
- Hastanın zamanına saygı hakkı
- Kalite standartlarına uyulması hakkı
- Güvenlik hakkı
- Yeniliklerden ve yeni tedavi yöntemlerinden yararlanma hakkı
- Gereksiz acı ve ağrıdan kaçınma hakkı
- Kişiye özel tedavi alma hakkı
- Şikayet hakkı
- Tazminat hakkı

Ayrıca, kaydedilmesi gereken husus tutuklu ve hükümlülerin cezaevine girdiklerinde hâlihazırda kötü bir sağlık durumunda olma olasılıkları daha yüksek olduğundan ve cezaevindeki elverişsiz koşulların sağlık durumlarını daha da kötüleştirdiğinden, cezaevinde sağlık hizmetlerine ve tedavilere duyulan ihtiyaç genellikle daha fazladır. Bununla birlikte, Kıbrıs'ın kuzey kesiminde tutuklu ve hükümlülere temel sağlık hizmetlerinin sağlanmasının dahi zor olduğu görülmektedir. Yetkililerin, tutuklu ve hükümlülerin sağlığını koruma görevi vardır.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisine göre:

- Tutuklu ve hükümlüler, herkesle aynı sağlık ve sıhhat haklarına sahiptir.
- Tutuklu ve hükümlüler çoğunlukla toplumun sosyal açıdan dezavantajlı kesimlerinden gelmektedir ve genel nüfusa kıyasla daha fazla bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalık yükü taşırlar.
- Cezaevleri, hastalık riskinin yüksek olduğu ortamlardır. Cezaevlerinde kalanlarla dışarıdaki toplum arasında sürekli bir etkileşim olduğundan, cezaevleri, özellikle HIV veya TB gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda, halk sağlığı açısından karmaşık ve zor bir mücadeleye alanıdır.
- Devletlerin tutuklu ve hükümlülere özel ve bağımsız bir bakım görevi vardır. Hijyen, yemek, alan, ısıtma, aydınlatma, havalandırma, fiziksel aktivite ve sosyal ilişkiler ile ilgili yetersiz sağlık önlemlerinden veya uygun olmayan cezaevi koşullarının tutuklu ve hükümlülere getirdiği bütün önlenemez sağlık sıkıntılarından devletler sorumludur.
- Cezaevi sağlık hizmetleri, toplumda halk sağlığı hizmeti almak için başvuranlara sunulan hizmetlerle mesleki, etik ve teknik standartlar bakımından en azından eşdeğer olmalıdır.
- Cezaevi sağlık hizmetleri sadece tutuklu ve hükümlülerin bakımı için sağlanmalı ve asla tutuklu ve hükümlülerin cezalandırılmasının bir parçası olmamalıdır.
- Cezaevi sağlık hizmetleri cezaevi yönetimlerinden tamamen bağımsız

olmalı, ancak, aynı zamanda, yönetimle etkili bir şekilde irtibat halinde olmalıdır.

- Cezaevi sağlık hizmetleri ulusal sağlık politikaları ve sistemlerine entegre edilmeli ve içerisinde sağlık bakım personelinin eğitimi ve mesleki gelişimi de yer almalıdır.

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf?ua=1&fbclid=IwAR3ZwvnOXNq6hG-vwiCALzd-v6pndTw-eE0itVDwGS-Zh1RqUvIK9nb76hHg

Uluslararası Kızıl Haç Komitesi'nin cezaevi yetkililerinin görevlerini ortaya koyan tavsiyeleri bu çalışmanın da tavsiyeleridir:

tüm tutuklu ve hükümlüler için güvenli ve sağlıklı yaşam alanları;

bireylerin şiddet ve baskıdan korunması;

uygun sağlık hizmetlerinin ve ilaçların, mümkün olduğu müddetçe ücretsiz olarak sağlanması;

önleyici sağlık önlemleri ve sağlıklı yaşam tarzları hakkında bilgi ve eğitimin verilmesi;

temel koruyucu sağlık önlemlerinin hayata geçirilmesi;

HIV bulaşma riskini azaltmak amacıyla cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tespit edilmesine ve bu enfeksiyonların tedavi edilmesine yönelik araçlar;

dışarıda başlatılan tıbbi tedavilerin (uyuşturucu kullanıcıları için olanlar dahil) devamı veya içeride başlatılması olanağı;

HIV pozitif olanlar gibi kırılgan durumdaki tutuklu ve hükümlülerin diğer tutuklu ve hükümlülerin şiddetinden veya kendileri için son derece tehlikeli olabilecek tüberküloz gibi bulaşıcı hastalıkları olanlardan korumak amacıyla özel korumanın sağlanması;

HIV için gönüllü testin yapılabildiği durumlarda, testten önce ve sonra her zaman uygun danışmanlık ile birlikte yapılması sağlanmalıdır.

<https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/misc/59n8yx.htm>

Sağlık çalışanlarının
insan ticareti
mağduklarını
nasıl tespit edecekleri
ve onlara
nasıl yardım
edecekleri konusunda
eğitilmeler verilmeli!

BÖLÜM 4
GECE KULÜPLERİNDE
ÇALIŞAN KADINLAR

Mevcut durumda Kıbrıs'ın kuzey kesiminde 28 gece kulübü bulunmaktadır. Her ne kadar 'gece kulüpleri ve benzeri eğlence yerleri yasa'sında gece kulüplerinde çalışan kadınların görev tanımları 'eğlendirme' olarak yapılmış olsa da, gece kulüplerinde müşterilere cinsel hizmet sunulduğu 'bilinen bir sırdır'. Gece kulüplerinde çalışan kadınlar, kendilerine 6 aylık çalışma vizesi verilen yabancılardır.

Kıbrıs'ın kuzeyindeki gece kulüplerinde cinsel sömürü amaçlı insan ticareti yapıldığı defalarca belgelenmiştir. Kadınlar çoğu durumda gece kulüplerinde fuhuş yapacaklarını bilmezler.

ABD Dışişleri Bakanlığı'na göre, insan ticareti "kuvvet kullanarak, hile yoluyla veya zor kullanarak kişinin iş veya hizmet amaçlı zorla çalıştırmak, borç köleliği veya kölelik yaptırmak amacıyla bir yerden bir yere taşınması, devredilmesi, barındırılması veya teslim alınmasıdır." Seks ticareti, "kişinin kuvvet kullanılarak, hile yoluyla veya baskıyla ticari amaçla cinsel ilişkiye teşvik edilmesi veya böyle bir eylemi gerçekleştirmeye ikna edilen kişinin 18 yaşına gelmemiş olmasıdır". Suçun bu tanımlara girmesi için mağdurun fiziksel olarak bir yerden başka bir yere taşınmasına gerek yoktur. www.state.gov/g/tip/rls/tiprpt/2007

Gece kulüplerinde çalışan kadınların durumunu anlamak için Kıbrıs'ın kuzey kesimindeki insan ticareti dinamiklerini anlamak önemlidir. Bu kadınlar kendi başlarına dışarı çıkma özgürlüğünden yoksundurlar, kendi vücutları üzerinde tam bir kontrole sahip değildirler ve genellikle tecavüz ile birlikte fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalmaktadırlar.

'İnsan hakları bakımından ilk ihlal kadınlar KT'ye girdikleri anda yaşanmaktadır. Kadınlar, giriş noktasından geçtikten hemen sonra gece kulübü çalışanları (veya bazen gece kulüplerinin tuttuğu taksi şoförleri) tarafından doğrudan hastaneye götürülmektedir. Sağlık kontrollerinin yapıldığı hastanede yaklaşık 2 gün karantinaya alınırlar. Bazı kadınlar için bu durum Kıbrıs'taki istihdamlarının gerçek doğasını ilk kez anladıkları an olabilmektedir. Gece kulüplerinde ne yapacaklarını öğrenen

bazı kadınlar kaçmaya çalışır. Hastane binasına kapatıldıkları için bu mümkün değildir '(Kıbrıs Türk toplumunda Kadın Ticareti, 2006)

"Kadınlar, havalimanından alınarak doğrudan tüm sağlık kontrolleri yapıldıktan sonra hastaneye götürülür. Bazıları pencereden kaçmaya çalışır, biz de polisi ararız."(Hastane çalışanı)

Hastanede yapılan sağlık kontrollerinin ardından 'temiz' ve hastalıksız olduğu tespit edilen kadınlar doğrudan emniyete gönderilir. Cinsel yolla bulaşan hastalık taşıyan kadınlar sınır dışı edilir. Muhacerette kadınların pasaportları ve dönüş biletleri ellerinden alınır. Yerel makamların bu uygulama için gerekçesi kadının korunmasıdır. Bu gerekçe, yerel makamların bu sektörde belgelere el koyulmasının olağan bir uygulama olduğunun bilincinde olduklarının bir göstergesidir. Sonrasında, kadınların gece kulüplerinin resmi çalışma saatleri içinde çalıştırılmasına ve bu saatlerde gece kulübünde bulunmalarına izin verilir. Gece kulüplerinin resmi çalışma saatleri 20:00 - 02:00 arasındır. Bununla birlikte, yapılan görüşmeler, kadınların resmi çalışma saatleri dışında ve uzun saatler boyunca çalışmak zorunda olduklarını ortaya koymaktadır. Kadınlara izin verilmez ve kendilerine her müşteriyle 'gitmek' zorunda oldukları söylenmektedir.

Resmi görev tanımları cinsel ilişkide bulunmayı içermese de, gece kulüplerinde çalışan kadınların yasalar gereği cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH'ler) açısından düzenli olarak sağlık kontrolünden geçmeleri gerekmektedir.

İnsan ticaretinin iki temel özelliği olan borç köleliği ve zorla çalıştırma gece kulüplerinde düzenli olarak uygulanmaktadır. Hile de sıklıkla görülmektedir.

Uluslararası Çalışma Örgütü, zorla çalıştırmayı şu şekilde tanımlamaktadır: "herhangi bir kişinin ceza tehdidi altında ve bu kişinin tam isteği

olmadan mecbur edildiği tüm iş veya hizmetleri ifade eder". Zorla çalıştırma mağdurları, bir borcu geri ödemek için çok az parayla çalıştırıldıkları veya hiç para almaksızın çalışmaya kandırıldıkları borç esaretinin kurbanları da olabilirler.

<https://www.gla.gov.uk/who-we-are/modern-slavery/who-we-are-modern-slavery-human-trafficking-forced-labour-and-debt-bondage/>

Gece kulübü sahipleri kadınlar Kıbrıs'ın kuzeyine geldiklerinde uçak biletlerini ve izinlerini öderler. Daha sonra borçlarını ödeyene kadar çalışmaya zorlanırlar. Bu her zaman kolay değildir, çünkü kadınlara bir müşteriyle 'iyi davranmadıkları' veya müşteriyle gitmeyi reddettikleri için çoğu kez para 'cezası' verilmektedir.

"Biz istemesek dahi her zaman müşterilerle gitmek zorundaydık. Aksi takdirde cezalandırılıyorduk."(1. Kadın)

"Ödemem gereken bir borcum vardı. Sözleşmemin sonunda bana söz verilen den daha az maaş aldım."(2. Kadın)

Gece kulüplerinde çalışan kadınlara şiddet uygulanmaktadır.

"Müşteriler tarafından birçok kez dövüldük. Kulübe morluklarla döndüm."(2 Kadın)

Zorla çalıştırma da vardır. Kadınların her gün yaklaşık 7 müşteriyle birlikte olması gerekmektedir. Sadece ciddi hastalıklara yakalandıklarında birkaç gün izin verilir.

Kadınlara yapılan görüşmeler, kadınların ilaçlarını ve diğer ihtiyaçlarını kendilerinin karşılamak zorunda olduklarını göstermektedir.

Kadınların, bir müşterinin prezervatif takmasını isteme hakkı veya takmayan bir müşteriyle birlikte olmayı reddetme hakkı yoktur.

“Onlar müşteri her zaman haklıdır derler. Odada prezervatif vardı ama bazen müşteri takmayı reddediyor ya da çıkarıyordu.”(2. Kadın)

Bazı kadınlar sağlık çalışanlarının kendilerine iyi davranmadığından şikâyet ederken, başka bir kadın ise doktor ziyaretlerinin kendisine fayda sağlamadığını ifade etmiştir.

“Rusça konuşan bir kadın vardı. O kadın iyiydi ama diğerleri değildi.”(4. Kadın)

“Doktorlar nazikti ama ne zaman bir reçete yazsalar, yazdıkları ilaç işe yaramıyor gibiydi. Ama bana kötü davranmadılar.”(3. Kadın)

Kadınlara gittikleri her yerde kulüpte çalışan koruyucular eşlik etse de, kadınlar sağlık kontrolleri için hastaneye götürüldüklerinde doktorla baş başa kalabilmektedir. Koruyucular dışarıda beklemektedir.

Görüşülen bir kadın, kendini iyi hissetmediği zamanlarda hastaneye götürülme talebinin çoğu zaman reddedildiğinden şikayet etmiştir.

“Her zaman yarın dediler ve bizi hiçbir zaman hastaneye götürmediler.” (3. Kadın)

İnsan ticareti mağdurları da, diğer istismar türlerindeki mağdurlar gibi yaralanabildiğinden, sağlık sektörü bu mağdurların durumlarını güvenli bir şekilde ve mahremiyet temelinde ele almalıdır. İnsan ticareti mağduru bir kişi için, sağlık sektöründen biriyle kuracağı temas, başına ne geldiğini açıklamak veya yardım istemek için elindeki ilk veya tek fırsat olabilir.

İnsan ticareti mağduru kişilerin bakımı, kişinin sağlığı, güvenliği ve refahı bakımından özel dikkat gerektiren bir bakımdır. Travmatik olaylar yaşamış olan bireylerin bedenleri ve eylemlerine ilişkin güvenlik, insan-

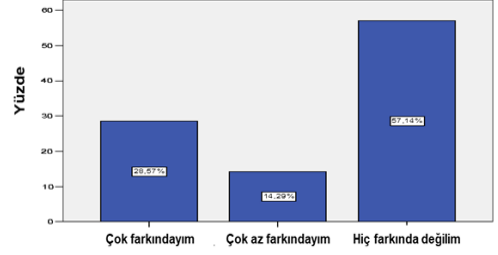
lık onuru ve kontrol duygusu kazanmaları gerekir. Bilgi aramaya, seçeneklerini sorgulamaya ve seçimlerini dile getirmeye teşvik edilmeleri gerekir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, gizlilik, bilgi verme, bilgilendirilmiş onam ve bireysel karar almaya saygıya özel önem atfeden sağlık bakım yaklaşımlarını benimseyerek güvenlik, öz güven ve kendi kaderini tayin etme duygularının geliştirilmesine yardımcı olabilir. Uygulayıcılar, sundukları hizmetlerin ve hizmeti sunan personellerinin insan ticareti mağduru kişilerin savunmasızlığına karşı duyarlı olmasını sağlamanın yanı sıra sevk seçeneklerinin güvenli, uygun ve kullanışlı olmasını sağlayarak hastaları mevcut durumdaki ve gelecekteki zararlara karşı korunmalarına yardımcı olabilir.’

<https://www.iom.int/caring-trafficked-persons-guide-health-providers>

Gece kulüplerinde çalışan kadınlarla yapılan görüşmeler:

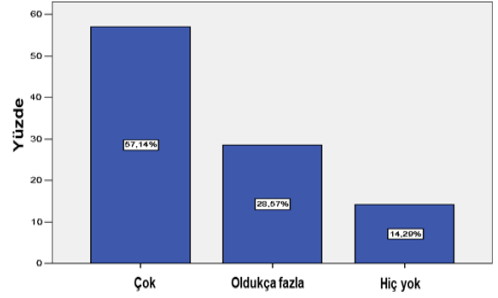
Kadınların hasta hakları konusundaki farkındalıkları çok düşük düzeydedir.

Görüşülen kadınların %71.43'ü hasta haklarının ne olduğu konusunda çok az farkındalık sahibi olduklarını veya hiç farkında olmadıklarını söylemiştir.



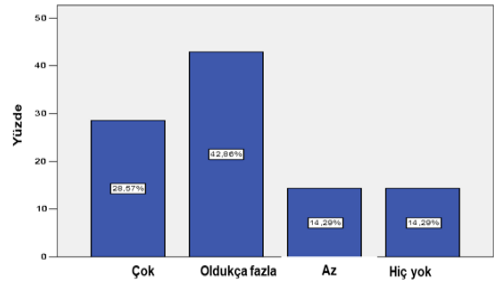
Kadınlar, önleyici tedbirler alma hakkına sahip olduklarını düşünmektedirler.

Görüşülen kadınların % 85.71'i önleyici tedbir alma hakkına sahip olduklarını söylemiştir. Bununla birlikte, müşterilerini prezervatif kullanmaya zorlamalarına izin verilmemesi, pek çok kadının önleyici tedbirlerden yararlanamadığının bir örneğidir.



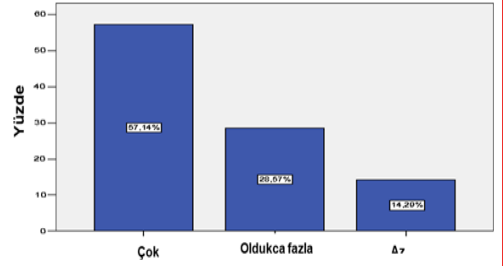
Kadınlar sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahip olduklarını düşünmektedir.

Görüşülen kadınların %71.43'ü sağlık hizmetlerine erişim hakkına sahip olduğunu ifade etmiştir.



Kadınlar, kendilerine sunulan sağlık hizmetleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşünmektedirler.

Görüşülen kadınların %71.43'ü kendilerine sunulan sağlık hizmetleri hakkında çok az bilgileri olduğunu veya hiç bilgileri olmadığını belirtmişlerdir.

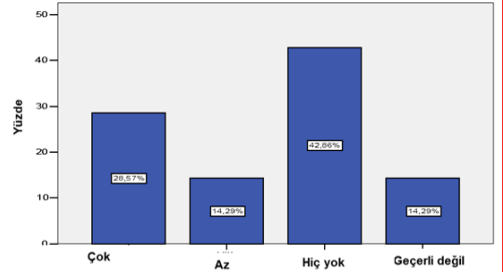


Kadınlar, sağlıkları hakkında karar verebilmelerini sağlayacak bilgiye erişimlerinin iyi olduğunu düşünmektedir.

Görüşülen kadınların % 85.71'i sağlıkları hakkında karar verebilmek için bilgiye erişimleri olduğunu ifade etmiştir.

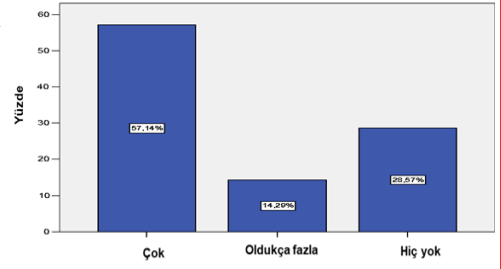
Kadınlar özgür seçimde bulunma hakkına sahip olmadıklarını düşünmektedir.

Görüşülen kadınların %57.15'i çok az özgür seçimde bulunma hakkına sahip olduğunu veya hiç hakkı olmadığını söylerken, %14.29'u soruya cevap vermemiştir.



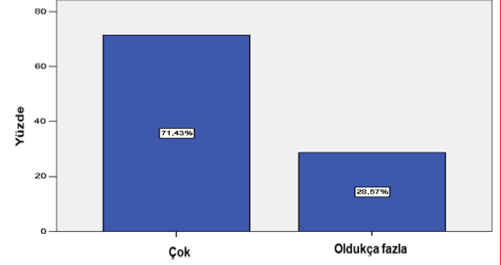
Kadınlar, mahremiyet ve gizlilik hakkına sahip olduklarını düşünmektedirler.

Görüşülen kadınların %71.43'ü mahremiyet ve gizlilik hakkın sahip olduğunu ifade etmiştir.



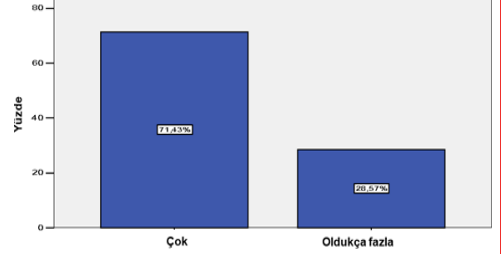
Kadınlar, bir hasta olarak zamanlarına saygı duyulduğunu düşünmektedir.

Görüşülen kadınların tamamı hasta olarak zamanlarına saygı duyulduğunu ifade etmiştir.



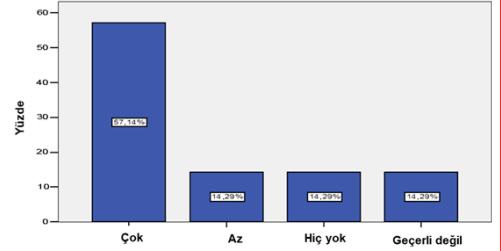
Kadınlar, kaliteli sağlık hizmeti alma hakkına sahip olduklarını düşünmektedirler.

Görüşülen kadınların tamamı, yüksek kaliteli sağlık hizmeti alma hakları olduğunu düşünmektedir.



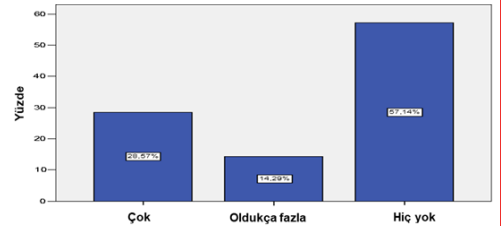
Kadınlar güvenlik hakkına sahip olduklarını hissetmektedir.

Görüşülen kadınların %57,14'ü güvenlik hakkına sahip olduğunu ifade etmiştir.



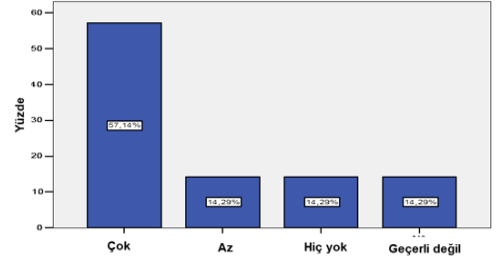
Kadınlar, yeniliğe erişimleri olmadığını düşünmektedir.

Görüşülen kadınların %57,14'ü yeniliklerden yararlanma hakları olmadığını ifade etmiştir.



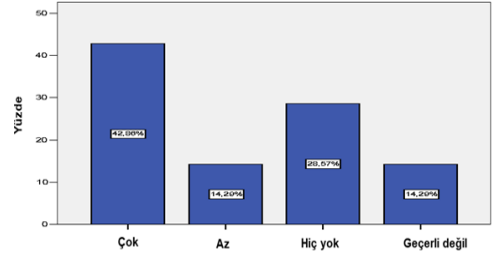
Kadınlar, gereksiz acı ve ağrıdan kaçınma hakları olduğunu düşünmektedirler.

Görüşülen kadınların %57,14'ü gereksiz acı ve ağrıdan kaçınma hakkına sahip olduklarını söylemiştir. ,



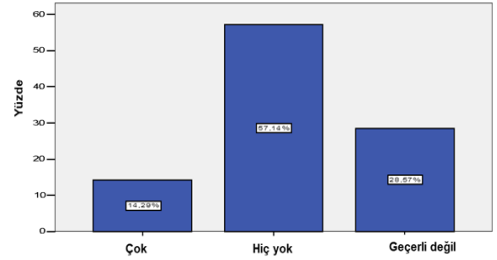
Kişiye özel tedavi alma hakkı konusunda karışık düşünceler vardır.

Görüşülen kadınların %42,86'sı kişiye özel tedavi alma hakkına sahip olduğunu, %42,86'sı bu haklarının olmadığını söylerken %14,29'u soruya cevap vermemiştir.



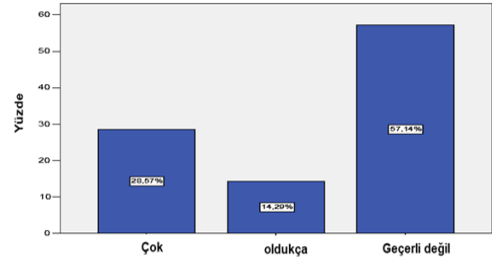
Kadınlar şikayet etme haklarının olmadığını düşünmektedir.

Görüşülen kadınların %57,14'ü yanlış tedaviye karşı şikayet etme hakkına sahip olmadığını söylerken, %28,57'si soruya cevap vermemiştir.



Kadınlar tazminat alma haklarının olmadığını düşünmektedir.

Görüşülen kadınların %57,14'ü yanlış tedavi durumunda tazminat alma hakkına sahip olmadığını belirtmiştir.



Sonuç ve Öneriler:

Kıbrıs'ın kuzeyindeki gece kulüplerinde cinsel sömürü amaçlı insan ticareti yapıldığı belgelenmiştir. Kadınlar 'özgür olmayan' bir ortamda çalışmakta ve yanlarında bir refakatçi olmaksızın kulüp dışına çıkmalarına izin verilmemektedir. Bu kadınlara yönelik şiddet sık sık gerçekleşmekte ve bildirilmemektedir. Borç esareti ve zorla çalıştırma, tecavüzlerin yanı sıra sık karşılaşılan olaylardır. Birçok kadın, dansçı olarak çalışacakları vaadiyle işverenler tarafından aldatılmaktadır. Bu nedenle, seks amaçlı insan ticaretinin durdurulması son derece önemlidir.

İnsan ticaretinin sağlığa pek çok etkisi vardır:

- Fiziksel yaralanma (işle ilgili kazalar, aşırı kullanım, fiziksel veya cinsel saldırı)
- Kronik hastalık (iş sebebiyle maruz kalma, stres ve önceden var olan hastalığın kötü yönetilmesinin bir sonucu olarak)
- HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)
- Tüberküloz, skabi, ishal hastalıkları gibi cinsel yolla bulaşmayan enfeksiyonlar
- Plansız gebelik ve gebelikle ilgili komplikasyonlar
- Madde kötüye kullanımı
- Diş sorunları (yaralanma, enfeksiyon)
- Kronik ağrı
- Hafıza kaybı
- Baş dönmesi
- Bitkinlik
- Malnütrisyon ve dehidrasyon
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Depresyon ve intihar eğilimi
- Somatik semptomlar (örn. Duygusal sıkıntıyla ilgili fiziksel semptomlar)
- Davranış problemi

<https://www.icmec.org/wp-content/uploads/2019/07/Healthcare-Services-for-Trafficked-Persons-6-10-2019.pdf>

Gece kulüplerinde çalışan kadınlarla ilgilenen sağlık çalışanlarının bu sağlık etkileri konusunda eğitilmesi ve insan ticareti mağdurlarının tespitinde nelere dikkat etmeleri gerektiğini bilmeleri önemlidir. İnsan ticareti mağdurlarına fiziksel ve psikolojik sağlık hizmetleri sağlayan insan ticaretiyle mücadele mevzuatının çıkarılması büyük önem taşımaktadır.

İnsan ticareti mağduru kadınlar, şu anda erişemedikleri özel fiziksel ve psikolojik hizmetlere ihtiyaç duyan mağdurlardır. Kadınların genel hastanede haftalık sağlık kontrollerine erişimi olmasına rağmen, psikolojik yardıma erişimleri yoktur. Bazı kadınlar hastanede gördükleri tedaviden de şikâyetçidirler.

Sağlık çalışanlarının insan ticareti mağdurlarını nasıl tespit edecekleri ve onlara nasıl yardım edecekleri konusunda eğitilmeleri

Ayrıca, belirtilmesi gereken önemli bir husus, bu kadınların yanlarında 'koruyucular' olmadan iletişim kurabildikleri kişilerin genellikle sadece sağlık çalışanları olduğudur. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının insan ticareti konusunda eğitilmeleri ve mağdurları belirleyip onlara yardım edebilmeleri önemlidir.

Kadınların vücutlarını kontrol edebilmeleri gerekir.

Gece kulüplerinde çalışan kadınlar, bir müşterinin cinsel ilişki sırasında prezervatif takması konusunda ısrarcı olmalarına dahi izin verilmediğinden, kendi vücutları ve sağlıkları üzerinde tam bir kontrole sahip değildir.

Gece kulüplerinde çalışan kadınların hasta haklarının ne olduğu konusundaki veya kendilerine ne tür sağlık hizmetlerinin sunulduğu konusundaki farkındalık seviyeleri düşüktür.

Görüşülen kadınlar aşağıdaki haklara sahip olmadıklarını düşünmektedir:

- Kullanabilecekleri sağlık hizmetleri hakkındaki bilgilere erişim
- Özgür seçim hakkı
- Yeniliklerden ve yeni tedavi yöntemlerinden yararlanma hakkı
- Şikayet hakkı
- Tazminat hakkı

Kadınların kişiye özel tedavi alma hakkı konusunda karışık düşünceleri vardır.

Kadınları hakları konusunda, hem hasta hakları hem de insan hakları konusunda bilgilendirmeye ihtiyaç vardır. Bu bilgilendirme kadınlar Kıbrıs'ın kuzey kesimine girerken, emniyette veya hastanede yapılabilir.

Kadınların haklarının ne olduğunu, haklarını nasıl talep edeceklerini bilmeleri ve haklarını istediklerinde kendilerini güvende hissedebilmeleri çok önemlidir.

HIV/AIDS için bir Risk Haritasının Hazırlanması

BÖLÜM 5
HIV/AIDS'LE YAŞAYAN
KİŞİLER (PLWHA)

Bu çalışma kapsamında görüŖülen HIV pozitif bir kiŖinin anlattığı anekdot, Kıbrıs'ın kuzey kesiminde HIV ile yaŖayan kiŖilerin karŖılaŖtığı zorlukları ortaya koymaktadır.

“İlk HIV pozitif teŖhisi konulduğunda, inkârın bana yardımcı olmayacağını ve virüsü günde bir hapla kontrol altında tutabileceğimi biliyordum. Haplarımı düzenli olarak almam durumunda, vücudumdaki virüs tespit edilemez hale gelecek, yani kimseye bulaŖtırmayacaktım. Ancak, bunu bilmek bana pek de yardımcı olmadı. Çünkü, HIV, uzun yıllardır kronik ve ölümcül olmayan bir virüs olmasına rağmen, toplumdaki damgalanma sizi yıpratıyor. İnsanların HIV’i nasıl gördüğünü düşünmek ve bunun hayatım için ne anlama geleceğini düşünmek beni korkutmaya baŖladı. Kiminle konuşabilirdim? Kimseye söylemem gerekiyor muydu? Hiç bir fikrim yoktu. Saatlerce ağlamak istedim. Ama yapamadım. Tek bir gözyaşı bile dökemedim. Ağlama gerektiren bir durumda da değildim. Günde bir hapla hastalığını kontrol edebilen bir Ŗeker hastası gördünüz mü?

Kendimi sorgulamaya baŖladım. Yıllar boyunca bilinçli olduğumu söylememe rağmen neden böyle hissediyordum? Çoğu kimseyle karŖılaŖtırıldığında da gerçekten daha bilinçliydim. Peki o zaman neden ağlamak istedim? Sonra fark ettim ki, ağlamayı istememe neden olan, HIV’li olmam değildi, toplumun benim için depoladığı önyargıları ve cehaletiydi. Ne kadar farkında olursam olayım, toplumun ön yargılarından kaçamadım Bütün hayatımı, insanlarla etkileŖimleri ve geleceğimi sorgulamaya baŖladım. Biriyle flört ederken aklıma ilk gelen Ŗey HIV’li olduğumdu. Bunu onlara söyleyebilir miyim? Anlayabilirler mi? Anlamasalar da sorun değil, herkesin anlamasını bekleyemezsiniz, ama ya gidip başkalarına söylerlerse? Söylemeden anlayıp anlamayacaklarını bilemem ama söylersem, ifŖa olma riskini alırım. Küçük bir adada yaşıyoruz, ya söylediğim kiŖiler gidip başkalarına söylerse? Ailem yanımda olduğunda doktora nasıl söyleyebilirim? Birdenbire buna benzer yüzlerce soru vardı aklımda.

Kıbrıs'ın kuzey kesiminde insanların HIV hakkında yeterince bilgi sahibi olmaması ve 1980’lerden kalma yasaların insanları hala korkutması, bu toplumda asla kabul edilmeyeceğim anlamına geliyordu. Tüm bunlara rağmen etrafımda açılabilirdiğim insanlar olduğu için Ŗanslıydım. Ancak her gün uyandığımda,

açığa çıkacağım günden korkuyor ve hangi sektörlerde çalışmama izin verilmeyeceğini düşünüyordum. İnsanların öğreneceğinden ve öğrendikleri zaman benimle konuşmak bile istemeyeceklerinden hala korkuyorum. Doktorların bile tam bilgisi olmadığını görebiliyorum.

Başkaları hayatlarına devam ederken, ben her gün HIV virüsü taşıdığım gerçeğiyle karşı karşıyayım. Bunun nedeni HIV ile yaşamamanın kötü olması değil, insanların öğrendiklerinde nasıl tepki vereceğidir. Ben de dışlanmadan, ifşa olmaktan korkmadan ve ucube muamelesi görmeden hayatıma devam etmek istiyorum.

Bütün bunlar olup biterken, sağlığa erişimim kısıtlıyken, ifşa olma korkusuyla yardım bile isteyemedim. Pandemi sırasında ilacımı alabilmek için hastanenin enfeksiyon bölümüne gitmek zorunda kaldım. Sağlıklı kalabilmek için karantina bölümüne gittim ...Hayatta kalabilmek için hayatımı riske attım ... Ülkemizde HIV ile ilgili sağlam bir politika yok. Ülkeye yeteri kadar ilaç ithal edilmediğinden, ilacım olmadan ne kadar dayanmam gerektiğini bilmiyorum. Bir gün ifşa olacak olursam pek çok sektörde çalışamayacağımı biliyorum. Haklısın!! Kuaförler müşterileri ile korunmasız seks yaptıkları için kuaför olamam, pişirdiğim yemeklere kanımı bulaştırabileceğim için aşçı olamam. Benimle tedavim arasındaki engellerden kurtulursanız, virüsün kontrol altında kalacağını, virüsün kimseye bulaşmayacağını, sağlığımı da kaybetmeyeceğimi biliyor musunuz? Bu politikalar değişmezse, bu ülkeyi terk etmem gerekecek. Kendi ülkemi terk etmek zorunda bırakmayın beni. Tek istediğim herkes gibi sıradan bir hayat yaşamak.”(HIV + bir kişinin anlattığı anekdot)

Kıbrıs'ın kuzey kesiminde toplumun HIV/AIDS konusundaki farkındalığı çok azdır. Bu düşük farkındalık seviyesi nedeniyle, hem toplum içinde hem de bazı sağlık çalışanları arasında HIV ile bağlantılı damgalama yüksek seviyededir. Bu çalışma kapsamında yapılan görüşmeler, bazen hemşirelerin ve/veya diğer sağlık çalışanlarının HIV ile yaşayan birine bakmayı reddettiğini ortaya çıkarmıştır.

Görüşmeler, ayrıca, HIV'li kişileri tedavi etmeyi reddeden çok sayıda sağlık çalışanlarının olduğunu da ortaya koymaktadır. Görüşülen bir

uzman, HIV ile yaşıyan bir kişinin anesteziistin kendisine anestezi yapmayı reddetmesi nedeniyle, genel anestezi alamadan, epidural anestezi altında ameliyat edildiğini anlatmıştır. Bu, tedavi seçme hakkının açık bir ihlalidir.

Şu anda, HIV pozitif bulunan herhangi bir kişi vatandaş değilse Kıbrıs'ın kuzey kesiminden sınır dışı edilmektedir. Bu, insanları test olmaktan önemli ölçüde caydıran en büyük sorunlardan birisidir. İnsanlar test olmaktan korktuklarında, tedavi görmeleri de engellendiğinden bu durum halk sağlığını da tehdit eder.

Kıbrıs'ın kuzey kesiminde 88 HIV vakası olduğu açıklanmıştır. Bununla birlikte, uzmanlarla yapılan görüşmeler, test ve tedaviye erişimi kısıtlayan politikalar nedeniyle şu anda bilinenden çok daha fazla HIV vakası olduğunu göstermektedir.

Görüşmeler, şu anda bazı doktor ve diğer sağlık çalışanlarının, vatandaş olmayan bireylere temel HIV tedavisini kayıt dışı gerçekleştirdiklerini veya onlara ilaç verdiklerini ortaya koymaktadır. Ancak, bu durum ideal durum olmanın çok ötesindedir. Bu, kontrol edilebilir bir hastalığın tedavisine erişimi ortadan kaldıran bir durumdur.

Vatandaş olmayan kişilerin HIV nedeniyle sınır dışı edilmeleri kaldırılırsa, çok daha fazla kişi test olabilecek ve tedavi görebilecektir.

Anonim test merkezlerinin olmaması da test ve tedaviye erişimi kısıtlamaktadır. Uzmanlara göre, geçmişte HIV pozitif olarak test edilen herkes deşifre edilmiş ve mahremiyet büyük bir sorun teşkil etmiştir.

Artık HIV'li insanlar kod adları alıyorlar ve çoğu zaman anonim kalabiliyorlar, ancak ilk testi yaptırdıklarında gerçek adlarını vermeleri gerekmektedir. HIV pozitif teşhisi konduktan sonra kendilerine bir kod adı verilmektedir. Ancak, gerçek adları halen sistemde kalmaktadır.

Uzmanlarla yapılan görüşmeler, aynı zamanda, yeni nesil ilaçlara erişimin olmadığını da ortaya koymaktadır. Bu ilaçlar ancak yasa dışı yollardan elde edilebilmektedir.

Bu çalışma kapsamında görüştüğümüz HIV ile yaşayan bir kişi, HIV ile yaşayan kişilerin istihdam edilebileceği sektörlerin sınırları olduğundan bahsetmiştir.

Masa başı araştırması ve uzmanlarla yapılan görüşmeler, Hepatitli kişilerin istihdamının 'sağlık ve çalışma bakanlıkları' arasında imzalanan bir protokolle düzenlendiğini ve protokolda HIV'li kişilerden bahsetmediğini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte, uygulamada bu protokol HIV teşhisi konan kişiler için HIV saptanamaz hale gelene kadar, üç aylık bir süre için uygulanmaktadır. Daha sonra kişi, enfeksiyonun ilk üç ayında çalışmasının yasak olduğu sektörlerde çalışmasına olanak sağlayan bir sağlık raporu alır. Bununla birlikte, her ne kadar uygulama böyle olsa da, bu yönde hiçbir yasal güvence bulunmamaktadır.

Damgalama da ele alınması gereken bir konudur. HIV ile yaşayan ve damgalanma korkusu nedeniyle test olmayan pek çok kişinin tedaviye erişimleri bulunmamaktadır.

HIV hastaları da çok ihtiyaç duyulan psikolojik destekten yoksundur. HIV teşhisi konduğunda, travmayla başa çıkmalarına yardımcı olacak destek mekanizmaları yoktur. Ayrıca, HIV ile yaşayan diğer insanlara da erişimleri yoktur. Bazı insanlar HIV taşıdıkları gerçeğini kabul edemezlerse tedaviyi reddedebilirler.

HIV/AIDS'le yaşayan kişiler ilaçlarını ücretsiz olarak alabilmektedir, ancak yapılan görüşmeler, HIV'li kişilerin yılda birkaç kez yaptırmaları gereken grip aşısı, yetişkin aşısı vb. aşılar olduğunu ve bunların ücretsiz olmadığına işaret etmektedir.

HIV için risk gruplarının ne olduğunun bilinmesi ve önleme amaçlı

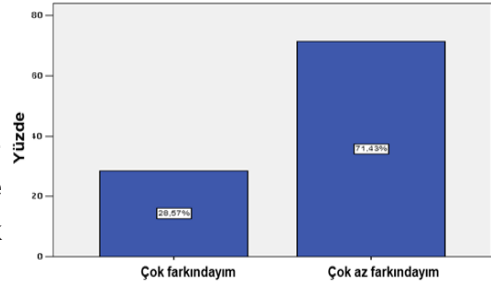
programların uygulamaya koyulması önemlidir. Uzmanlarla yapılan görüşmeler, Kıbrıs'ın kuzey kesiminde HIV ile yaşayan insan grubunun yarısından fazlasının eşcinsel erkeklerden oluştuğunu ortaya koymaktadır.

Vatandaş olmayan çoğu kişinin test olmaktan kaçınması ve geniş kapsamlı bir HIV test programının olmaması, teste erişimi olmayan başka risk gruplarının da olabileceği anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, eşcinsel ilişkinin bir tabu olması ve yakın zamana kadar yasalarla engellenmiş olması, HIV'li kişilerin yarısından fazlasının eşcinsel erkeklerden oluşmasına katkıda bulunan faktörler arasında olabilir. Bu durum, hem halkın geneline yönelik hem de risk gruplarına yönelik farkındalık artırma programlarına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

HIV/AIDS'le yaşayan kişilerle yapılan görüşmeler:

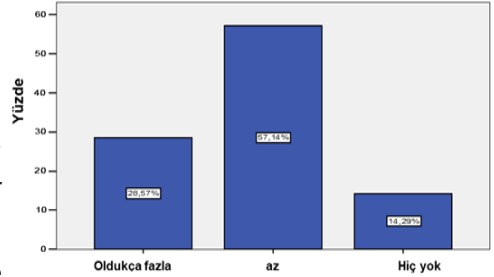
HIV/AIDS'le yaşayan kişilerin hasta hakları konusundaki farkındalıkları çok düşük düzeydedir.

Görüşülen HIV/AIDS'le yaşayan kişilerin %71.43'ü hasta haklarının ne olduğu konusunda çok az farkındalık sahibi olduklarını söylemiştir.



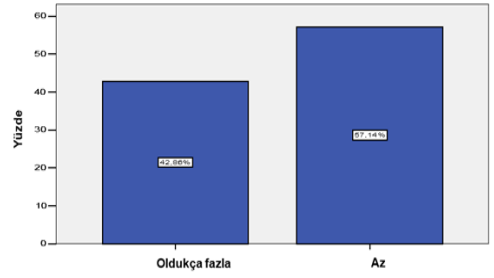
HIV/AIDS'le yaşayan kişiler önleyici tedbirler alma hakkına sahip olduklarını düşünmektedirler.

Görüşülen HIV/AIDS'le yaşayan kişilerin %71.43'ü önleyici tedbirler konusunda çok az hakları olduğunu veya hiç haklarının olmadığını ifade etmişlerdir.



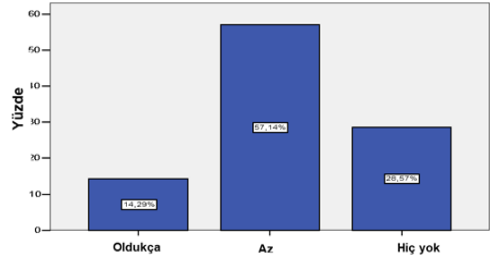
HIV/AIDS'le yaşayan kişiler sağlık hizmetlerine erişimlerinin düşük olduğunu düşünmektedir.

Görüşülen HIV/AIDS'le yaşayan kişilerin çoğu sağlık hizmetlerine çok az erişimleri olduğunu belirtmişlerdir.



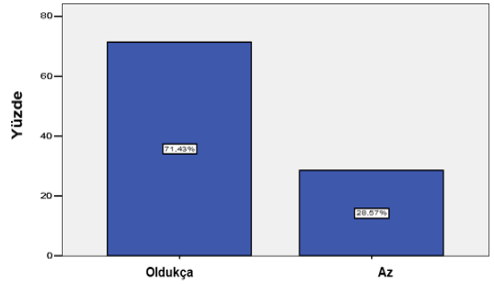
HIV/AIDS'le yaşayan kişilerin kendilerine sunulan sağlık hizmetleri hakkındaki bilgilere erişimi ya çok azdır ya da hiç yoktur.

Görüşülen tutuklu ve hükümlülerin %83.33'ü kendilerine sunulan sağlık hizmetleri hakkındaki bilgilere çok az erişimleri olduğunu veya hiç erişemediklerini belirtmişlerdir.



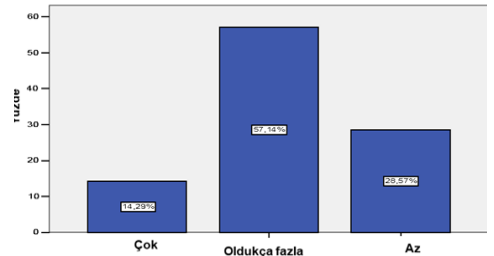
HIV/AIDS'le yaşayan kişiler, sağlık-ları hakkında karar verebilmelerini sağlayacak bilgiye erişimlerinin iyi olduğunu düşünmektedir.

HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin %71,43'ü hakkında karar verebilmelerini sağlayacak bilgiye erişimleri olduğunu düşünmektedir.



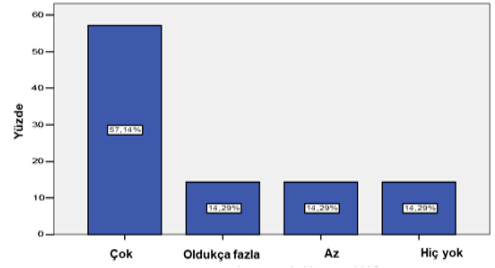
HIV/AIDS ile yaşayan kişiler özgür seçim hakkına sahip olduklarını düşünmektedir.

Görüşülen HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin %85.71'i özgür seçim hakkına sahip olduklarını ifade etmişlerdir.



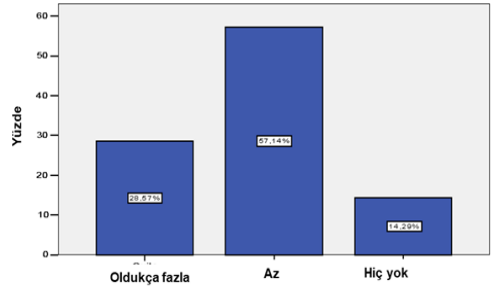
HIV/AIDS ile yaşayan kişiler, mahremiyet ve gizlilik hakkına sahip olduklarını düşünmektedirler.

Görüşülen HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin %71.43'ü mahremiyet ve gizlilik hakkına sahip olduklarını söylerken, % 28.58'i bu hakka çok az sahip olduklarını veya hiç hakları olmadığını söylemiştir.



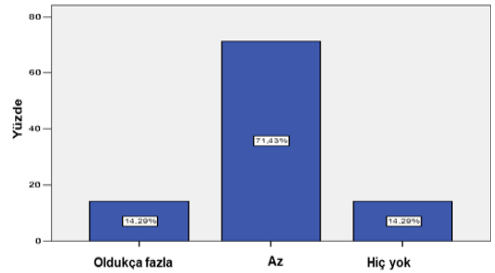
HIV/AIDS ile yaşayan kişiler sağlıklı ile ilgili randevuların zamanlarına saygı duyulmadığını düşünmektedir.

Görüşülen HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin %71.43'ü, bir hasta olarak zamanlarına çok az saygı duyulduğunu veya hiç saygı duyulmadığını söylemiştir.



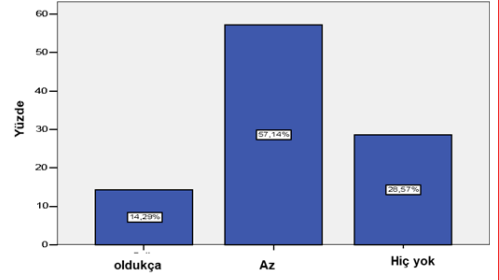
HIV/AIDS ile yaşayan kişiler kaliteli sağlık hizmeti alamadıklarını düşünmektedir.

Görüşülen HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin %85,72'si kaliteli sağlık hizmetlerine çok az erişimleri olduğunu veya hiç erişemediklerini ifade etmiştir.



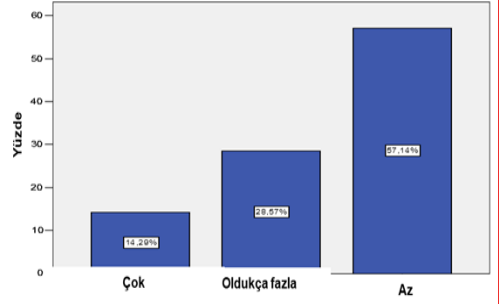
Yanlış tedaviye karşı korunma hakkı, HIV/AIDS ile yaşayan birçok kişinin sahip olmadığı bir haktır.

Görüşülen HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin %85.71'i yanlış tedaviye karşı çok az korumaya sahip olduklarını veya hiç korunmadıklarını ifade etmiştir.



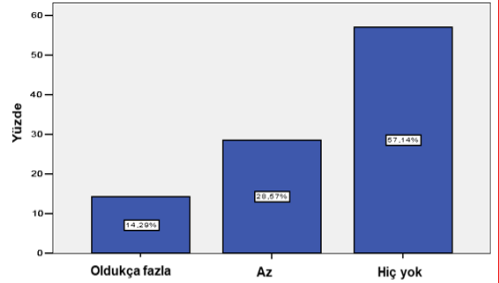
Yeni buluşlardan ve tedavi yöntemlerinden yararlanma hakkı HIV/AIDS ile yaşayan çok sayıda kişinin yararlanmadığını düşündüğü bir haktır.

Görüşülen HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin %57,14'ü yeni buluşlara ve tedaviye çok az erişimleri olduğunu söylemiştir.



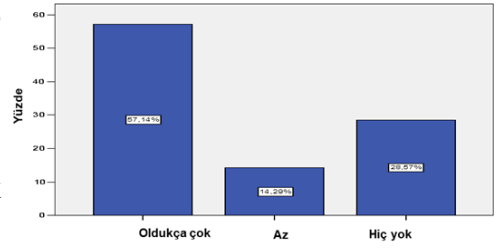
Görüşülen HIV/AIDS ile yaşayan kişiler, gereksiz acı ve ağrıdan kaçınma hakları olmadığını düşünmektedirler.

Görüşülen HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin %66.67'si gereksiz acı ve ağrıdan kaçınma hakkının çok az olduğunu veya hiç olmadığını belirtmiştir.



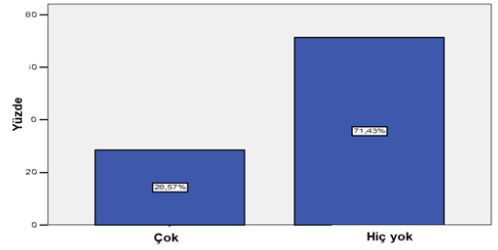
HIV/AIDS ile yaşayan kişiler kişiye özel tedavi alma hakkından yararlandıklarını düşünmektedirler.

Görüşülen HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin %57,14'ü mahremiyet ve gizlilik hakkına sahip olduklarını söylerken, % 42,86'i bu hakka çok az sahip olduklarını veya hiç hakları olmadığını söylemiştir.



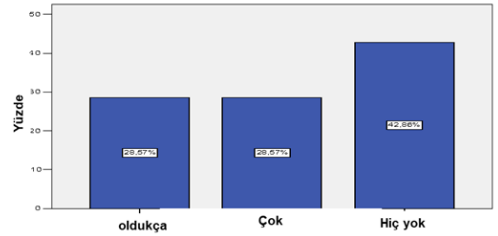
HIV/AIDS ile yaşayan kişiler şikayette bulunma hakları olmadığını düşünmektedir.

Görüşülen HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin %71,43'ü yanlış tedaviye karşı şikayette bulunma haklarının olmadığını söylemiştir.



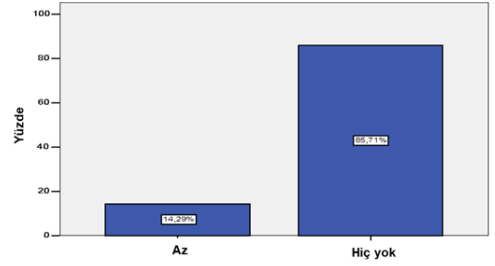
HIV/AIDS ile yaşayan kişiler tazminat alma hakkına sahip olmadıklarını düşünmektedir.

Görüşülen HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin %71,43'ü yanlış tedavi durumunda tazminat alma haklarının olmadığını söylemiştir.



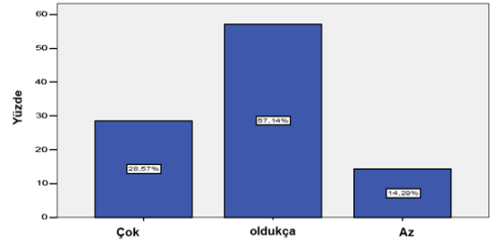
HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin psikolojik desteğe erişimleri yoktur.

HIV/AIDS ile yaşayan kişilere diğer gruplara sorulmayan üç ek soru sorulmuştur. HIV teşhisi konduğunda ve sonrasında ne kadar psikolojik destek aldıkları sorulduğunda, görüşülen kişiler, çok az veya hiç psikolojik destek aldıklarını söylemişlerdir.



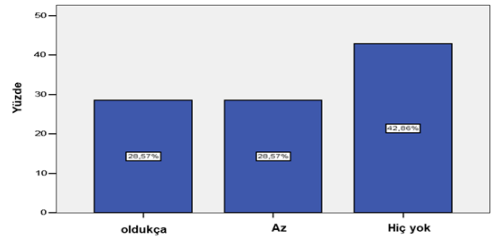
HIV/AIDS ile yaşayan kişiler kendilerine hastalıkları hakkında iyi bilgi verildiğini düşünmektedir.

Hastalıkları hakkında kendilerine ne kadar bilgi verildiği sorulduğunda, görüşülen HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin %85.71'i iyi bilgi aldıklarını söylemişlerdir.



HIV/AIDS ile yaşayan kişiler, aynı hastalığı taşıyan başka kişilere erişimlerinin olmadığını söylemişlerdir.

Görüşülen HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin %71.43'ü aynı hastalığı taşıyan başka kişilere erişimlerinin çok az olduğunu veya hiç erişemediklerini ifade etmişlerdir.



Sonuç ve Öneriler:

HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin hasta hakları konusundaki farkındalık seviyesi çok azdır veya hiç farkındalıkları bulunmamaktadır.

Bununla birlikte, HIV/AIDS ile yaşayan kişilerle yapılan görüşmeler bu kişilerin aşağıdaki haklardan yararlanamadıklarını göstermektedir:

- Sağlık hizmetlerine erişim
- Kullanabilecekleri sağlık hizmetleri hakkındaki bilgilere erişim
- Önleyici tedbir hakkı
- Hastaların zamanına saygı
- Kalite standartlarına uyulması hakkı
- Güvenlik hakkı
- Yeniliklerden yararlanma hakkı
- Gereksiz acı ve ağrıdan kaçınma hakkı
- Şikayet hakkı
- Tazminat hakkı
- Psikolojik desteğe erişim
- Aynı hastalığa sahip başkalarına erişim

1. HIV/AIDS konusunda farkındalığın artırılması

Kıbrıs'ın kuzey kesiminde toplumun HIV/AIDS konusundaki farkındalığı çok azdır. Bu düşük farkındalık seviyesi nedeniyle, hem toplum içinde hem de bazı sağlık çalışanları arasında HIV ile bağlantılı damgalama yüksek seviyededir. Bu durum, hem halkın geneline yönelik hem de risk gruplarına yönelik farkındalık artırma programlarına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

2. HIV/AIDS için bir Risk Haritasının Hazırlanması

HIV için risk gruplarının ne olduğunun bilinmesi ve önleme amaçlı programların uygulamaya koyulması önemlidir.

3. Belirli yasa ve politikaların kilit konumdaki popülasyonların HIV önleme, test etme ve tedavi hizmetlerine erişimi ne ölçüde sınırlayabileceğinin gözden geçirilmesi.

Yasal ve düzenleyici çerçevelerin HIV ile ilgili damgalama, dışlama ve ayrımcılığın daha iyi ele alınmasını sağlamak amacıyla gözden geçirilmesi ve değiştirilmesi önemlidir.

4 . Yeni nesil ilaç ve tedavilere erişimin sağlanması

Uzmanlarla yapılan görüşmeler, aynı zamanda, yeni nesil ilaçlara erişimin olmadığını da ortaya koymaktadır. Bu ilaçlar ancak yasa dışı yollardan elde edilebilmektedir.

5. HIV teşhisi konan kişilere psikolojik desteğin verilmesi

HIV hastaları da çok ihtiyaç duyulan psikolojik destekten yoksundur. HIV teşhisi konduğunda, travmayla başa çıkmalarına yardımcı olacak destek mekanizmaları yoktur. Bazı insanlar HIV taşıdıkları gerçeğini kabul edemezlerse tedaviyi reddedebilirler.

2004 yılında imzalanmış olan Avrupa ve Orta Asya'da HIV/AIDS ile Mücadeleye İlişkin Dublin Bildirgesi devletlere tavsiyelerde bulunmaktadır. Bildirgede yer alan birçok tavsiyeden aşağıda belirtilen temel tavsiyelerin Kıbrıs'ın kuzey kesiminde de kabul edilmesi gerekmektedir:

1. İnsanlarımızı geleceklere yönelik bu tehditten korumak, insan haklarını desteklemek, damgalanmayı önlemek ve ihtiyacı olan herkesin eğitim, bilgi ve hizmetlere erişimini sağlamak amacıyla Devlet ve Hükümet Başkanları seviyesinde güçlü ve hesap verebilir liderliğin teşvik edilmesi;

2. Taahhüt Bildirgesi'nin amaç ve hedeflerine ulaşılmasına katkıda bulunmak amacıyla ülkelerimizde sivil toplum ve özel sektörün güçlü bir liderlik sergilemesinin teşvik edilmesi ve kolaylaştırılması;

4. Hastalıkla mücadelede ilerleme kaydetmenin tasarlanması, gözden geçirilmesi, izlenmesi ve raporlanması için sivil toplumun ve özellikle HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin ve onların savunucularının anlamlı katılımını içeren ulusal HIV/AIDS ortaklık forumlarının oluşturulması ve güçlendirilmesinin yanı sıra uygulamanın önündeki engellerin belirlenmesi ve giderilmesi için eylemlerin vaktinde ve kararlı bir şekilde hayata geçirilmesi;

7. Ulusal ve bölgesel tahsislerin yanı sıra AIDS, TB ve Sıtma ile Mücadele için Küresel Fon, Avrupa Birliği, yeni kurulan kamu-özel ortaklıkları, çok taraflı ve iki taraflı finansman mekanizmaları aracılığıyla ihtiyacın en fazla olduğu ve en fazla etkilenen ülkelerde jenerik ilaçlar gibi etkili ve düşük maliyetli tedaviler de dahil olmak üzere, önleme, bakım ve sürekli tedaviye erişimin ölçeklendirilmesi amacıyla daha fazla ve sonuç odaklı mali ve teknik kaynakların sağlanması;

8. Taahhüt Bildirgesinde yer alan 15-24 yaş arası genç erkek ve kadınların en az yüzde 90'ının 2005 yılına kadar bilgiye, eğitime erişiminin olması, akran eğitiminin sağlanması, gençlere özel HIV eğitiminin verilmesi ve HIV enfeksiyonuna karşı savunmasızlıklarının azaltılması amacıyla gerekli yaşam becerilerinin geliştirilmesine yönelik hizmetlerin verilmesini de içeren hedefin gerçekleştirilmesini sağlamak amacıyla, çabalarımızın gençler, ebeveynler, aileler, eğitimciler ve sağlık hizmeti

sağlayıcıları ile diyalog halinde yeniden canlandırılması;

14. ... kadınların ve ergen kızların kendilerini HIV enfeksiyonu riskinden koruma kapasitelerini artırmak ve HIV / AIDS'e karşı savunmasızlıklarını azaltmak amacıyla ulusal ve bölgesel seviyede stratejilerin ve programların geliştirilmesi;

20. HIV/AIDS ile yaşayan insanların ve toplumda etkilenen bireylerin tüm insan haklarından etkin bir şekilde yararlanmalarını teşvik etmek amacıyla mevcut mevzuatın, politikaların ve uygulamaların eleştirel bir şekilde gözden geçirilmesi ve izlenmesi de dâhil olmak üzere, Avrupa ve Orta Asya'da HIV/AIDS ile yaşayan insanların damgalanmasına karşı ve ayrımcılığa karşı mücadele edilmesi;

27. Ulusal HIV/ AIDS önleme ve sağlık bakım stratejilerinin ve finansman planlarının geliştirilmesi ve uygulanması çabalarına sivil toplum ve inanç temelli kuruluşların yanı sıra HIV/AIDS ile yaşayan kişilerin ve HIV/AIDS enfeksiyonu açısından en yüksek riski taşıyan ve en kırılgan durumda olan kişilerin ulusal ortaklık forumlarını da kullanmak suretiyle dâhil edilmelerinin sağlanması;

GENEL SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma kapsamında analiz edilen beş hedef grubun hasta haklarının ne olduğu konusunda çok düşük bir farkındalığa sahip olduğu ve hasta haklarından tam olarak yararlanamadıkları açıktır.

Kıbrıs'ın kuzey kesiminde etkili ve bilimsel bir halk sağlığı politikasının ve sağlık riski haritasının hazırlanmasına ihtiyaç vardır. Kamu tesisleri ihtiyaç arttıkça açılmaktadır. Ancak, bir plan veya vizyon yoktur ve bu nedenle, yasal veya diğer altyapılardan yoksundur. Bu nedenle, öteleştirilen (marjinal) gruplara sağlanacak sağlık ve bakım hizmetlerine ilişkin uzun vadeli bir plana ihtiyaç vardır.

Ulusal Yaşlı Bakımı Planı, Ulusal Ruh Sağlığı Planı, yeni bir HIV Tedavi Politikası ve içerisinde insan ticareti mağdurlarına sunulan hizmetlere ve daha iyi cezaevi koşullarına da yer veren bir insan ticaretiyle mücadele yasasına ihtiyaç vardır.

Yaşlı Bakımı:

Ulusal Yaşlı Bakımı Planına ve ulusal yasanın yaşlı bakımına ilişkin standartları getirecek şekilde güncellenmesine ihtiyaç vardır.

Ruh Sağlığı:

Ruh sağlığı bozukluklarını önleyen, erken tespit eden ve ruh sağlığı bozuk bireylerin iyileşmesini, bu kişilerin topluma tam olarak katılmalarını sağlayan, etkili ve uygun erişim imkanı sunan ve toplum desteği almalarına olanak sağlayan bir ruh sağlığı sistemine ihtiyaç vardır.

Kıbrıs'ın kuzey kesiminde ruh sağlığı hastalıklarıyla ilgili bir damgalama vardır. Bu nedenle, kapsamlı bir ulusal damgalama azaltma stratejisi yoluyla toplum ve hizmet anlayışı ile birlikte tutumları da iyileştirmeye ihtiyaç vardır.

İhtiyaç duyulanlar arasında uygun bakıma daha iyi erişim, bakımın devamlılığı, nüks (relaps) oranlarının düşürülmesi ve ruh sağlığı hizmetlerine yeniden başvurulması yer almaktadır. Bağımlılar ve diğer hastalar çoğu zaman nüks (relaps) yaşamakta ve yolları tekrar Barış Hastanesi'ne düşmektedir.

Tutuklu ve Hükümlüler:

Tutuklu ve hükümlülerin cezaevine girdiklerinde hâlihazırda kötü bir sağlık durumunda olma olasılıkları daha yüksek olduğundan ve cezaevindeki elverişsiz koşulların sağlık durumlarını daha da kötüleştirdiğinden, cezaevinde sağlık hizmetlerine ve tedavilere duyulan ihtiyacın genelde daha fazla olduğu kaydedilmelidir. Bununla birlikte, Kıbrıs'ın kuzey kesiminde tutuklu ve hükümlülere temel sağlık hizmetlerinin sağlanmasının dahi zor olduğu görülmektedir. Yetkililerin, her bir tutuklu ve hükümlünün sağlığını koruma görevi vardır. Hijyen ve hijyen ürünlerine ücretsiz erişimi sağlayan yeni bir hapishaneye de ihtiyaç vardır.

Gece Kulüplerinde Çalışan Kadınlar :

Gece kulüplerinde çalışan kadınlar, hem fiziksel hem de psikolojik hizmetlere ihtiyaç duyan insan ticareti mağdurlarıdır. Bu mağdurlara yönelik hizmetleri de güvence altına alacak bir insan ticaretiyle mücadele yasasına acilen ihtiyaç vardır.

HIV/AIDS ile Yaşayan Kişiler:

HIV/AIDS konusunda farkındalığın artırılmasına ihtiyaç vardır. HIV için risk gruplarının ne olduğunun bilinmesi ve önleme amaçlı programların uygulamaya koyulması önemlidir. Yasal ve düzenleyici çerçevelerin HIV ile ilgili damgalama, dışlama ve ayrımcılığın daha iyi ele alınmasını sağlamak amacıyla gözden geçirilmesi ve değiştirilmesi de gerekmektedir. HIV tanısı almış kişilerin yeni nesil ilaçlara ve tedavilere erişimin sağlanması ve bu kişilere psikolojik desteğin verilmesi ihtiyacı vardır.

Evrensel Hasta Hakları Derneği
Universal Patient Rights Association



Bize Ulaşın!

0392 228 83 37



www.ehhd.eu



info@ehhd.eu



EHHD.UPRA



EHHD_UPRA