SOCIAL SCIENCES STUDIES JOURNAL
SSSjournal (ISSN:2587-1587)

Economics and Administration, Tourism and Tourism Management, History, Culture, Religion, Psychology, Sociology, Fine Arts, Engineering, Architecture, Language, Literature, Educational Sciences, Pedagogy & Other Disciplines in Social Sciences

Vol:3, Issue:4	pp.276-289	2017
sssjournal.com	ISSN:2587-1587	sssjournal.info@gmail.com

Article Arrival Date (Makale Geliş Tarihi) 16/07/2017 | The Published Rel. Date (Makale Yayın Kabul Tarihi) 30/08/2017
Published Date (Makale Yayın Tarihi) 06.09.2017

AVRUPA'DA VE TÜRKİYE'DE RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN KARŞILAŞTIRMALI OLARAK İNCELENMESİ*

A COMPARATIVE EXAMINATION OF MENTAL HEALTH SERVICES ON EUROPE AND TURKEY

Arş. Gör. Dr. Cuma SONGUR
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, cumasongur@gmail.com, Kahramanmaraş/TÜRKİYE

Erhan SAYLAVCI
Şb. Md., Sağlık Bakanlığı, Kahramanmaraş Halk Sağlığı Kurumu, erhansaylavci@gmail.com, Kahramanmaraş/TÜRKİYE

Arş. Gör. Şafak KIRAN
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, kiransafak@gmail.com, Kahramanmaraş/TÜRKİYE

ÖZ

Bireylerin, ruhsal sorunlarının üstesinden gelmelerine yardımcı olmak ve hastalık nedeniyle kaybettikleri toplumsal rollerini yeniden kazanmalarını sağlamak amacıyla yapılan çalışmaların hepsi, toplum ruh sağlığı hizmetleri içerisinde yer alır. Dünya genelinde bu hizmetler; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum&hastane dengeli model olarak üç farklı modelde sunulmaktadır. Türkiye'de ruh sağlığı hastalarının tedavi ve bakım hizmetlerinde hem hastane temelli modelden hem de toplum temelli modelden yararlanılsa da bu hizmetler ağırlıklı olarak hastane temelli modelde sunulmaktadır. Ülkemizdeki duruma kıyasla, Avrupa ülkelerinin birçoğu, hastane temelli modelden, bireylerin kendi yaşadığı çevrede ruh sağlığı hizmetinden faydalandığı, toplum temelli modele geçiş sürecini tamamlamıştır. Gelir seviyesi yüksek olan ülkeler ruh sağlığı hizmetlerini daha çok önemsemekte ve bu hizmetlere daha çok bütçe ayırmaktadır. Türkiye'de 11 adet ruh ve sinir hastalıkları hastanesi, toplamda 4231 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Bazı Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında, ruh sağlığı hastalarına uzun süreli bakım sağlayacak psikiyatri yataklarının, Türkiye'de daha az sayıda olduğu görülmektedir. Ülkemizde ruh sağlığı alanında hizmet veren toplam hemşire sayısı 1.677'dir. Ruh sağlığı alanında hizmet veren insan kaynağına bakıldığında ise, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre: Türkiye, Avrupa Bölgesi içerisinde nüfusuna oranla en az sayıda ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanına sahip ülkedir. Avrupa Birliği'ne üye 28 ülkede, 100 bin kişiye ortalama 16,8 psikiyatri uzmanı düşerken aynı oran Türkiye'de 3,80 civarındadır. Buna ek olarak Avrupa Birliği'ne üye 28 ülkede 100 bin kişi başına 72,9 psikiyatri hasta yatağı düşerken aynı dönemde Türkiye'de bu oran 6,1 civarındadır. Bu sonuçlara göre, ülkemizde ruh sağlığı hastalarına yönelik genel hastanelerdeki yatak sayısının arttırılması bir gereklilik olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca, bu hastalara uzun süreli hizmet sunacak, yataklı bakım evleri ve merkezlerinin kurulması, ruh sağlığı alanında çalışan sayısının da arttırılması gerekmektedir. Bu kapsamda çalışmanın amacı, genel olarak ruh sağlığı hastalarına yönelik tedavi ve bakım hizmetleri sunumu konusunu incelemek ve bununla ilgili farklı kaynaklardan (OECD Sağlık İstatistikleri, Sağlık Bakanlığı/Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Dünya Sağlık Örgütü) elde edilen istatistiksel veriler ışığında Türkiye ve bazı AB ülkeleri (İtalya ve İngiltere) arasında karşılaştırmalar yaparak önerilerde bulunmaktır.

Anahtar Kelimeler: Maliyet Yönetimi, Etkinlik, Malmquist Toplam Faktör Verimliliği

ABSTRACT

All of the services provided to help individuals to overcome their mental disorders and to regain their social life lost due to their illnesses are in the context of community mental health services. These services are provided worldwide along with three different models named as hospital-based model, community-based model and community & hospital-balanced model. Although both of the hospital-based model and the community-based model are being used in the treatment and care services of the patients with mental

* Bu çalışma 12-14 Mayıs Tarihler arasında İKSAD ev sahipliğinde Gaziantep'te düzenlenen AL-FARABİ Kongresinde sunulan bildirinin genişletilmiş halidir.

disorders in Turkey, hospital-based model is being preferred mostly for treatment of patients. To compare with Turkey, most of the European countries have accomplished to change their hospital-based model to community-based model which provides individuals to have their mental health treatments in their own environment. Countries with higher income levels have higher budget expenses for health services and show more concern to mental health issues. In Turkey, 11 mental and nervous disorders hospitals serve with 4231 hospital bed capacity in all. Compared with some of the European countries, it is clear that there are fewer psychiatric beds to provide long-term care for patients with mental disorders. The total number of nurses serving in the field of mental health in our country are 1677. According to The World Health Organization's data, Turkey have the least number of mental health and disease specialists for population-based need, compare within the European Region, considering the human resources serving in the field of mental health. European Union with 28 member states have an average of 16,8 psychiatry specialists per 100 thousand people, while Turkey has only around 3,80 specialist per same number of population. In addition, there are 72,9 psychiatric patient beds per 100 thousand people in 28 countries of the European Union but this ratio is around 6.1 in Turkey for the same time period. According to these results, to increase the number of patient beds for mental disorder patients in common hospitals in our country can be regarded as a necessity. Additionally, it is necessary to increase the number of mental health employees and the establishment of nursing homes and care centers to provide long-term care for these illnesses. In this context, the aim of this study is to examine the treatment and care services provided for mental health patients in general and make recommendations by comparing Turkey and some of the EU countries (Italy and England) by means of statistical data (OECD Health Statistics, The Ministry of Health/Annual Health Statatistics, World Health Organization) obtained from different sources.

Keywords: Mental Health Services, Turkey, Europe.

1. GİRİŞ

Ruh sağlığı hizmetleri, diğer sağlık hizmetleri gibi koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üç grupta sınıflandırılır. Ruh sağlığı hizmetleri bu şekilde ayrı olarak sınıflandırılmasına rağmen birbirini etkileyen, geliştiren ve tamamlayan hizmetlerdir. Ruh sağlığı hizmetlerinin amaçları; bireyin içinde yaşadığı toplum ve çevrede mutlu, uyumlu ve başarılı olmasını sağlamak, ruhsal bozukluk ve hastalıkları önlemek, yani bireyi ve toplumu ruh hastalıklarından korumak ve ruh hastalıklarını tedavi ederek kişileri topluma yeniden kazandırmak olarak sıralanabilir (Köknel, 2000: 5). Ruh sağlığı çocukluk döneminden bireyin ölümüne kadar devam eden; düşünce, iletişim becerileri, öğrenme ve duygusal gelişimle süren, kendine güven ile güçlenen süreci ifade eden bir kavramdır (Dığrak, 2014: 3). Toplum ruh sağlığı terimi ise bireye ve etkileşimde bulunduğu çevreye sunulan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici tüm ruh sağlığı hizmetlerini ifade eden bir kavramdır. Bireylerin ruhsal sorunlarının üstesinden gelmelerine yardımcı olmak, hastalık nedeniyle kaybettikleri toplumsal rollerini yeniden kazanmalarını sağlamak amacıyla yapılan çalışmaların hepsi toplum ruh sağlığı hizmetleri içerisinde yer alır (Pektaş vd., 2006).

Çağdaş tıp anlayışı insanı fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bir bütün olarak kabul etmektedir. Organizmayı oluşturan organlar ve sistemler insanın fiziksel yönünü; zihinsel, duygusal yetiler, olaylar karşısında hissedilen duygu ve düşünceler ruhsal yönünü; yaşadığı çevre ve toplumla ilişkileri ise sosyal yönünü oluşturmaktadır. Genel olarak bakıldığında birey, yaşamını, yaşadığı zaman diliminde ve değişen mekanlarda kendisiyle, ailesiyle, yakın çevresiyle, içinde yaşadığı toplumla ve çalıştığı işle yoğun bir etkileşim içinde sürdürmektedir. Eğer bu ilişkilere bağlı etkileşim sürecinde denge, uyum ve doyum varsa bireyin ruhsal yönden sağlıklı olduğu kabul edilir (Erci, 2009).

2. RUH SAĞLIĞI HİZMETİ SUNUM MODELLERİ

2.1. Hastane Temelli Model

Dünyada ruh sağlığı hastalarının tedavisi ve bakımında kullanılan en eski ve geleneksel olan modeldir. Avrupa'da ve Amerika'da ıslah evleri sisteminin terk edilmesinden sonra günümüzde "deli hastanesi" veya "tımarhane" diye bilinen "Asylum" denilen depo hastaneleri kurulmuştur. Bu hastaneler şehrin dışında kurulan ve ortalama 1500-2000 yatak kapasitesine sahip olan hastanelerdir (Alataş vd., 2009: 26). Bu hastanelerin kurulup yaygınlaştırılmasında Pinel ve Tuke tarafından tanıtılan "Moral Tedavi" anlayışının büyük etkisi vardır. Moral tedavi yaklaşımının temelinde yatan görüş; "bireyin yaşadığı çevre, moralinin bozulmasına ve hasta olmasına neden olduğu için hastalar ancak yaşadığı çevreden uzaklaştırılırsa tedavi edilebilir" şeklindedir (Ritter ve Shirley, 2012). İngiltere'de Tuke tarafından uygulanan yöntemleri inceleyen ve bu tedavilerden etkilenen Dorothea Dix, Amerika'da akıl hastanelerinin yaygınlaştırılmasına öncülük etmiştir. Dix, ruh sağlığı hastalarının tedavi edilmesi için kontrollü bir çevrede aynı anda somatik ve psikososyal tedavi yöntemlerinin uygulanması gerektiğini, bu kontrollü ortamı sağlamak için Asylum'ların kurulması gerektiğini belirtmiştir (Ritter ve Shirley, 2012).

Yirminci yüzyılın başlarında Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'nın genelinde akıl hastaneleri sistemi oldukça yaygınlaşmıştı. Her biri binlerce hastayı barındıran, hastaları toplumdan uzaklaştıran, en varlıklı koşullarda bile hastalara yeterli bakım ve tedavi hizmeti sunulmasına olanak sağlayamayan bu hastaneler,

giderek birçok hastanın hastalığının süreğenleştiği ve ömür boyu kaldığı kurumlar haline gelmişti (Öztürk ve Uluşahin, 2011: 824). Psikiyatrik ilaçların keşfedilmesine kadar bu kurumlarda hastalar insanlık dışı "tedavi" yöntemlerine maruz kalıyorlardı. Hastayı tedavi etmek için beyin loblarının cerrahi işlemle kesilmesi, yatıştırmak için ise hastalara yüksek elektrik akımı ya da insülin enjekte edilerek hastanın şoka girmesi sağlanıyordu (Linshort, 2006: 26).

1950'li yıllardan itibaren akıl hastanelerinin aşırı kalabalık olduğu, buralarda akıl hastalarına kötü muamele ve işkence yapıldığı, bir kurumda uzun bir süre toplumdan tecrit edilerek kapatılmanın en az ruhsal hastalık kadar hastalara zarar verdiği konuları tartışılmaya başlanmıştı (Patel vd., 2014). Bu dönemlerde (1954) İngiltere'de akıl hastanelerinde yatan kişi sayısı 148 100, Amerika'da ise 559 000 kişiye ulaşmıştı (Patel vd.., 2014). Aslında bu dönemde hastanelerdeki kişiler tedavi amacıyla değil, gözetim amacıyla tutuluyordu (Arieti, 2008: 120).

1960'lı yıllarda Michel Faucault, Thomas Szazs ve Erwing Goffman gibi kişilerin geliştirdiği antipsikiyatri akımı sonucunda hem psikiyatri bilimi hem de akıl hastaneleri kökten bir biçimde eleştirilmiştir. Bu karşıt görüşteki kişiler akıl hastalığı diye bir kavramın olmadığını ve psikiyatrinin; yoksulları, otoriteye karşı gelenleri, homoseksüel ve lezbiyenleri etiketlemek ve onları kontrol etmek için uydurulmuş bir şey olduğunu savunmuşlardır (Kemp, 2007: 45).

2.2. Toplum Temelli Model

Toplum temelli model, tedavi ve bakım hizmetlerinin geleneksel hastaneler yerine hastanın kendi yaşadığı çevrede sağlandığı modeldir. Bu modelin ana hedefleri ruh sağlığı hastalarının hastaneye yatışının önlenmesi ve hastaların minimum destekle başkalarına ihtiyaç duymadan yaşayabilecek seviyeye gelmesinin sağlanmasıdır. Bu amaçla Gündüz Hastaneleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, genel hastaneler içindeki psikiyatri servisleri ve yatakları, bakım kurumları, korumalı işyerleri, koruyucu evler gibi kurumlar toplum temelli model çerçevesinde hastane tedavisine alternatif hizmet sunan kuruluşlardır (Yanık, 2007).

Toplum temelli ruh sağlığı modeli, ruh sağlığı hastalarının kişisel haklarına ve insan haklarına önem veren, hastalara tecrit edilmiş kalabalık hastaneler yerine hastanın yaşadığı yerde bakım verilmesini destekleyen bir hizmet şeklidir (Alataş vd., 2009). Bu modelde ruh sağlığı hastalarının damgalanması azalmakta ve sağlık hizmetlerine erişim daha kolay olmaktadır. Ayrıca bu hizmet modelinde hastaların ihtiyaçları daha yüksek seviyede karşılanmakta, hastalıkların tekrarlaması önlenmekte ve hizmet kullananların memnuniyetleri artmaktadır (Caldas ve Killaspy, 2011). Toplum temelli modelin finansal ve yönetsel açıdan da birçok faydası bulunmaktadır. Örneğin, Almanya'da toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaşması sonucu hastanelerde yatak sayısı %50 oranında azalmıştır (Akarçay, 2013).

Şizofreni gibi ağır ruhsal hastalıkların kişinin yaşamında oluşturduğu olumsuzluklar, bireyin toplumdan ve dış gerçeklerden soyutlanarak yalıtık ve verimsiz bir hayat sürdürmesine neden olabilmektedir. Ağır ruhsal hastalıklar önemli ölçüde yeti yitimine neden olduğu için hastaların kişisel bakım, günlük faaliyetler, aile içi ilişkiler ve toplumsal ilişki alanlarında işlevsellik düzeyi düşmektedir (Yıldız, 2004: 151). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM), şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruh sağlığı hastalarına toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde, hafta içi mesai saatlerinde ayaktan hizmet sunan sağlık kuruluşlarıdır. Dünyada ilk TRSM 1963 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde açılmıştır (Arieti, 2008: 164).

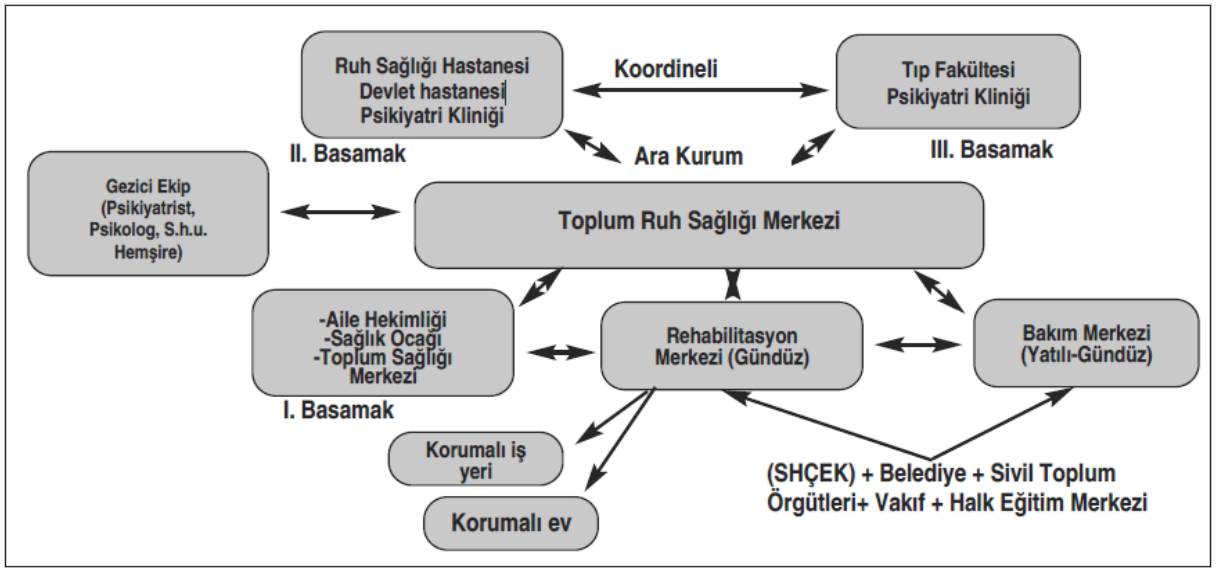
Türkiye'de uygulanan toplum temelli ruh sağlığı modelinde temel yapı; 1. Basamak (Aile Hekimliği), 2. Basamak (Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı Hastaneleri) ve 3. Basamak sağlık hizmetleri (Üniversite) şeklindedir (Ensari, 2008: 88). Toplum temelli ruh sağlığı modelinde özet olarak hasta belirli bir süre klinikte tedavi edilmekte, taburculuk sonrasında tedavi ve bakımına yaşadığı toplumda devam edilmektedir. Hastaya verilen aile içi ve toplumsal destek ile alternatif tedavi yöntemleri ruhsal bozuklukların tedavisinin daha etkili olmasını sağlamaktadır (Bağ, 2003).

Toplum temelli modelde ülke 100-300 bin kişinin yaşadığı coğrafi alanlara bölünerek her bölge için bir TRSM açılır. Merkez, hastalara toplumda sunulan tüm hizmetlerin koordinasyonundan sorumludur (Alataş vd., 2009). Toplum ruh sağlığı merkezlerinde ruh hastalıkları uzmanı, sosyal çalışmacı, hemşire, psikolog ve uğraşı terapisti gibi farklı disiplinlerden gelen bir ekip iş birliği halinde çalışmaktadır. TRSM'lerde ilaç tedavisi, bireysel ve grup terapisi, kişisel beceri eğitimi, psikoeğitim, aile eğitimi ve sosyal beceri eğitimi gibi hizmetler verilmektedir. Gerektiği hallerde psikolog, hemşire ve sosyal hizmet uzmanından oluşan gezici ekip, ev ziyaretleri yaparak hastaların ilaçlarını düzenli kullanması sağlanmaktadır (Ensari, 2011: 89).

TRSM'ler, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu'na bağlı yataklı tedavi kurumları bünyesinde faaliyet göstermekte olup, merkeze ihtiyacı kadar personel hastane yöneticisi tarafından görevlendirilir. Ayrıca gerekli onayı almak şartıyla üniversite hastaneleri de TRSM açabilir. Psikotik hastaların tedavisi ve takibini yapan hastaneler, hastanın iletişim bilgilerini kişinin yaşadığı bölgedeki sorumlu TRSM'ye gönderir. Hastanede poliklinik hizmeti alan psikotik hastalar hakkında ayda bir, yatarak tedavi alan hastalar ise taburcu edildikten sonra en geç üç gün içerisinde merkeze bildirim yapılması gerekir. Aile hekimleri de takibini yaptığı bu hastaların bilgilerini aylık olarak halk sağlığı müdürlüğüne, halk sağlığı müdürlüğü de ilgili genel sekreterlik aracılığı ile bu hastaların bilgilerini TRSM'ye bildirir. Ayrıca hastalar merkeze bireysel olarak başvuru yapabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Şekil'de görüldüğü gibi TRSM'ler, ruh sağlığı alanında hizmet sunan temel kurumlarla iletişim kurarak aracı kurum rolünü üstlenmektedir.

Şekil 1.Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Kurumlarla İletişim Yolları



Kaynak: (Ensari, 2011).

Merkezde, hastalara 'vaka yönetimi' çerçevesinde hizmet verilmekte, ihtiyacı olan hastaların yatışı için hastanelere yönlendirilmekte, çalışmak isteyen hastalara iş imkanlarını araştırmakta, yerel yönetimler ile temasa geçerek barınacak yer bulmalarına yardımcı olunmaktadır. Toplum ruh sağlığı merkezinde yeterince sosyal beceri kazanan ağır ruhsal hastalıklı bireylerin ilerde açılacak korumalı ev veya korumalı işyerlerine, kimsesiz hastaların ise bakım merkezlerine yönlendirilmesi sağlanacaktır (Ensari, 2011).

2014 yılı Mart ayında yürürlüğe konulan yönergeye göre TRSM'ler en az 300 metrekare büyüklüğündeki, toplu taşıma araçları ile kolay ulaşabilir, merkezi yerlerde bulunan müstakil binaların giriş katlarında açılması önerilmiştir. Ayrıca, merkezde yeterli sayıda masa, sandalye gibi malzemelerin bulunduğu grup terapi alanı, içerisinde lavabo, masa, duvar panosu ve resim gereçlerinin bulunduğu rehabilitasyon alanı, yemekhane salonu ve beceri mutfağı, hastaların dinlenmek için kullanacağı oturma salonları, hastanın hekimle görüşeceği görüşme odası, gözlem amaçlı ve enjeksiyon uygulamalarının yapılacağı tedavi odası, spor salonu, kütüphane ve okuma salonları ve uygun şekilde tefriş edilmiş bekleme odaları ve salonları olmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.3. Toplum Hastane Denge Modeli

Ağır ruh sağlığı hastalarının tedavisi ve bakımı konusunda hastane temelli model veya toplum temelli model tek başına yeterli değildir. Bu nedenle ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu noktasında bu iki modelin faydalı yönleri dikkatli bir şekilde incelenerek karma bir modelin oluşturulması gerekmektedir. Denge modelinde dikkat edilmesi gereken hususlar ise, sunulan hizmetlerin yaşanılan çevreye yakın olması, hastane yatış sürelerinin mümkün olduğu kadar azaltılması ve ruh sağlığına ayrılan bütçenin hastaneler yerine toplum temelli hizmetlere aktarılmasıdır (World Psychiatric Association [WPA], 2011).

Ruh sağlığı hastalarına toplum temelli hizmet modeli çerçevesinde tedavi ve bakım sağlanması, akıl hastanelerinin kapatılması ve hastaların hastaneye yatırılmadan tedavi edilmesi yönünde dünya genelinde

büyük bir istek vardır. Ancak, ruh hastalıklarının doğası gereği bazı durumlarda hastaneye yatış kaçınılmaz olmaktadır. Hastaya bakım verecek kimsesinin olmaması, hastanın kendisi ve toplum için tehlike oluşturması, hastanın toplumdan ve kendisinden korunmasının gerekmesi, hastanın tedavide iş birliği yapmaması, hastaya uygun tanı konulması, yüksek riskli ilaçların kullanılması gibi durumlarda kişinin hastaneye yatışı gereklidir (Arieti, 2008: 122).

Akıl hastanelerinin tamamen kapatılmasını ve psikiyatrik yataklı hizmetlerin ülke geneline yayılmasını hedefleyen toplum temelli modelin özellikle insan kaynakları bakımından maliyeti oldukça yüksektir. Ülkemizin sosyoekonomik koşulları ve sağlık sisteminin yapısı göz önüne alındığında ve insan kaynakları açısından eksikliklerin tamamlanması uzun yıllar süreceği hesaplandığında en uygun modelin toplum-hastane denge modeli olduğu görülmektedir. İngiltere'de halen uygulanmakta olan bu modelde psikiyatri hastaneleri 200 yatak veya altına düşürülerek korunmuş ayrıca toplum ruh sağlığı sistemi de kurulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2011).

3. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN SUNUMU VE ORGANİZASYONU

Freud'un "uygarlığın kaynağı nevrozlardır" sözünü doğrular bir şekilde dünya genelinde 450 milyon kişi ruhsal hastalıklardan etkilenmektedir. Günümüzde yaşam boyu bir ruhsal hastalıktan etkilenme olasılığı %30'dur. Başka bir ifade ile her dört kişiden birinin yaşamı boyunca bir ruhsal hastalık geçirmesi söz konusudur (Şemin ve Aras, 2004: 49). Ruh hastalıklarının her toplumda yaygın olarak görülmesi ve hastalıkların bireye, ailesine ve topluma büyük yükü olmasına rağmen dünyada ruh sağlığı alanına gerekli önem verilmemektedir. Dünya genelindeki ülkelerin yaklaşık üçte birinde ayrı bir ruh sağlığı bütçesi yoktur, bütçesi bulunan ülkelerin %21'i ise toplam sağlık bütçesinin %1'inden daha azını ruh sağlığına ayırmaktadır (Saxena vd., 2013: 13). Sağlık politika ve programlarında ruh sağlığına yeterince önem verilmemesi, personel yetersizliği, hastalıklar hakkında bilgi eksikliği nedeniyle ruh hastalıklarının yeterince tanınamaması, ruh sağlığı hastalarına karşı damgalama ve ayrımcılık olması ve hastaların yaşadığı çevrede ruh sağlığı hizmeti sunan kurumların bulunmaması ve mevcut tedavi kurumlarına da ulaşımın zor olması nedeni ile ruh sağlığı hastaları ihtiyacı olan bakımı alamamaktadır. DSÖ, konunun önemine değinerek 2001 yılında yayınladığı raporu ruh sağlığına ayırmıştır. DSÖ, üye ülkelere ruh sağlığı alanında politika ve programlar geliştirmelerini, ruh sağlığı yasası oluşturmalarını, ruh sağlığı alanındaki politika, program ve yasal düzenlemelerin oluşturulması sürecinde toplumun, ailelerin ve hizmeti kullananların etkin bir şekilde katılmasını, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonunun sağlanmasını, sağlık hizmetlerinin tüm basamağında önemli psikotrop ilaçların ulaşılabilirliğinin sağlanmasını, bireyin ihtiyacı olan hizmetleri kolayca alabilmesi için ruh sağlığı hizmetlerinin akıl hastaneleri yerine bireyin yaşadığı çevrede verilmesini, sağlık personelinin ruh hastalıkları konusunda eğitilmesini, ruh sağlığı alanında çalışanların sayılarının arttırılmasını, ruh sağlığı hastalarının damgalanmasına karşı çalışmalar yapmalarını ve ruh sağlığına bütüncül bir şekilde yaklaşarak eğitim, belediye ve sosyal hizmetler gibi diğer sektörlerle iş birliği yapılmasını tavsiye etmiştir (WHO, 2001).

Ruh hastalıklarının yükü ile ruh sağlığına ayrılan kaynaklar arasında büyük bir orantısızlık vardır. Çizelge 1.1'de görüldüğü gibi dünyada sağlık hizmetlerine ayrılan toplam bütçenin %2,82'si ruh sağlığı alanına ayrılmaktadır. Yüksek gelir grubundaki ülkelerin toplam sağlık harcamaları içinden ruh sağlığı alanına ayırdığı pay %5,1 iken, düşük gelirli ülkelerde %0, 53'tür. Düşük ve orta gelir grubunda bulunan ülkelerde ruh sağlığına ayrılan bütçenin büyük bir bölümü akıl hastanelerine harcanmaktadır.

Tablo 1.Dünya Bankası Gelir Gruplarına Göre Ruh Sağlığına Ayrılan Bütçe Oranı

Gelir Grubu	Ruh Sağlığı Hastalık Yükü (%)	Ruh Sağlığı Hizmetlerine Ayrılan Bütçe Oranı (%)
Düşük	7,88	0,53
Orta-Düşük	14,50	1,90
Orta-Yüksek	19,56	2,38
Yüksek	21,37	5,1
Tüm Ülkeler	11,48	2,82

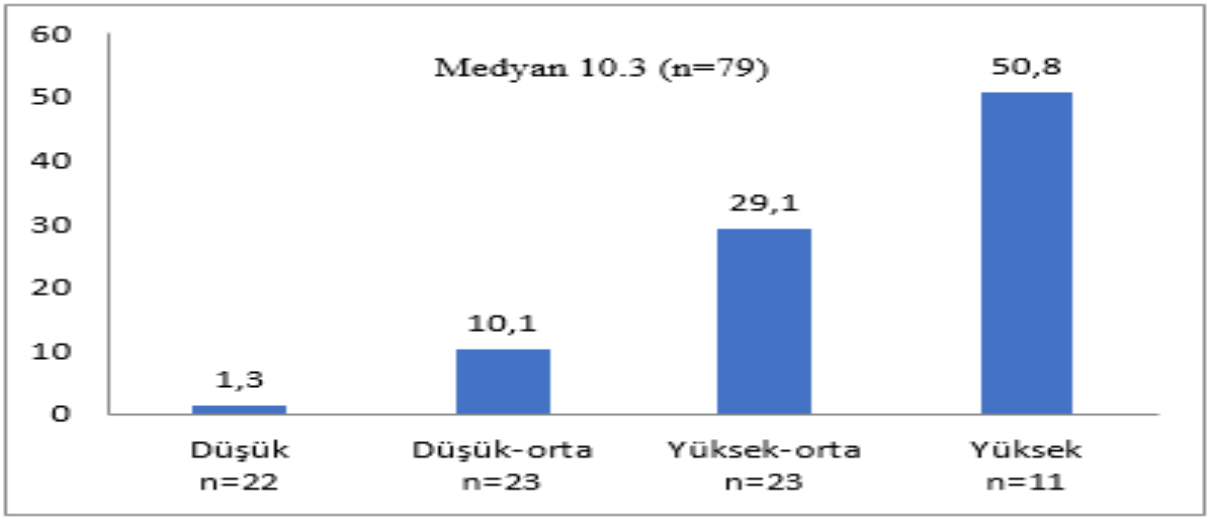
Kaynak: (Saxena vd., 2013:13)

Ruh sağlığı alanında çalışan personel sayısında da ülkelerin gelir grubuna göre büyük farklılıklar vardır. Tablo 1 incelendiğinde ülkelerin geliri arttıkça ruh sağlığı alanında çalışan personel sayısının arttığı görülmektedir.

Dünya genelinde 100 000 kişiye düşen toplam ruh sağlığı çalışanı sayısı 10,3'tür. Yüksek gelir grubundaki ülkelerde 100 000 kişiye düşen ruh sağlığı çalışanı sayısı 50,8 iken, düşük gelirli ülkelerde bu sayı 1,3'tür.

Ruh sağlığı alanında çalışan personel sayısı DSÖ bölgelerine göre de farklılık göstermektedir. Dünya genelinde 100 000 kişiye düşen pikiyatrist sayısı 1,27 iken bu oran DSÖ Avrupa Bölgesi'nde 8,59; DSÖ Afrika Bölgesi'nde ise 0,05'tir. Aynı şekilde dünya genelinde 100 000 kişiye düşen ruh sağlığı hemşiresi 5,80'dir. Avrupa bölgesinde bu oran 21,93 iken, Afrika bölgesinde 0,61'dir. Dünya nüfusunun yaklaşık yarısı 200 000 kişiye bir psikiyatristin hizmet verdiği bölgelerde yaşamaktadır (WHO, 2011).

Grafik 1. Dünya Bankası Gelir Gruplarına Göre 100 000 Kişiye Düşen Ruh Sağlığı Çalışanı



Kaynak: (WHO, 2011: 55)

Ruh sağlığına ayrılan kaynakların akıl hastanelerine yönlendirildiği ülkelerde, hastanelere ulaşım zorluğu, yatak sayısının yetersizliği gibi nedenlerden dolayı hastalar ihtiyacı olan hizmetleri alamamaktadır. Ruh sağlığı hastalarının çok çeşitli ihtiyaçları vardır ve akıl hastanelerinin tek başına tüm bu ihtiyaçları karşılaması beklenemez. Buna rağmen dünyadaki ülkelerin %80'inde akıl hastanesi vardır ve genellikle kaynakların büyük bir kısmı bu hastanelere ayrılmaktadır. Akıl hastaneleri sadece şizofreni gibi ağır ruh sağlığı hastalarına hizmet vermek için oluşturulmuş yapılardır. Hastanelerde verilen EKG ve ilaç tedavisi hastalığın sadece alevlenme dönemine yöneliktir. Ruh sağlığı hastalarına kapsamlı bakım ve tedavi verilmesi için DSÖ, ruh sağlığı hizmetlerinin optimal bileşenlerini gösteren bir organizasyon piramidi oluşturmuştur.

Şekil 2. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Optimal Bileşenleri



Kaynak: (WHO, 2009:22)

Şekil 2'de görüldüğü gibi resmi hizmetlerinin yanında informal hizmetlerin de önemi büyüktür. İnformal hizmetler, hastaların kendi kendilerine verdiği bakım ile hastanın yakın çevresindeki kişilerin ve geleneksel şifacıların verdiği bakımı kapsamaktadır. İnformal hizmetler hastaların daha fazla ihtiyacını karşılamakta ve diğer basamaklardaki hizmetlere göre maliyeti daha azdır. Kişisel bakım piramidin tüm basamaklarında önemli

rol oynamaktadır. Resmi ruh sağlığı hizmetlerinin temelini ise birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri oluşturmaktadır. Birinci basamak hizmetlerden sonra ise toplum ruh sağlığı hizmetleri ile hastaneye yatışı zorunlu olan hastalar için genel hastaneler içinde açılan yataklı psikiyatri servisleri yer almaktadır. Piramidin tepe noktasında ise özellikli ruh sağlığı hizmetleri ile bu hizmetlerin sunulduğu dal hastaneleri yer almaktadır.

Ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu noktasında dünyada üç farklı hizmet modeli bulunmaktadır. Bunlar 1800'lü yıllardan 1960'lı yıllara kadar yaygın olarak kullanılan "Hastane Temelli Model", 1960'lı yıllardan sonra gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılmaya başlanan "Toplum Temelli Model" ve son olarak karma bir model olan "Toplum-Hastane Denge Modeli" olarak karşımıza çıkmaktadır (Thornicroft ve Tansella, 2002). Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere dünyada ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda genel eğilim, hizmet sunumunun merkezi hükümet yerine belediyelere devredilmesi, merkezi idarenin sadece planlama ve denetim yapması (Desentralizasyon) ve büyük sağlık kurumları yerine toplum içinde hizmet sunan küçük sağlık birimlerinin kurulması (Deinstutizasyon) şeklindedir (Yanık, 2007). DSÖ, üye ülkelere ruh sağlığı hastalarının bütün psikososyal ihtiyaçlarını karşılayabilecek, yüksek standartlarda tedavi ve bakım sunabilmeleri için tavsiyeler vermektedir. Bu tavsiyeler arasında; ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonu, büyük psikiyatri hastanelerinde verilen bakımın azaltılması ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi yer almaktadır (Kanpp vd., 223).

Ruhsal hastalıklar arasında birey, aile ve topluma en fazla yük getiren psikoz grubu hastalıklardır. Ruh sağlığı hizmet modellerini anlatmadan önce bu hastalıklar hakkında kısaca bilgi vermek ve tarihsel süreçte Avrupa'da halkın bu hastalara tutumunu anlatmak gerekmektedir.

Ağır ruhsal hastalık terimi, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında önemli derecede bozulmalara neden olan şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kronik ruhsal hastalıkları tanımlamaktadır (Stein, 1995). Psikoz diye de adlandırılan bu hastalıklar, kişilerin, duygu, düşünce, dürtü ve algılarını tutarlı bir bütünlük içinde örgütleyebilme kabiliyetini bozduğu için, hastalar yaşadıkları sosyal ve fiziksel çevreye uyum sağlayamazlar. Psikotik hastalarda zihinsel işlevlerden biri ya da birkaçı bozulmuştur ancak bu gerçek, hastanın aklını yitirmiş bir deli olduğu anlamına gelmez. Psikotik hasta, bozulmuş zihinsel işlevleri ile yaşadığı iç ve dış çevre koşullarına göre kişiliğini yeniden örgütlemeye çalışan bir insandır. Yani psikozlar, kişiliğin tam olarak çöktüğü, çözüldüğü bir durum değil, tersine bir onarım işidir. Psikozun bu onarıcı yönü kabul edildiğinde, hastaların anormal ve tuhaf davranışlarının anlaşılması da mümkün olacaktır. Örneğin gerçeği değerlendirme yeteneği ileri derecede bozulmuş şizofreni hastası, bir savunma tutumu olarak dış dünyada baş edemediği tehdit ve tehlikelerden uzaklaşarak, kendi hayali iç dünyasına kapanacaktır. Kısaca otizm adı verilen bu belirti, bir anlamda hastanın çaresizlikle yöneldiği pek de olgun ve sağlam olmayan bir yaşam tarzıdır (Güleç, 2010: 42).

Ağır ruh sağlığı hastaları tarih boyunca damgalama ve ayrımcılığa maruz kalarak toplumdan dışlanıyor, yakılarak veya manastır veya zindanlarda zincirlenerek ölüme terk ediliyordu. İlk çağlarda hastaların tanrıların gazabına uğradığına veya ruhlarının kötü güçler tarafından ele geçirildiğine inanılıyordu. Doğal olarak ilk ruh hekimleri olan büyücüler ve şamanlar; garip danslar, çeşitli törenlerle hastaları tedavi etmeye çalışıyorlardı. İlkel hekimler günümüzde "trepanasyon" denilen cerrahi bir yöntemle hastaların kafatasına bir delik açıyorlar, bu delikten kötü ruhun çıkacağı için hastanın iyileştiğine inanıyorlardı (Stein, 1995). Avrupa'da "Karanlık Çağlar" diye adlandırılan Orta Çağ, toplumun ruh sağlığı hastalarına karşı en acımasız olduğu dönemdi. Bu dönemde, hastalıkların nedeni şeytanın gururuyla açıklanmış ve şeytan kaçırma yöntemleri kullanılmıştır. Kilisenin dogmatik anlayışına göre, "ruh tanrının olduğu için hastalanamaz bu yüzden ruh sağlığı hastaları şeytanın tutsağı olan kişilerdir" inancı hakimdi. On beşinci yüzyılın ikinci yarısında rahipler, Hıristiyan dünyasını yıllarca etkilemiş olan "Şeytan Çekici" adında bir kitap yazdılar. Bu kitapta şeytana tutsak olduğu sanılan ruh sağlığı hastalarının nasıl tanınacağı, yakalanacağı, yargılanacağı ve cezalandırılacağı ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Avrupa'da binlerce ruh sağlığı hastası, ruhlarını şeytan ele geçirdi gerekçesiyle yakılarak veya işkence edilerek öldürülmüştür (Geçtan, 2012: 39).

İlk olarak 17. Yüzyılda, ruh sağlığı hastaları hakkında bir kararın din adamlarınca değil, hekimler tarafından verilmesi gerektiği kabul edilmiştir. Bu dönemde hastalar günümüzdeki hastanelere başlangıç olarak ilk tedavi kurumlarında barındırılmaya başlanmıştır. Bu kurumlar hapishanelerin biraz onarılmış biçimleriydi ve hastalara insandan çok vahşi hayvan muamelesi yapılıyordu. Bu büyük ıslah evlerinde sadece ruh hastaları değil, kimsesizler, yoksullar, dilenciler ve kilise yasaklarına karşı gelen din adamları gibi toplumun huzurunu kaçıran ve toplum tarafından istenmeyen kişilerde kapatılıyordu. Hücrelerde elleri ve ayakları bağlanan hastaların sadece beslenmelerine yetecek kadar hareket etmelerine izin veriliyordu. İnsanlık dışı şartlara sahip olan bu kurumlarda hastaların yatmalarına izin verilmiyor, başları tıraş ediliyor, deli gömlekleri giydiriliyor,

zorla müshil ilaçları içiriliyor ve karanlıkta bırakılıyordu. Sorunlu hastalara ise aç bırakma ve soğuk banyo gibi yöntemler uygulanıyordu (Geçtan, 2012: 40). Buna karşın o dönemlerde Bicetre Hastanesinde çalışan ve Fransız bir hekim olan Philippe Pinel, hastalarını zincirden kurtarmış ve onları anlayış ve hoşgörü ile tedavi ederek ruh sağlığı hastalarına karşı hümanist yaklaşımın öncüsü olmuştur. Yine bu dönemlerde Fransız reformcular, ıslah evleri sisteminin eski rejimin sembolü olduğu ve işkence ve kötülük yuvaları olduğu için yürürlükten kaldırılmasını istemişler, devrimden sonra ise ıslah evlerinde sadece akıl hastalarına bakım verilmiştir.

3.1. Bazı Avrupa Ülkelerindeki Mevcut Durum

Avrupa ülkelerinin birçoğu, hastane temelli modeli terk ederek toplum temelli modele geçiş sürecini tamamlamıştır. Ülkelerin hemen hepsinde ruh sağlığı hastalarına yaşadığı çevrede hizmet sunacak kurumlar oluşturulmuştur. Toplum temelli ruh sağlığı modeli 1961 yılında İtalya'daki ruh sağlığı reformu ile başlamış, son 30 yılda Avrupa ülkelerinin hemen hepsinde bu uygulamaya geçilmiştir. İtalya'da başlayan değişim eş zamanlı olarak Almanya, İngiltere, Fransa ve Finlandiya gibi ülkelerde de başlayarak tamamlanmıştır. En son Yunanistan Avrupa Birliği'ne giriş aşamasında ruh sağlığı sistemini değiştirmiştir (Yanık, 2007).

3.1.1. İtalya Örneği

İtalya'da ruh sağlığı hizmetleri tamamen toplum temelli modelde sunulmaktadır (Yanık, 2007). 1960'lı yıllarda bazı araştırmacılar tarafından İtalya'nın kuzey bölgesinde yer alan Goriza'da küçük bir akıl hastanesinde yapılan uygulamalar kurum temelli modelin terk edilerek toplum temelli modele geçişin ilham kaynağı olmuştur. Bu araştırmacılar, ruh sağlığı hastalarının hastane içinde ve kasabada dolaşmalarına izin vermişler, ruh sağlığı hastalarının tecrit edilmesi ve hapsedilmesi uygulamalarına son vermişlerdir. Bu küçük kasaba hastanesindeki uygulamalar, başka şehirlerdeki hastanelerde de uygulanmaya başlanmış ve 1978 yılındaki reform için bir model olmuştur (Burti, 2001).

1978 yılında kabul edilen 180 numaralı yasa ile birlikte; ruh sağlığı hastalarının akıl hastanelerine kabulleri yasaklanarak akıl hastanelerinin kademeli bir şekilde kapatılması planlanmış, coğrafi olarak tanımlanan bölgelere toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulması kararlaştırılmış, genel hastanelere bağlı ve yatak sayısı en fazla 15 olan psikiyatri servislerinin açılması planlanmış ve akıl hastalarının hastaneye yatırılmasını kısıtlayan önlemler alınmıştır (De Giralamo vd., 2007).

İtalya sağlık sistemi ulusal, bölgesel ve yerel olmak üzere üç düzeyde organize edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu için ülke 20 idari bölgeye ayrılmıştır. 1994 yılında kabul edilen ulusal ruh sağlığı planı ile yerel düzeyde ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu alanındaki tüm sorumluluk ruh sağlığı birimlerine devredilmiştir. Ruh sağlığı birimleri 150 bin nüfusa bakım ve tedavi hizmeti verilmesinden sorumludur. Toplum ruh sağlığı merkezleri ruh sağlığı birimlerine bağlı olarak faaliyet göstermekte olup; ruh sağlığı hastalarına ayaktan bakım hizmeti sunan bu merkezlerde, hastalara acil müdahaleler, ailelere danışmanlık ve destek hizmetleri, vaka yönetimi, sosyal yardım çalışmaları, rehabilitasyon ve mesleki eğitim hizmetleri verilmektedir (Burti, 2001).

İtalya'da toplum temelli hizmetlerin ülke genelinde yaygınlaştırılması sonucunda akıl hastanelerinin tümü 1999 yılında kapatılmıştır (Gaddini vd., 2008: 722). İtalya'da Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine ek olarak, her 10 000 kişiye bakım sağlayan barınma evleri, yatak sayısı 20'den fazla olmamak üzere uzun dönemli bakım verecek yataklı bakım kuruluşları ve ruh sağlığı hastalarının kalabilecekleri grup evleri vardır (Burti, 2001). İtalya'da toplam 1387 adet TRSM, 763 adet Gündüz Hastanesi ve 1679 adet bakım evi vardır. Ruh sağlığı alanında çalışan kişi sayısına bakıldığında 100 000 kişiye 32,4 psikiyatri hemşiresi, 18 psikiyatrist, 3,2 psikolog, 6,4 sosyal çalışmacı bulunmaktadır (Samele vd., 2013).

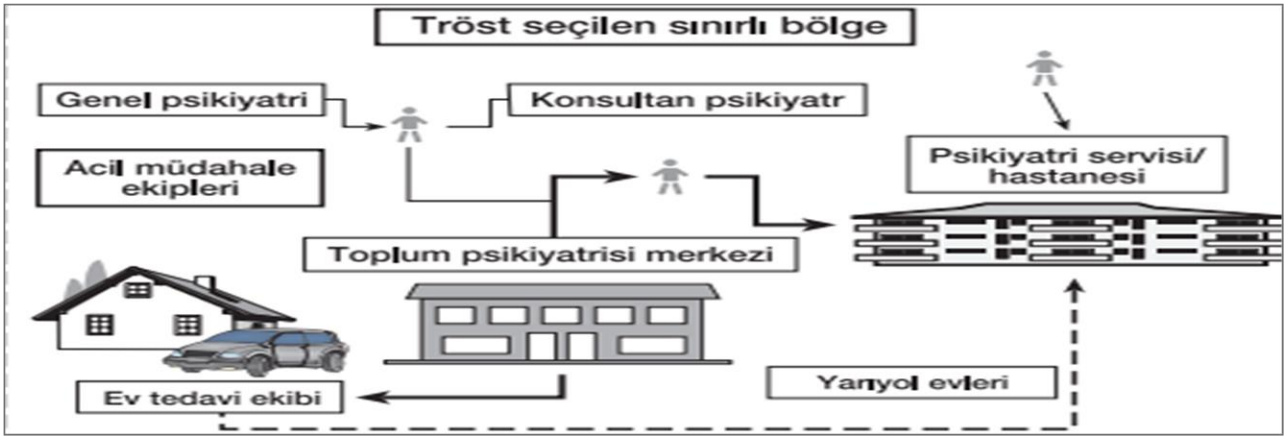
3.1.2. İngiltere Örneği

İngiltere'de sunulan ruh sağlığı hizmetleri toplum-hastane denge modeline örnektir. Ruh sağlığı hastalarına toplum içinde bakım veren kurumların yanında akıl hastaneleri de küçültülerek 100 000 kişiye 30 yatak olacak şekilde düzenlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

İngiltere'de 1948 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin (USH) yürürlüğe girmesi sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir dönüm noktasıdır. USH'nin merkezi finansmanı ve idaresi Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Ulusal Sağlık Hizmetlerinin yerel düzeyde yönetimi, denetimi ve hizmetlerin iyileştirilmesi için 2002 yılında 28 adet Stratejik Sağlık Otoritesi kurulmuş, bu otoritelerin sayısı 2006 yılında 10'a düşürülmüştür (Boyle, 2011). Her Stratejik Sağlık Otoritesi bölgesinde birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunumundan sorumlu, nüfus ve bölge tabanlı hizmet veren, birbiriyle eşgüdüm içerisinde

çalışan trust (vakıf) denilen; Birincil Bakım Vakıfları (Primary Care Trusts), Akut Vakıfları (Acute Trusts), Ambulans Vakıfları (AmbulatoryTrusts), Bakım Vakıfları (Care Trusts) ve Ruh Sağlığı Vakıfları (Mental Health Trusts) bulunmaktadır. İngiltere'de toplam 43 Ruh Sağlığı Vakfı olup, bu vakıflar Birincil Bakım Vakıfları ve Bakım Vakıfları ile iş birliği yaparak ruh sağlığı hastalarının akut yataklı bakım hizmetlerini, toplum ruh sağlığı hizmetlerini ve ruh sağlığı hastalarının rehabilitasyon hizmetlerini yürütmektedir (Ulaş, 2008). Toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri aracılığı ile sunulmaktadır. Her bir ekip sorumlu olduğu alanda yaşayan 60-90 bin kişiye ruh sağlığı alanında tedavi ve bakım hizmeti vermekle yükümlüdür. Ağırlıklı olarak psikiyatri hemşirelerinden oluşan bu ekiplerde, psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar ve uğraşı terapistleri yer almaktadır. Toplum ruh sağlığı hemşiresi veya sosyal çalışma uzmanı bakım görevi yöneticiliğini üstlenir (Bağ, 2012: 467).

Şekil 3. İngiltere Ruh Sağlığı Sisteminin İşleyişi



Kaynak: (Yanık, 2007)

İngiltere'de yürütülmekte olan ruh sağlığı hizmetinin yapısı ve işleyişi ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Bu sistemde ruh sağlığı hastalarının bakımı ve tedavisi bakım yöneticisi tarafından verilmektedir. Bakım yöneticisi en az 5 en fazla 30 hastadan sorumludur. Bakım yöneticisi hastaların doktorlarla randevusunu ayarlar, günlük hizmet sunan servislerden bakım ve tedavi almalarını sağlar ve kurumlarla iş birliği yaparak hastanın iş bularak çalışmasına yardımcı olur (Bağ, 2012: 468).

Toplum ruh sağlığı ekiplerinden başka hastaneye yatma ihtimali yüksek olan hastaların yatış oranını en aza indirebilmek için ev temelli hizmet sunan ve gündüz hastanesi ile birlikte çalışan Evde Tedavi ve Kriz Çözüm Ekipleri, tedaviye uyumu kötü olan psikiyatri hastalarına hizmet veren Girişken Sosyal Yardım Ekibi, organik ve işlevsel bozukluğu olan yaşlıların bakım ve tedavisinden sorumlu olan Geronto Psikiyatri Ekibi, sorumlu olduğu bölgedeki genç nüfusta psikozların erken teşhisini koyan ve erken tedavi sunan Erken müdahale Ekipleri gibi çeşitli ekipler bulunmaktadır. İngiltere'de bunlara ek olarak yaklaşık 16 200 adet destekli rehabilitasyon yatağı bulunmaktadır (Ulaş, 2008).

İngiltere'de toplam sağlık harcamaları Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'nın %9,6'sını oluşturmaktadır. Ruh sağlığı problemleri toplam hastalık yükünün %23'ünü oluşturmakta olup; sağlık alanına ayrılan bütçenin %13'ü ruh sağlığı hizmetlerine ayrılmaktadır. 2009 verilerine göre İngiltere'de yetişkin ruh sağlığı alanında hizmet veren yaklaşık 36 000 hemşire, 5700 psikiyatrist, 6000 sosyal çalışmacı, 2850 psikolog, 5200 terapist ve diğer meslek grupları vardır. Bu alanda hizmet veren toplam çalışan sayısı 101 500 kişidir. İngiltere genelinde 350 adet Evde Tedavi ve Kriz Çözüm Ekibi, 248 adet Girişken Sosyal Yardım Ekibi ve 153 adet Erken Müdahale Ekibi bulunmaktadır (Samele vd., 2013).

3.1.3. Türkiye'de Mevcut Durum

Türkiye'de günümüzde uygulanan ruh sağlığı politikasının temelleri 1980'li yıllarda atılmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın teşkilat yapısı yeniden yapılandırılarak Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü kurulmuş, buraya bağlı olarak ta Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı kurulmuştur. Daire başkanlığı bünyesinde 'Koruyucu Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü', 'Madde Bağımlılığı Şube Müdürlüğü', 'Kronik Ruhsal Bozukluklar Şube Müdürlüğü' ve 'Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Şube Müdürlüğü' olmak üzere alt birimler oluşturulmuştur. Bu yapılanma 2011 yılında Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması ile değişime uğrayarak 'Ruh Sağlığı Programları Daire Başkanlığı' ismiyle 'Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Birimi' adı altında Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlanmıştır (Akarçay, 2013).

Türkiye'de 1980'li yıllardan itibaren nüfus ve kentleşmenin artması ile 17 Ağustos 1999 Marmara ve 12 Kasım Düzce depremleri ruh sağlığı hizmetlerinin gözden geçirilmesi ve iyileştirilmesi ihtiyacını gündeme getirmiştir. Nüfusun artmasına paralel olarak ruh sağlığı hizmetlerine olan talepte de bir artış meydana gelmiş, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların yetersizliği ve personel boşlukları nedeniyle bu talebi karşılamakta yetersiz kalınmıştır. Özellikle depremlerden sonra ruh sağlığı hizmetlerinin il düzeyindeki örgütlenmesinde büyük eksiklikler olduğu tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2006).

Ülkemizdeki kurumların işlevleri göz önüne alındığında ruh sağlığı alanında verilen hizmetleri üç grupta sınıflamak mümkündür. Bunlardan birincisi ruh sağlığı hastalarına verilen poliklinik hizmetleri, yataklı tedavi hizmetleri, bakım evleri, korumalı evler gibi hizmetleri kapsamaktadır. İkinci grupta hasta olmayan kişilere verilen ruh sağlığı ile ilgili hizmetler yer almaktadır. Örnek olarak; şiddete uğramış kadınlara yönelik hizmetler, çocuğun ruhsal gelişimi ve ebeveynlikle ilgili hizmetler ve sürücü davranışlarını geliştirmeye yönelik hizmetler verilebilir. Üçüncü grupta ise ruh sağlığı alanıyla ilgili genel veya kurumsal faaliyetler altında yer alan hizmetler yer almakta olup; bu hizmetlere, adli tıp, denetimli serbestlik, medya ve internetin etkileri gibi hizmetler örnek olarak verilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 21).

Ülkemizde ruh sağlığı alanında son on yıl içinde gerçekleşen en önemli gelişmelerden birisi, toplum temelli ruh sağlığı anlayışının resmi çevrelerce benimsenmesi olmuştur. Ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve hizmet sunum şeklinin değiştirilmesi için, 2006 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Politikası oluşturularak çalışmalara hız verilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2006 yılında yayımlanan Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası metninde ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesi için; ruh sağlığı sisteminin toplum temelli olması, genel sağlık sistemine ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, toplum temelli rehabilitasyon çalışmalarının yapılması, ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin arttırılması, ruh sağlığı alanı ile ilgili yasaların çıkarılması, damgalamaya karşı hasta haklarının savunulması, ruh sağlığı alanında eğitim, araştırma ve insan gücünün arttırılması gibi konulara yer verilmiştir (Soygür, 2016: 1).

Yeni yapılanmaya göre Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin yatak sayılarının azaltılması, yeni açılacak yatakların toplum temelli modele uygun olarak genel hastaneler içinde açılması, nüfusu 100 000 ve üzeri olan her yerleşim alanına bir tane olmak üzere toplam 236 adet TRSM açılması planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2006: 70). Bu kapsamda toplum temelli hizmetlerin geliştirilmesi amacıyla ülke 29 sağlık bölgesine ayrılarak bölgedeki hasta yatakları dahil tüm sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması amaçlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2006: 70).

Türkiye'de toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda Bolu Ruh Sağlığı Hastanesine bağlı Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Mayıs 2008'de açılmıştır ve böylece ilk TRSM açılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2006: 70). 2011 yılında ise Türkiye Ruh Sağlığı Eylem Planı çıkarılmıştır. İlgili Planda ruh sağlığı alanında 2023 yılına kadar gerçekleştirilecek temel hedef ve stratejiler belirlenmiştir. Ruh sağlığı alanında hizmet sunan kurumlar arasında eşgüdümün sağlanması, ağır ruhsal bozukluğu olan bireylerin tüm ihtiyaçlarını karşılayabilecek bütüncül bir ruh sağlığı sisteminin kurulması, psikiyatri yatak sayısının arttırılması, ruh sağlığı alanında çalışan personel sayısını ve niteliğinin arttırılması, ruhsal özürlülere verilen hizmetlerin kalitesinin geliştirilmesi, ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi için kadınlara ve çocuklara yönelik hizmetlerin arttırılması, ruh sağlığı alanında yasal düzenlemelerin yapılması temel hedefler olarak belirlenmiştir. Söz konusu temel hedefler ve stratejilerin katkısı ile Ekim 2015 itibarıyla, çok hızlı bir bicimde ruhsatlandırılarak açılan TRSM sayısı 86'ya ulaşmıştır (Soygür, 2016: 1). Bazı kaynaklara göre ise günümüzde bu sayı 106'ya ulaşmıştır (Bilge vd., 2016:2).

TRSM'lere ilaveten günümüzde Türkiye'de ruh sağlığı hizmetleri hastane temelli modelinin temel unsuru olan ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri aracılıyla da yürütülmeye devam etmektedir. 2015 yılı itibariyle ise Sağlık Bakanlığı'na bağlı toplam 11 ruh ve sinir hastalıkları hastanesi 4.231 yatak kapasitesi ile geniş bir coğrafi bölgeye ve kalabalık bir nüfusa hizmet vermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015: 94). Ruh sağlığı yataklı tedavi hizmetleri ise ağırlıklı olarak kamu sektörü tarafından yürütülmekle birlikte, ayrıca genel hastaneler içinde ve üniversite hastanelerinde yataklı tedavi ve poliklinik hizmetleri verilmektedir. Kamu sektörü dışında Ankara ve İstanbul'da özel ruh sağlığı hastaneleri vardır. Yine özel hastaneler bünyesinde yataklı psikiyatri hizmeti veren bölümler vardır. Üniversitelerin psikiyatri yatak sayıları 2 ile 122 arasındadır (ortalama= 24,7). Yatakların yarısından çoğu kamunun ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinde, dörtte birinden fazlası Sağlık Bakanlığı'na bağlı genel hastanelerde, yaklaşık yüzde 13'ü üniversite hastanelerinde ve yaklaşık yüzde 6'sı özel sektör hastanelerinde bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 7).

Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda belirtildiği üzere, tüm Türkiye'de ruhsal sorunlar yaşayan bireylere ayrılmış toplam yatak sayısı 7356'dır. Bu sayının 968 tanesi üniversite hastanelerinde ve 42'si özel sektör kurumlarındadır. Bu kurumlarda ortalama hasta kalış süreleri incelendiğinde, bu hastaneler tarafından sağlanan yataklı hizmetlerin önemli bir bölümünün tıp tedavisinden çok, uzun süreli bakım hizmetleri olduğu görülmektedir (Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği, 2017: 2).

Hastane temelli model tamamen devlet tarafından finanse edilirken toplum temelli model daha çok sosyal hizmetler ve yerel yönetimler tarafından finanse edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 61). Tüm dünyada ruh sağlığı hizmetlerinin finansmanı büyük kaynak gerektirmektedir Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 2000 yılında bildirdiğine göre Avrupa Birliği Ülkelerinde yurtiçi hâsılanın %3-4'ü bu alana harcanmaktadır. Çalışmalar, ruh sağlığı hastalıklarının işe devamsızlık, erken ölüm gibi sonuçlarının toplam maliyeti çok artırdığını göstermiştir. Örneğin Fransa'da 2000 yılında depresyon sebebiyle 31,9 milyon gün işe devamsızlık olmuştur. Ayrıca çalışma performansının azalmasının, devamsızlıktan beş kat fazla kayba sebep olduğu tahmin edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 60).

Tablo 2. Ülkelerin Ruh Sağlığı Hizmeti Kapasitelerinin Genel Görünümü

Ülkeler	Psikiyatri Uzmanları		Psikiyatri Yatağı		Psikiyatri Hemşire	
	Sayı	(100.000 kişi başına)	Sayı	(100.000 kişi başına)	Sayı	(100.000 kişi başına)
Belçika (1)	1.865	16,9	19.317	174,9	--	--
Bulgaristan (1)	587	8,0	4.614	62,8	--	--
Çek Cumhuriyeti(1)	1.487	14,2	10.582	100,8	28	0,26
Danimarka(2)	932	16,9	3.164	57,0	--	--
Almanya (1)	17.039	20,8	98.719	120,7	56	0,068
Estonya (1)	183	13,8	717	53,5	21	1,56
İrlanda	1.163	25,4	2.975	65,0	113	2,46
Yunanistan (1)	1.878	16,9	8.975	79,5	--	--
İspanya(1)	4.713	10,1	17.364	37,6	--	--
France	14.619	22,3	57.928	88,9	--	--
Hırvatistan (1)	620	14,5	4.610	104,7	--	--
İtalya (1)	11.225	18,9	6.041	9,9	19	0,031
Kıbrıs	--	--	182	21,4	--	--
Letonya (1)	329	16,0	2.657	129,1	--	--
Litvanya (1)	648	21,4	3.368	111,1	--	--
Lüksemburg	109	20,5	432	85,2	35	6,90
Macaristan (3)	1.055	10,5	3.302	33,1	7	0,07
Malta	27	6,4	596	143,0	--	--
Hollanda (3)	3.400	20,5	23.020	139,3	132	0,79
Avusturya (1)	1.233	14,7	6.565	77,9	41	0,48
Polonya (1)	3.181	8,3	24.278	63,0	18	0,046
Portekiz (1)	1.140	10,8	5.797	54,9	12	0,11
Romanya (1)	1.847	9,2	16.653	77,9	--	--
Slovenya (1)	222	10,8	1.344	65,5	31	1,51
Slovakya	--	--	4.148	76,8	19	0,35
Finlandiya(1)	*1.079*	*20,0*	*3.827*	*71,0*	*50*	0,92
İsveç (3)	2.056	21,9	4.436	46,9	57	0,60
Birleşik Krallık	*12.003*	*18,8*	*33.052*	*52,6*	*81*	0,128
İzlanda	68	21,2	152	72,9	38	18,22
Liechtenstein	10	27,3	0	0,0	--	--
Norveç (1)	1.002	20,2	4.089	82,6	96	1,94
İsviçre (1)	3.570	45,1	7.316	92,5	81	1,024
Makedonya (1)	207	10,1	1.041	50,6	--	--
Türkiye (1)	2.854	3,8	4.542	6,1	2	0,0026
AB Ortalaması	3.255	16,8	13.147	72,9		

Psikiyatri uzman sayıları için (1) 2011, (2) 2009, (3) 2010 yılını ifade etmektedir. Psikiyatri yatağı psikiyatri hemşiresi sayıları ise 2011 yılı verilerine dayanmaktadır.

Not: AB (28) ortalaması ülkelerin 2012 nüfusları kullanılarak eklenmiştir.
Kaynak: (OECD, 2017)

Tablo 2'ye göre ülkede genel olarak ruh sağlığı hizmetlerine bakıldığında; her 100.000 kişiye 6,1 psikiyatri yatağı, 3,8 psikiyatrist, 0,0026 psikiyatri hemşiresi düşmektedir. Bu oranlar Avrupa ülkeleri ortalamalarının oldukça altındadır. Ülkemizdeki ruh sağlığı sisteminin birçok sorunu vardır. Ülkemizde ruh sağlığı hizmeti alımına ilişkin istatistiksel anlamda yakın zaman içinde yapıldığı tespit edilen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu kapsamda 1998 yılında Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması bu alanda yapılan en kapsamlı çalışma olarak değerlendirilip, ilgili çalışma sonuçlarına göre toplumumuzun yüzde 18'inin yaşamları süresince en az bir kez ruhsal bir sorun yaşamış oldukları ortaya çıkmıştır. Aynı araştırmaya göre çocuk ve ergenlerde ruhsal bir sorun ile karşılaşma oranı yüzde 11 olarak bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması sonuçlarına göre herhangi bir ruhsal bozukluk yaygınlığı yüzde 17,2 olarak bildirilmiş, alkol bağımlılığı dışında tüm bozuklukların yaygınlığı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı'nın 2004 yılında yaptığı Türkiye Hastalık Yükü Çalışması'ndan da benzer bulgular ortaya koyulmuştur. Ulusal düzeyde hastalık yükü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra yüzde 19 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2004).

4. SONUÇ

Ruh sağlığı hastaları, hastalıkları nedeni ile birçok yasal haklarından mahrum kalmakta, zorla hastaneye yatırılma nedeniyle özgürlüğünden yoksun bırakılmaktadır. Toplum hastalara karşı mesafe koymakta, diğer özürlü gruplara göre daha az iş bulabilmekte, iş bulanlar ise çok düşük bir ücret almaktadır. Bu nedenle ruh sağlığı hastaları aynı zamanda yoksulluk içinde yaşamaktadır. Ağır ruh sağlığı hastalarının büyük çoğunluğu işsiz ve yoksuldur. Hastaların ekonomik olarak başkasına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri, aile bütçesine ve ülke ekonomisine katkı yapabilmeleri için korumalı veya yarışmalı işlerde çalıştırılmalarına yönelik politikalar geliştirilmelidir. Ayrıca ağır ruhsal hastalığı olanlar toplumdaki en hassas grubu oluşturmaktadır. Çoğu savunmasız olan bu hastalar fiziksel veya duygusal istismara maruz kalabilmekte, hastalıkları nedeniyle evlenme, seçme, seçilme gibi temel haklarını kullanamamakta, kamu hizmetlerine ulaşımda zorluk yaşamakta ve sağlık kurumlarında bile kötü muamelelere maruz kalabilmektedirler. Türkiye'de, Avrupa ülkelerinde olduğu gibi bir ruh sağlığı yasası bulunmamaktadır. Ruh hastalıklarının bireye, ailesine ve topluma yükü ile birlikte ruh sağlığı hastalarına yönelik insan hakları ihlalleri göz önünde bulundurularak, hastalara pozitif ayrımcılık sağlayacak bir ruh sağlığı yasası çıkarılmalıdır.

Türkiye'de ağır ruh sağlığı hastalığı olan bireylerin çoğu ailelerinin yanında yaşamakta, doğal olarak ilk bakım vericileri ailesi veya yakınlarıdır. Ağır derecede ruhsal hastalığı olan bireylerin çoğu hasta olduklarını kabul etmezler. Hastaların aileleri de damgalanma korkusundan veya utandıkları için bir tedavi kurumuna başvurmazlar. Kronik ruh sağlığı hastalarına ihtiyacı olan hizmetleri sunabilmek ve hasta yakınlarına yeterince destek verebilmek için hastalıktan etkilenen kişi sayısının bilinmesi ve hastalara ulaşılması gerekir. Bu nedenle öncelikle ruh hastalıklarının yaygınlığını araştıran epidemiyolojik çalışmaların yapılması gerekmektedir. Türkiye'de ruh sağlığı hastalarına uzun süreli bakım sağlayacak psikiyatri yatağı oldukça azdır. Genel hastanelerdeki yatak sayısının arttırılmasının yanında bu hastalara uzun süreli hizmet sunacak yataklı bakım evleri ve bakım kurumlarının kurulması, ruh sağlığı alanında çalışan sayısının arttırılması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

Akarçay, D. (2013). Türkiye'de Yürütülen Ruh Sağlığı Hizmetleri Politikalarının Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı.

Alataş, G., Karaoğlan, A., Arslan, M., Yanık, M. (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. Nöropsikiyatri Arşivi 46. Özel Sayı, p.25-29.

Arieti, S. (2008). Bir Şizofreni Anlamak: Aile ve Arkadaşlar İçin Rehber (çev. Aylin ETİ). İstanbul: Doruk Yayınları.

Bağ, B. (2003). Sağlık Personelinin Ruhsal Problemleri Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Erzurum: T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı.

Bağ, B. (2012). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü: İngiltere Örneği. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, vol.4, no.4, p.465-485.

Bilge, A., Mermer, G., Çam, M.O., Çetinkaya, A., Erdoğan, E., Üçkuyu, N. (2016). Türkiye'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, vol.2, no.2, p.1-5.

Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition (s. 1-514). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Burti, L. (2001). İtalian Psychiatric Reform 20 Plus Years After. Acta Psycihatrica Scandinavica. 104 (Suppl. 410), 41-46.

Caldas, J. M., Killaspy, H. (2011). Long-Term Mental Health Care For People With Severe Mental Disorders. http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf (Erişim tarihi: 07.05.2014).

De Giralamo, G., Bassi, M., Neri, G., Ruggeri, M., Santone, G., Picardi, A. (2007). The Current State of Mental Health Care in İtaly: Problems, Perspectives, and Lessons to Learn. European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience, vol.257, p.83-91.

Dığrak, E. (2014). Meslek ve Hobi Edindirme Kursuna Katılan ve Katılmayan Kadınların Ruh Sağlığı Durumlarının Karşılaştırılması (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ensari, H. (2008). Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Durum. T. B. Müdürlüğü içinde, 5. Aile Şurası "Aile Destek Hizmetleri" Bildirileri (s. 88-92). Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü.

Ensari, H. (2011). Koruyucu Psikiyatri Açısından Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Rehabilitasyon Çalışmaları. Türkiye Klinikleri J. Psychiatry- Special Topics, vol.4, no.4, p.86-93.

Erci, B. (2009). Halk Sağlığı Hemşireliği (1. Baskı). Göktuğ Yayıncılık, Amasya.

Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. (2007). Mental Health Policy and Practice Across Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, New York, USA.

Gaddini, A., Biscaglia, L., Bracco, R., De Giralamo, G., Miglio, R. (2008). of Acute A One-Day Census Psychiatric İnpatient Facilities in İtaly: Findings from the PROGRES-Acute Project. . Psychiatric Services, vol.59, no.7, p.722-724.

Geçtan, E. (2012). Psikanaliz ve Sonrası (15. Bs). Remzi Yayınevi, İstanbul.

Güleç, C. (2010). Pozitif Ruh Sağlığı (2.Baskı). Arkadaş Yayınevi, Ankara.

Kemp, D. (2007). Mental Health in America: A Reference Handbook. USA: ABC-CLIO.

Köknel, Ö. (2000). Günlük Hayatta Ruh Sağlığı. İstanbul: Alfa Yayınları.

Linshort, D. (2006). Empowering People With Severe Mental İllness: A Practical Guide. USA: Oxford University Press.

OECD (2017), Hospital Beds (indicator). doi: 10.1787/0191328e-en (Accessed on 03 March 2017)

Öztürk, M.O., Uluşahin, A. (2011). Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları II. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Patel, V., Minas, H., Cohen, A., Prince, M. (2014). A Brief History of Global Mental Health. Global Mental Health: Principles and Practice, p.3-26, Oxford University Press, New York.

Pektaş, İ., Bilge, A., Ersoy, M. (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. Andolu Psikiyatri Dergisi, vol.7, p.43-48.

Ritter, L. A., Shirley, M. L. (2012). Community Mental Health. USA: Jones & Bartlett Learning.

Sağlık Bakanlığı. (2004). Türkiye Hastalık Yükü Çalışması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.

Sağlık Bakanlığı. (2006). Ulusal Ruh Sağlığı Politikası. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı. (2011). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı. (2014). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

Sağlık Bakanlığı (2015). OECD, Avrupa Birliği Sağlık İstatistikleri ve Türkiye Hastanelerde Beşeri ve Fiziki Kaynakların İncelenmesi, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Samele, C., Frew, S., Urquia, N. (2013). Menatal Health System in European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from İnvestments into Mental Health. European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH) (p. 1-587). European Commission.

Saxena, S., Saraceno, B., Granstein, J. (2013). Scaling Up Mental Health Care İn Resource-Poor Settings. G. Thornicroft, M. Ruggeri, & D. Goldberg içinde, World Psychiatric Association: İmproving Mental Health Care: The Global Challenge (s. 12-24). USA: John Wiley & Sons.

Soygür, H. (2016). Turkiye'de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri: Quo Vadis? Arch Neuropsychiatr, vol.53, p.1-3.

Stein, L. (1995). Persistent and Severe Mental Illness: Its Impact, Status and Future Challenges. Innovating In Community Mental Health (Ed. By: Schulz, R. and Greenly, J.R.). Praeger Publisher, Westport, USA.

Şemin, S., Aras, Ş. (2004). Temel Yönleriyle Psikiyatride Etik. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.

Thornicroft, G., Tansella, M. (2002). Balancing Community-Based and Hospital-Based Mental Health Care. World Psychiatry (Official Journal Of The World Psychiatric Association), vol. no.2, p.84-90.

Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Derneği (2017). Sağlık Bakanlığı "Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı" Değerlendirme Raporu. Http://Www.Pdr.Org.Tr/Userfiles/File/Dernekraporu.Pdf (Erişim Tarihi: 06.03.2017).

Ulaş, H. (2008). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Psikiyatrik Hizmetler. Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni, vol.11, no.2, p.2-12.

WHO. (2001). The World Health Report: 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2009). Improving Health Systems and Services for Mental Health.

WHO. (2011). Mental Health Atlas. Geneva: World Health Organization.

World Psychiatric Association. (2011). Community Mental Health: Putting Policy İnto Practice Globally. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Yanık, M. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirmeler ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylen Planı Önerisi. Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar, (Ekim Özel Sayı), p.1-80.

Yıldız, M. (2004). Psikiyatrik Rehabilitasyon. Bireyden Topluma Ruh Sağlığı İçinde (Editör: Işık SAYIL), (p. 151-164). İstanbul: Erler Matbaacılık.