

TÜRKİYE'DE YÜRÜTÜLEN RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ POLİTİKALARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ

Demet Akarçay

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü  
Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı

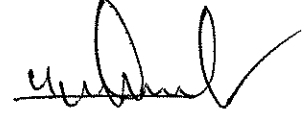
Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2013

## KABUL VE ONAY

Demet AKARÇAY tarafından hazırlanan "Türkiye'de Yürütülen Ruh Sağlığı Hizmetleri Politikalarının Değerlendirilmesi" başlıklı bu çalışma, 17.05.2013 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

[ İ m z a ]



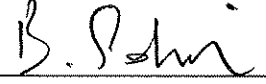
[Unvanı, Adı ve Soyadı] (Başkan) Prof. Dr. Yusuf Celik

[ İ m z a ]



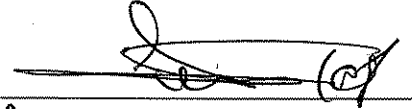
[Unvanı, Adı ve Soyadı] (Danışman) Doc. Dr. Huseyin Yildirim

[ İ m z a ]



[Unvanı, Adı ve Soyadı] Prof. Dr. Bayram Sahin

[ İ m z a ]



[Unvanı, Adı ve Soyadı] Doc. Dr. Mehmet Top

[ İ m z a ]



[Unvanı, Adı ve Soyadı]

Doc. Dr. Sebrun Aslan

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

[Unvanı, Adı ve Soyadı]

Enstitü Müdürü

## BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

- Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim/Raporum sadece Hacettepe Üniversitesi yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin/Raporumun ..... yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

17.05.2013

[İmza]



---

Demet Akarçay

## TEŞEKKÜR

Çalışma konumu seçmem noktasında beni destekleyen ve tezimin her sürecinde değerli ve anlamlı katkılarından dolayı değerli danışman hocam Doç. Dr. Hasan Hüseyin Yıldırım'a,

Bilimsel bir araştırmanın yürütülmesi süreci ile ilgili olarak bildiğim her şeyi bana öğrettiği ve beni her konuda desteklediği için sevgili hocam Doç. Dr. Şebnem Aslan'a,

Çalışmamın özellikle veri toplama sürecinde çok büyük katkı ve desteklerinden dolayı sevgili çalışma arkadaşım Arş. Gör. Doğa Başer'e, dostlarım Arş. Gör. Emine Sarı'ya ve Eray Uğurlu'ya ve manevi anlamda bana katkı sağlayan bütün dostlarıma,

Hayatımın her döneminde özellikle akademisyenliğe adım atmam konusunda desteklerini hiç eksik etmeyen sevgili annem Nezahat Akarçay'a, Babam Mustafa Akarçay'a, Kardeşim Özlem Akarçay'a

ve son olarak talihsiz bir trafik kazası sonucu kaybettiğimiz sevgili kuzenim Firdevs Özduran'ı, yaşadığımız bu üzücü olay sağlık yönetimi alanında çalışan biri olarak sağlık kurumuna çok farklı açılardan bakılması gerektiği ve bu anlamda tez konumun seçimi noktasında bana yol göstermesi bakımından önem taşıdığı için rahmetle anarak yürekten teşekkürlerimi sunmak istiyorum.

Demet AKARÇAY

Ankara- 2013

## ÖZET

AKARÇAY, Demet. *Türkiye’de Yürütülen Ruh Sağlığı Hizmetleri Politikalarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2013.

Sağlık alanında yönetimden bahsedildiğinde, vizyonun genişliği, bilgi donanımının ve entelektüel sermayenin yüksek olması ve söz konusu olabilecek değişimlerin takibi önem kazanmaktadır. Bu nedenle, sağlık yönetiminin sadece mikro anlamda sağlık kuruluşlarının yönetimi şeklinde anlaşılmasından öte, sağlık politikaları kapsamında ruhsal yönden iyilik hali gibi insan sağlığını ve yaşamını tehdit eden etmenleri farklı açılardan değerlendirmesi ve makro anlamda sağlık kurumunun yönetimini ele alması gerekmektedir. Dolayısıyla, bu konu sağlık politikaları ve planlama süreçleri kapsamında değerlendirildiğinde hem ruh sağlığı hizmeti sunan kuruluşların genel yapıları hem de genel anlamda bu alan için ayrılan kaynakların sorgulanması gündeme gelebilmektedir.

Freud, Durkheim, Marx, Foucault, Bauman gibi pek çok ismin farklı açıdan değerlendirdiği ruhsal rahatsızlıklar, her toplumda kendine özgü bir şekilde anlamlandırılmaktadır. “Mutlu” bir toplumun nasıl ve ne ölçüde ruhsal hastalıklarla ilişkilendirilebileceği konusu sağlık kurumunun odak noktalarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Genel olarak bakıldığında, psikiyatrik rahatsızlıkların genetik faktörlerden ayrı olarak sosyal ve ekonomik etkenlerden kaynaklandığı kabul edilirse, bu faktörlerin incelenmesi bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır. Pieter Brueghel tarafından resmedilen “ölümün zaferi” isimli tabloda 16. Yüzyılın genel politik havası yaratılarak toplumun her kesiminden bireylerin ölümle bir şekilde karşılaşılacağı ve bu karşılaşmanın toplumun içinde yaşanan dönemin ekonomik, siyasi vb. olgulardan etkilenebileceği ifade etmiştir. Dolayısıyla, toplumun yaşam tarzı ve yaşadığı sosyo- ekonomik değişimlere verdiği tepkiler o toplumun ruh sağlığı yapısının bir yansıması olarak görülebilmektedir. Bu tepkilerden biri olarak anlamlandırılabilen intihar eylemi ise bu değişimlere ve ruhsal sorunlara bağlı olarak ortaya çıktığından engellenebilmesi söz konusu olabilmektedir. Bu açıdan, sağlığın yönetilmesi bağlamında düşünüldüğünde, ruh sağlığı da dikkate alınması gereken bir öge olarak karşımıza çıkmakta; ruhsal sorunlara yol açan etmenlerin yok edilmesi noktası sağlık kurumunun ve sağlık yönetiminin alanı içinde olmaktadır.

Bahsedilen konular dikkate alındığında, çalışma kapsamında yönetim bakış açısıyla, ruhsal hastalıklar değerlendirilmek istenilmiş ve yurtdışındaki uygulamalar dikkate alınarak, ruh sağlığı alanında uzman kişilerin konu ile ilgili görüşlerine başvurularak Türkiye’deki sorunlara ve eksikliklere ilişkin varılan genel yargıdan hareketle önerilerde bulunulmuştur. Yönetim açısından, ruh sağlığı alanındaki yeni gelişmelerin takip edilerek bu alana olan katkılarının değerlendirilmesi, hastalar ve çalışanlar bakımından sonuçlarının görülmesi önem taşımaktadır. Ayrıca, günümüzde çalışma koşullarının getirdiği iş yükü ve aşırı stres nedeniyle ortaya



ıkabilecek psikiyatrik rahatsızlıkların önüne geçebilmek için ise sektörler arası çalışmalar yaparak risk altındaki sektörlerin belirlenmeli ve buralarda sosyal alışmacıların istihdamı sağlanarak alışanlara yönelik verilecek eğitimlerle bu sorunların en aza indirilmesi sağlanmalıdır.

### **Anahtar Szckler**

Ruh Sağlığı, Ruh Sağlığı Politikaları, Sağlık Yönetimi

## ABSTRACT

AKARÇAY, Demet. *Evaluation of Policies for Mental Health Services in Turkey*. Master Thesis, Ankara, 2013.

As have been mentioned about management in the field of health, the width of vision, the altitude of knowledge and intellectual capital and the pursuit of changes, may be in question, become important. Therefore, understanding of health administration should take over not only in micro sense in the form of management of health care organizations, but also in the scope of health policies, such as mental well-being and the assessment with the different aspects of factors, that threat human health and in macro sense the administration of health institution. It means that, as this subject is evaluated within the scope of processes of health policies and planning, both the overall structures of organizations, present mental health services, and also in general the questioning of resources, that allocated for this area could be become a current issue.

Mental disabilities have been appraised in different point of view by many names, such as Freud, Durkheim, Marx, Foucault, Bauman, are semantified a peculiar way in every society. The issue of how and to what extent a 'happy' community associated with mental disabilities appears one of the focal points of health institution. In general, as it is considered that psychiatric disorders grow out of genetic factors separately, social and economic factors, the examination of these factors appears to be a requirement. By the painting, named as 'Triumph of Death' and portrayed by Pieter Brueghel, by creating the general political atmosphere of the century of 16, had been stated that individuals from all walks of the society would face with death in a way and this encounter might be affected by such as political, economic facts of the era of the society. Therefore, life style of the society and responses to socio-economic changes could be seen as a reflection of general mental health of this society. Societal act, that could be explained as one of the these responses and emerge due to depend on these changes and mental disabilities, might have possibility to be prevented. In this regard, as it is considered in the context of managing health, also mental health have been apperad as an item, that should be taken into account; the issue of abating of the factors, which lead mental health problems is within the field of health institution and health administration.

Considering the aforementioned issues, within the scope of this thesis, requested the evaluation of mental disabilities with the view of management and by taking into consideration the implementations abroad and calling upon opinions the experts in the field of mental health, by the general judgement have been proposed corresponding with mental health problems and deficiencies in Turkey. In terms of management, the evaluation of contributions of new implementations, scanning the





results of these effects on patients and healthcare employees, by following them closely, have great importance. Additionally, to be able to prevent the psychiatric disorders, which arise due to work load and excessive stress, that occur with working conditions as now, the sectors are under risk should be identified with cross- sectoral studies and in these areas provided employment of social workers to minimize these problems by training to employees.

**Key Words**

Mental Health, Mental Health Policies, Healthcare Administration

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	İ
BİLDİRİM .....	İİ
TEŞEKKÜR.....	İİİ
ÖZET.....	İV
ABSTRACT.....	VI
İÇİNDEKİLER .....	Vİİİ
KISALTMALAR DİZİNİ.....	X
TABLOLAR DİZİNİ .....	Xİ
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	Xİİ
GİRİŞ .....	1
1.1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE .....	3
1.1.1. Ruhsal Sağlık ve Hastalık .....	3
1.1.2. Koruyucu Ruh Sağlığı.....	4
1.1.3. Ruh Sağlığı Politikası.....	5
1.2. KURAMSAL ÇERÇEVE .....	6
1.2.1. Durkheim ve Sosyal Faktörler.....	6
1.2.2. Marx ve Endüstri Toplumu .....	8
1.2.3. Bütüncü Yaklaşım ve Sağlık .....	9
1.2.4. Threshold (Eşik) Yaklaşımı .....	9
1.2.5. Foucault ve Antipsikiyatri .....	11
GENEL BİLGİLER .....	14
2.1. RUH SAĞLIĞINA VE RUHSAL HASTALIKLARA TARİHSEL BAKIŞ.....	14
2.2. RUH SAĞLIĞINA AİT BİLGİLER.....	17
2.2.1. Dünya’da Ruh Sağlığı Politikaları .....	17
2.2.2. Ruh Sağlığı Sorunları ve Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler .....	20
2.2.3. Çocuk ve Adölesan Ruh Sağlığına ve İntihar Vakalarına Genel Bakış	24

2.3. RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE SAĞLIK YÖNETİMİ.....	25
2.3.1. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Örgütlenmesi.....	25
2.3.2. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı .....	29
2.3.3. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu .....	30
2.3.4. Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı Hizmetlerindeki Yeri .....	34
2.3.5. Ruh Sağlığı Hizmet Sunumunda Karşılaşılan Sorunlara Genel Bakış ve Sorunların Çözümüne Yönelik Stratejiler .....	37
2.3.6. Genel Sağlık Politikası Açısından Ruh Sağlığı.....	40
2.4. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN YERİ: TÜRKİYE RUH SAĞLIĞI POLİTİKASI.....	41
2.5. RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARI VE AVRUPA BİRLİĞİ UYGULAMALARI: İNGİLTERE ÖRNEĞİ.....	44
GEREÇ VE YÖNTEM .....	49
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	49
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI .....	50
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ .....	50
3.4. VERİ TOPLAMA ARACI.....	51
3.5. VERİLERİN ANALİZİ .....	52
BULGULAR.....	54
4.1. TANIMLAYICI ÖZELLİKLER.....	54
4.2. TÜRKİYE’DE YÜRÜTÜLEN RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARINI YÖNETSEL AÇISINDAN DEĞERLENDİRME .....	54
4.3. RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNE KURUMSAL BAKIŞ .....	58
4.4. RUH SAĞLIĞINDA ÇALIŞAN PROFİLİ .....	59
TARTIŞMA .....	61
SONUÇ VE ÖNERİLER .....	76
KAYNAKLAR .....	82
EK: SORU FORMU .....	94



## KISALTMALAR

AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome- Edinilmiş Başıklık Eksikliği Sendromu

DALY: Disability- Adjusted Life Year- Sakatlıkla Geçen Yaşam Yılları

DoH: Department of Health

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ILO: International Labour Organization- Uluslar arası Çalışma Örgütü

İŞKUR: Türkiye İş Kurumu

OECD: Organisation for Economic Co- Operation and Development- Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

RSHH: Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

SB: Sağlık Bakanlığı

SHÇEK: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu

SUPRE: Suicide Prevention and Special Programmes

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund- Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu

YLD: Years Lived with Disability- Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları

YÖK: Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı

**TABLolar DİZİNİ**

Tablo 1. Geçen Akademik Yılda Mezun Olan Her 100.000 Nüfusa Düşen İnsan Kaynağının Dünya Bankası Gelir Gruplarına Göre Oranı .....	36
--	----

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Ruh Sağlığı Politikası ve Planlaması Arasındaki İlişki ve Yapı .....	6
Şekil 2. Ruh Sağlığının Sosyal, Çevresel ve Ekonomik Belirleyicileri .....	11
Şekil 3. Ruh Sağlığı Hastanelerine Ait Harcamaların Bütün Ruh Sağlığı Harcamaları İçerisindeki Oranı .....	29
Şekil 4. Her 100.000 Kişi Başına Düşen Ruh Sağlığı Hastanelerinin ve Dünya Bankası Gelir Gruplarına Göre Ruh Sağlığı Hastanelerindeki Yatakların Oranı .....	34
Şekil 5. Ruh Sağlığı Sektöründe Toplam Çalışan Sayısı (her 100.000 nüfusa) .....	36
Şekil 6. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Temel Kurumlarla olan İletişim Yolları ..	44
Şekil 7. İngiltere Ruh Sağlığı Sisteminin İşleyiş Modeli.....	48



## GİRİŞ

Sosyal sistemi ortaya çıkaran pek çok kurum, bireylerin ait oldukları toplum yapısı içinde sosyal ve ekonomik değişkenleri ortaya çıkarmaktadır. Parsons'ın ifade ettiği bu sistem içindeki temel kurumlardan bir tanesi olan sağlık, bütüncül bakış açısı ile değerlendirildiğinde, sadece fiziksel sağlığı ifade etmemektedir. Genetik yatkınlığın dışındaki durumlar değerlendirildiğinde toplumdaki sosyal ve ekonomik faktörlerin ruhsal hastalıkları tetiklediği ve ölüme götüren sonuçlara yol açtığı görülmektedir. İnsanların kendi kurdukları toplumsal sistem içinde, yine kendi müdahaleleriyle yarattıkları ruhsal sorunlarla baş etmelerini sağlayacak ya da bu hastalıkları önleyici çalışmaların yürütülmesi, insanları 'kaliteli' olarak ifade edilen bir yaşama sahip olmaları noktasında sağlık kurumunun önemini vurgulamaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımından yola çıkılacak olursa, sağlık "sadece hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil, aynı zamanda kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak ifade edilmektedir. Buradan da anlaşılacağı gibi sağlık kurumunun üzerinde yoğunlaştığı alanlardan birisi de ruh sağlığı olarak karşımıza çıkmaktadır. Ruhsal açıdan sağlığın tam tersi boyutlarının yaşandığı toplumlarda beliren en önemli sonuçlardan biri intihar olmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2007 yılında "21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek" başlığıyla yayınlanan çalışmada, Türkiye'deki sağlık profilinin boyutları arasında yer alan ruh sağlığı hizmetleri altıncı hedef olarak ifade edilmiştir. Bu hedef kapsamında ruhsal bozukluklara yol açabilecek faktörlerin toplumsal yaşamdan çıkarılması ya da etkisinin en aza indirilmesi söz konusu edilmiş ve ruh sağlığının en önemli göstergelerinden birisi olan intihar oranlarının azaltılmasının gereği üzerinde durulmuştur (Yardım vd., 2007).

Ruhsal sorunlar, tarih boyunca ahlaki yönü ve saygı boyutu sorgulanmış bir olgu olmuş, ancak her toplum tarafından ister olumlu ister olumsuz bakış açısıyla olsun kabul görmüş bir sorunsal temsil etmiştir. Toplumlar da belirli dönemlerde ya da belirli sosyo-ekonomik değişkenlerle ilintili olarak ortaya çıkmaya başlayan bu sorunlar, bu olgunun önlenabilirlik boyutunu ortaya koymuştur. Ortaya çıkan ruhsal sorunların önlenmesi noktasında, her birinin önlenabilir yapıda olmaması halinde, en azından belirli

semptomların takip edilerek önüne geçilmesinin yollarının aranması mümkün olabilecektir.

Makro anlamda, bireyin sosyal süreçlerde sosyal gruplar içinde girilen ilişkilerin, değerlerin, kurumların ve kavramların toplamından oluşan bir yapıyı temsil eden sosyal sermaye açısından (Kuşcu, 2006, s. 5), sosyal ve ekonomik faktörlerdeki değişimler, bu faktörlerin özellikleri beşeri sermayenin bu süreçlere gösterdiği uyum derecesi, ülkenin makro anlamda fiziksel ve ruhsal sağlık yapısı hakkında fikir edinmeye olanak sağlamaktadır. Dolayısıyla, bir toplumun ruh sağlığı ile ilişkili çıktıları bireylerin uyum ve sosyal ve ekonomik hayat sundukları katkının bir göstergesi olabilmektedir. Ruhsal bozuklukların önlenmesine yönelik olarak sürecin en belirgin başlangıç noktası bu hastalıklara yol açan semptomların belirlenmesi boyutu olmalıdır. Sağlık yönetimi bakımından ele alındığında, sağlıkta eğitilmiş ve tecrübeli personel ihtiyacı ve aynı zamanda yönetim biliminin gereklerinin iyi bilinmesi ve uygulama alanlarının tanınması önemli bir nokta olarak vurgulanabilmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinin gelişmesi ve bunun hastaların iyileşme süreçlerinde olan etkisinin daha hızlı bir şekilde görülmesi için modern tıbbın ve teknolojinin gereklerinin takip edilmesi ve uygulanması kadar; bu yeniliklerin ruh sağlığı hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, sunumu, finansmanının sağlanması, geliştirilmesi ve desteklenmesi sürecine de yansıtılması büyük önem taşımaktadır.

Ruh sağlığı politikaları yönetim alanında değerlendirildiğinde sunulan hizmetlerin şekillendirilmesi ve sunum olanaklarının iyileştirilmesi noktasında yönetim fonksiyonlarının özellikle sağlıkta örgütlenme ve finansman boyutunda yürütülecek gelişmeler önem kazanmaktadır. Ayrıca, bu olguların sosyolojik boyutu göz önüne alındığında ruhsal hastalıkların toplumdaki yeri ve bu hastalıkların gelişmesine neden olan etkiler ve ruhsal hastalık olgusunun toplum genelinde yarattığı sosyo- ekonomik sorunsallar bu iki çalışma alanının multi-disipliner bir yapıda bir araya getirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Ruh sağlığı ve ruhsal sorunların pek çok faktörle ilişkili olduğu ve sonuç olarak bireylerin sağlık statüsünü etkilediği varsayıldığında multidisipliner bir yaklaşım modelinin yakalanarak (Doğan&Kocacık, 2006), sağlık yönetimi açısından sunulan hizmetlerin önleyici ve tedavi edici rollerinin geliştirilmesi adına bu alanda yapılan ve yapılacak olan çalışmalar önem taşımaktadır. Ruh sağlığının

yönetim ve sosyoloji bakış açısıyla değerlendirildiği bu tezde amaç; Türkiye’de yürütülen ruh sağlığı politikalarının mevcut durumunun değerlendirilmesi, sunulan önerilerle geliştirilmesi için ışık tutmak, günümüzde devam eden gelişmelerin incelenmesi, güçlü ve zayıf yönlerinin vurgulanarak ruh sağlığı hizmetlerinin desteklenmesi ve geliştirilmesine yönelik sağlık yönetimi alanındaki boşluğu doldurmak adına katkı sağlanmasıdır.

## **1.1. KAVRAMSAL ÇERÇEVE**

### **1.1.1. Ruhsal Sağlık ve Hastalık**

Köknel’e (1989) göre ruh sağlığı “kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi” olarak tanımlanmaktadır (Pektaş vd., 2006, s. 44). Prilleltensky (2001) ise ruh sağlığını temel insan ihtiyaçlarının memnuniyetle karşılanması sayesinde ortaya çıkan psikolojik iyi oluş hali olarak ifade etmektedir (Allott, 2004, s. 17). Dolayısıyla, ruhsal sağlık sadece ruhsal hastalıkların ya da semptomların olmaması değil, aynı zamanda genel iyi oluş haline ve üretkenliğe katkıda bulunan bir kaynak olarak ifade edilebilmektedir (DSÖ, WHO Regional Office for Europe, 2011, s. 1). DSÖ, Herrman ve diğerleri (2005) tarafından yapılan bu tanımları benimseyerek, olumlu ruh sağlığını, bireylerin kendi yeteneklerini algılayabildikleri, hayatın içindeki normal stres faktörleriyle bağlantı kurabildikleri, üretken olabildikleri ve buldukları topluma katkıda bulunabildikleri iyi oluş durumu olarak ifade edilmektedir (DSÖ, WHO Regional Office for Europe, 2011, s. 1; Llopis, 2007, s. 191). Olumlu ruh sağlığı, sosyal dayanışmayı, sosyal sermayeyi arttırmakta ve yaşam çevresinde barışı ve dengeyi geliştirmektedir (Llopis, 2007, s. 191).

Joubert ve Raeburn’a (1998) göre ruh sağlığının geliştirilmesi, bireylerin ve toplumların yaşamlarını kontrol altına almaları ve ruhsal sağlıklarını geliştirmeleri için kapasitelerinin genişletilmesi süreci olarak tanımlanabilmektedir (Llopis, 2007, s. 192).

Ayrıca, olumlu ruh sağlığının tam tersi bir durum olarak tanımlanabilen ruhsal hastalık kavramından yola çıkılarak bireylerde ve toplumda yarattığı etkilerden sonuçlarına ulaşılabilir. Golightley (2008) tarafından ruhsal hastalık, rahatsızlık ve hastalıkları bünyesinde barındıran ve ‘normal’ sağlık durumundan belirgin bir ayrılığı

ifade eden geniş bir kavram olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal bozukluklar oldukça yaygın olarak görülmeleri, kronikleşme eğilimleri, uzun tedavi süreçleri ile toplum sağlığına yönelik bir sorunu temsil etmekte (Pektaş, Bilge, & Ersoy, 2006, s. 45) ve bunlar toplumda dışlanan bir karaktere sahip olmakta ve bununla birlikte doğru tanı ve teşhis konulmadığı noktada ruhsal hastalıkların kronikleştiği görülmektedir (Ocaktan vd., 2004, s. 64).

### **1.1.2. Koruyucu Ruh Sağlığı**

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre koruyucu hekimlik; "Bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra, bireylerin ve bunların ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından başıkslama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes tarafından, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanarak yapılan hekimliktir" (Altay, 2007, s. 34).

Koruyucu ruh sağlığı ruhsal hastalıkların önlenmesi, hastalıkların başlama süreçlerinin geciktirilmesi, hastalığın süresinin kısaltılması ve bu hastalıklar nedeniyle yeti yitiminin azaltılması amacıyla faaliyetlerini sürdürmektedir (Aksaray vd. , 1999, s. 55). Bu hizmetler kapsamında üç aşamada görülen önlemler belirtilebilmektedir. Hastalığın insidansının azaltılmasını hedefleyen birincil korumada risk faktörlerinin azaltılması, hastalıklara karşı direncin artırılması, hastalığın yaygınlık göstermesinin engellenmesi gibi amaçlara yönelik olarak çevredeki stres faktörlerinin engellenmesi, destek programlarının oluşturulması, emeklilik, boşanma gibi geçiş dönemlerinde bireylere destek ve eğitimin sağlanması, alkol ve madde bağımlılığına yönelik olarak çeşitli destek programlarının geliştirilmesi önem taşımaktadır. Hastalık süresinin ve prevelansının azaltılmasını hedefleyen ikincil koruma kapsamında tarama programlarının uygulanması, duygusal ve davranış bozukluğu gösteren öğrencilere yönelik olarak öğretmenlerin eğitilmesi, hastalara ve hasta yakınlarına bilgilendirici yaklaşımların benimsenmesi, yüksek riskli bireylerin sürekli takibin sağlanması gibi faaliyetler vurgulanmaktadır. Üçüncül korumada ise ruhsal hastalıklara bağlı yeti yitiminin, komplikasyonların önlenmesi amaçlanmakta ve bu doğrultuda tedaviyle birlikte psikiyatrik rehabilitasyonun da göz önünde bulundurulması, destek programlarının hastane tedavisinden sonra devam ettirilmesi, kronik ruhsal rahatsızlığı

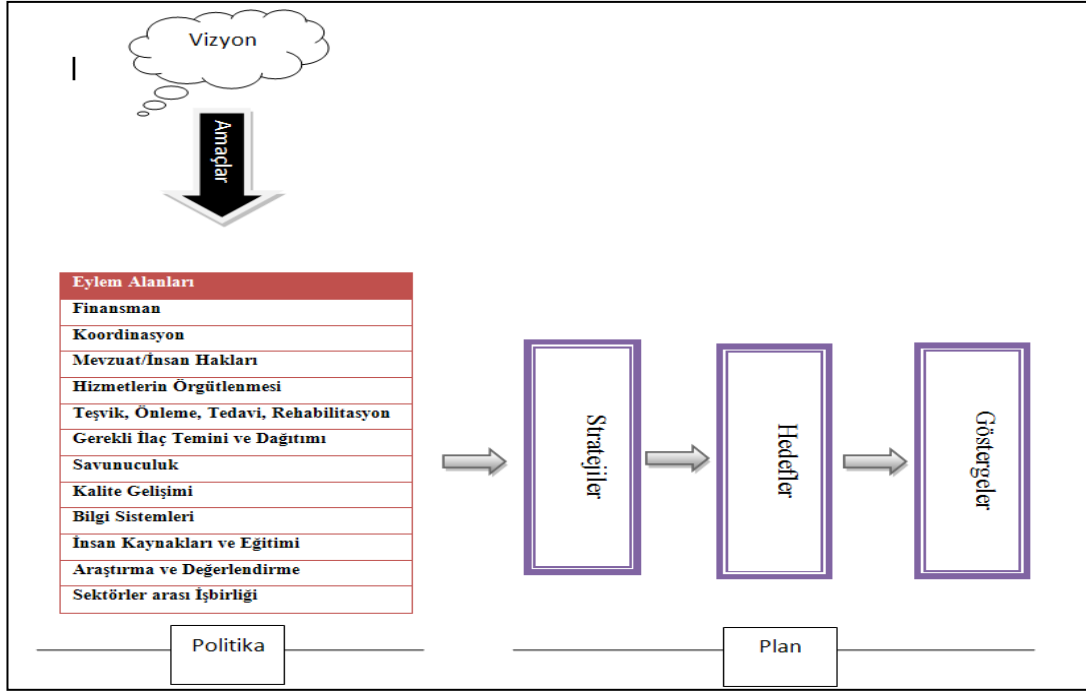
bulunan bireylerin en yüksek düzeyde fonksiyonel hale gelebilmesine imkan sağlayacak desteğin sağlanması önem kazanmaktadır (Aksaray vd., 1999, s. 57).

1983 yılında Gordon tarafından koruyucu ruh sağlığına yönelik yapılan fonksiyonel sınıflamada topluma, risk gruplarına ve klinik endikasyonu olan kişilere yönelik girişimler yer almaktadır. Okullarda madde kullanımı ile mücadele için ve toplumda genel olarak alkol ve madde kullanımına olan eğilimin engellenmesi için yapılan faaliyetler, toplumdaki ruh sağlığının daha iyi hale getirilmesi için stresle baş edebilme yollarının geliştirilmesi gibi toplumu doğrudan etkileyen faaliyetler ilk bölüme örnek olarak verilebilmektedir. Risk gruplarına yönelik girişimler özel risk durumlarında kişilere uygulanan girişimleri anlatmaktadır. Burada risk taşıyan kişilerin belirlenerek bu kişilere özel olarak hazırlanan programların sunulması önem taşımaktadır. Klinik olarak tanınan konulduğu bireylere yönelik yapılan girişimler klinik endikasyonu olan kişilere yönelik girişimler olarak ifade edilebilmektedir. Alkol bağımlısı bireylere daha ileri nöropsikiyatrik hasarın gelişmemesi için tiamin verilmesi bu aşamaya örnek olarak verilebilmektedir (Aksaray vd., 1999, s. 58).

### **1.1.3. Ruh Sağlığı Politikası**

Ruh sağlığı politikası, hükümet ya da sağlık otoriteleri tarafından desteklenen, vizyon, değerler, prensipler ve amaçlar belirlenerek ruh sağlığı için genel bir yön gösteren resmi bir durum olarak, bir ulusa ait ruh sağlığı politikası, Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası raporunda (2006) yer aldığı üzere DSÖ tarafından “bir ülkede yaşayan toplumun ruh sağlığını geliştirmek ve iyileştirmek için oluşturulan, bu alanda hedefler belirleyen ve bu hedeflerin öncelikleri ile bunlara ulaşılması için gerekli olan ana yöntem ve stratejileri öneren, aynı zamanda o ülkenin hükümeti veya Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan yazılı belge” olarak tanımlanmaktadır.

Ruh sağlığı politikasının oluşum evresinde ona ışık tutacak olan bir diğer kavram olan ruh sağlığı planı ise, vizyonu gerçekleştirmek ve ruh sağlığı politikasının amaçlarına ulaşmak için uygulanacak olan strateji ve aktivitelerin detaylı gösterimi olarak tanımlanabilmektedir. Politika, global bir bakış açısı sağlarken, plan ise vizyonu gerçeğe dönüştürmek için operasyonel detayları sağlamaktadır (Mental Health Policies and Action Plans. Geneva, World Health Organization, 2007).



**Şekil 1.** Ruh Sağlığı Politikası ve Planlaması Arasındaki İlişki ve Yapı

Kaynak: Mental Health Policies and Action Plans. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html), erişim tarihi 29 Nisan 2012; Mental Health Policy, Planning and Service Development Information Sheet, Sheet 1).

DSÖ, ruh sağlığı politikalarının sahip olmaları gereken bileşenleri merkezîyetçilikten ayrılma (desantralizasyon), sektörler arası işbirliği, kapsamlılık, eşitlik, devamlılık ve toplum katılımı olarak özetlemektedir. Ruh sağlığı konusunda özellikle sektörler arası işbirliği ile intihar vakalarına yapılabilecek müdahaleler ve aynı şekilde oluşturulması ve yürütülmesi planlanan ya da devam eden faaliyetlerin sürekliliğinin sağlanarak uzun vadede iyileşmeye katkılarını görebilmek bu bileşenlerin temel taşlarının oluşturmaktadır.

## 1.2. KURAMSAL ÇERÇEVE

### 1.2.1. Durkheim ve Sosyal Faktörler

Kişinin iç dünyasında yaşadığı duygular, aklından geçirdiği düşünceler, kurduğu hayaller dışarıdan yapılacak gözlemlerle ortaya çıkarılması neredeyse imkânsız şeylerdir.

Ruhsal hastalıkların görülme sayılarındaki değişiklikler, toplumlarda belli dönemlerde görülen savaş, ihtilal ya da sosyal, ekonomik, hukuksal açıdan önemli olayların etkisiyle farklılık gösterebilmektedir. Yani, her toplum belli bir ruh sağlığı statüsüne sahip bulunmaktadır.

Durkheim işlevselciler gibi sosyal sistem içerisindeki gözlemlenebilir olgular arasındaki ilişkiler yerine bu olguların arkasındaki nedenleri araştırmaya yönelmiştir. Durkheim boşanma, mahrumiyet, iş kaybı gibi sosyal durumlarla hastalıklar arasındaki ilişkilerin sosyal psikolojik süreç içerisindeki dengeyi olumsuz etkileyici yönünü ele almıştır (Taylor & Askworth, 1987, s. 188-198). Durkheim zihinsel bozukluğun yani akıl sağlığının iyi olmamasının temelinde toplumsal etkiyi aramaktadır.

Durkheim, bireyleri manevi yalnızlıktan kurtarmak için onların mesleki yaşama uyumlarının sağlanması gerektiğini ifade ederek ruhsal sorunların toplumun bütünleşmişlik düzeyi ile engellenebileceğini vurgulamıştır (Şen, 2008, s. 200).

Literatürde, cinsiyet, yaş, ırk, medeni durum gibi değişkenler ruhsal sorunların temel göstergeleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplum, sağlam bir biçimde bütünleştikçe, bireyleri kendine bağlar kendi kendilerine istedikleri gibi davranmalarına engel olur (Durkheim, 2011, s. 236). Erkek ve kadın rollerinin toplumda belirlenerek aile kurumunun oluşturulması ve bu kurumun bir arada tutucu etkisinden faydalanılması ruhsal hastalıkların azalmasını sağlayacaktır. Aynı şekilde, siyasi anlamda bütünleşmenin sağlanmasıyla siyasi ya da ekonomik başarısızlıklardan doğan endişe, korku gibi duyguların ruhsal sorunlara yol açması engellenecektir.

Durkheim, toplumsal düzenin yetersiz olmasından dolayı (Alptekin & Duyan, 2009, s. 26; Anderson, 1999, s. 19) ortaya çıkan anomi (sorun) durumunu ekonomik yapıdan kaynaklanan sorunlarla ilişkilendirmekte ve ekonomik bunalımlarla birlikte arttığını vurgulamaktadır (Durkheim, 2011). Durkheim, kişinin gereksinimlerinin karşılayabileceğinden çok olması ya da karşılayabilmesi için farklı şeylerin olması gerektiği durumlarda kişide sürekli bir sıkıntı ve acının olacağına, ancak refah ve mutluluğun artırılması ve istek, arzuların toplum tarafından sınırlandırılmamasının da kuralsızlık yaratacağını ifade etmektedir (Durkheim, 2011). Yani, refah ortamında kişilerin sınırlandırılmayan istekleri hırs ve kural tanımazlığa dönüşerek toplumda

düzensizlik dolayısıyla kurlsızlık yaratacaktır. Bu şekilde, toplumda yaşanan hızlı sosyo- ekonomik gelişmelerle toplumun geleneksel yaşamı arasında bir denge kurulamadığında ruhsal sorunlarda artış gözlenmektedir. Bu tezden yola çıkarak boşanma vakaları temel nokta olarak alındığında, boşanmanın çok görüldüğü zamanlarda evliliğin kadınlar için kurtarıcı olarak görev yaptığı, boşanmaların az olduğu durumlarda ise evliliğin koruyucu görevinin de azaldığı yargısına ulaşılabilmektedir.

Ayrıca, toplumun aşırı düzenli olması durumunda (Alptekin & Duyan, 2009, s. 26), birey aniden şiddetli ve kendi gücünün üzerinde bir konuma geldiğinde, örneğin küçük yaşta evlendiğinde ya da köle olarak satıldığında, bireylerin ruhsal sağlıklarında olumsuzluklar görülebilmektedir (Maris, 1969, s. 37). Günümüzde, yoğun olarak çalışan insanların içinde buldukları çalışma hayatına ayak uydurmaları ve belli bir süre sonra bu çalışma yaşamının onların hareketlerinin temel belirleyicisi olarak karşısına çıkması bu duruma örnek olarak verilebilmektedir. Yani, insanlar çalışma süreleri boyunca farkında olmadan belli kurallara kendilerini adapte etmekte ve her hareketlerini öngörülen saatlerde gerçekleştirerek (örneğin öğle yemeği molaları) kendi hayatlarını monoton hale dönüştürmektedirler.

### **1.2.2. Marx ve Endüstri Toplumu**

Marx, Fransız burjuva ailesi içindeki kadınların sıkıntılarıyla ilişkili olarak kadınların ruhsal sorunlarına ve buna bağlı intiharlara odaklanmış (Anderson, 1999, s. 3) ve modern endüstriyel yaşam içerisinde proletarya grubunun aile yapılarını incelemiş ve aile bağlarının zayıflamış, bahsedilen sosyal ve ekonomik yaşam koşullarında çocukların ise aile için basit ticaret araçlarına ve emek aracına dönüştürüldüğünü ifade etmiştir (Anderson, 1999, s. 15).

Marx, Engels'e yazdığı bir mektupta karısının sürekli olarak kendisinin ve çocukların mezara gitmesini yani ölmeyi istediğini belirtmiştir. Karısının bu ifadelerine rağmen üç kızının bu nedenle ölmesinin aksine hiç intihar girişiminde bulunmadığı ifade edilmiştir (Plaut, 1999, s. 34). Burada vurgulanması gereken nokta Marx'ın intiharın merkezine gelir seviyesini ve kapitalist düzeni almış olması ve buna yönelik olarak ifadelerde bulunması, buna karşılık kendi aile fertleri arasında yaşadığı intihar vakaları ruh sağlığı ve genel sağlık düzeyi üzerinde pek çok açıdan önemli bir etken olan ekonomik düzenin



ruhsal sağlık olgusunu aydınlatmada tek başına yetersiz kalabileceği olabilmektedir. Marx, kendi ailesindeki durumu mektuplarında ifade ettiği üzere karısının ve kızlarının genel davranışlarından anlaşılacağı gibi, yine ruhsal bunalımların ve buna bağlı girişimlerin açıklanmasında çok önemli bir etken olan, psikolojik rahatsızlıkların varlığını göz ardı etmiştir. Marx'ın belirttiği gibi, sosyal ve ekonomik değişkenler ruhsal bunalımlara yol açabilmekte, diğer taraftan ise ruhsal bunalımlar nedeniyle ortaya çıkabilecek hastalıklar da sosyal ve ekonomik hayata etki edebilmektedir. Şizofreni gibi bir ruhsal bozukluğun tedavisi uzun süreli olduğundan bireyin yüklendiği doğrudan maliyet olarak tedavi masrafları ve özellikle hastalığın alevlenme dönemlerinde yaşanan işgücü kaybı, hasta ve hasta yakınlarının yaşadığı sosyal ve ekonomik güçlükler makro anlamda toplumun sağlık ve ekonomik statüsünü etkilemektedir (Soygür vd., 2000, s. 205).

### **1.2.3. Bütüncü Yaklaşım ve Sağlık**

Bütünleşik ruh sağlığı modeli hizmetleri farklı yollarda bütüncül bakım sunmaktadır. İlk olarak, özelleştirilmiş ruh sağlığı bakımına mesafe, seyahat ve zaman engellerini düşürerek ulaşımı kolaylaştırmaktadır. İkincisi, ruh sağlığı ile temel bakım hizmetleri sunucuları arasındaki iletişim daha kolaylaşmakta ve olağan hale gelmektedir. Üçüncüsü, yerinde işbirliği aracılığıyla yapılandırılmış veri değerlendirme araçlarıyla hizmet sağlayıcılar kendi bireysel terapilerinin hastayı nasıl etkilediğini değerlendirebilmektedirler (Roberts vd., 2009, s. 455).

Ayrıca birey açısından bütün olarak düşünüldüğünde kişinin sahip olduğu bakış açısı ve etrafındaki kişilerle sahip olduğu sosyal ilişki dahilinde karşılaştığı çevresel engellere verdiği yanıtlardan biri içinde bulunduğu yapıyı, engellerle baş etme ve içsel denetim sürecini geliştirerek değerştirmesi yönünde, diğeri içinde bulunduğu durumu kabullenerek, öğrenilmiş çaresizlik şeklinde ve bir diğeri ise intihar olabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında, etki eden faktörler ve kişinin hangi yönde tepki vereceği bütünsel olarak değerlendirilmeli ve yaklaşımları buna göre şekillendirilmelidir.

### **1.2.4. Threshold (Eşik) Yaklaşımı**

Mathews ve Paxton (2001) tarafından ortaya atılan modele göre, kişisel risklerin etkileşimi ve koruyucu faktörler kişinin tutum ve davranışları noktasında bir başlangıç

oluşturmaktadır. Bu model, yönetsel anlamda gerekli olan örgütsel alanlar ve kişilerarası iletişim ve birebir görüşmelerde gerekli olan klinik beceriler arasında bir köprü görevi görmektedir (Lewis, 2004, s. 42). Risk faktörleri şu şekilde sınıflandırılabilir:

#### Uzun dönemli faktörler

*Genetik/ biyolojik:* İntiharın aile hikayesi, majör depresyonun aile hikayesi, alkol ya da madde bağımlılığının aile hikayesi gibi faktörler doğru ve uygun kayıt saklama süreçleri olarak adlandırılmaktadır.

*Kişilik:* Her şeyi düşünmek ya da hiçbir şeyi düşünmemek, sert, değişmez düşünceler, kişinin kendisini ya da etrafındaki etkileyen yüksek standartlarla mükemmeliyetçilik, umutsuzluk, gelecek konusundaki kötümserlik, kendine saygı eksikliği ve değersizlik hissi, düşük problem çözme becerisi gibi faktörler birebir görüşmelerde ölçülebilen göstergelerdir.

#### Kısa dönemli faktörler

*Çevresel:* Ölüm, ayrılık, boşanma, işsizlik gibi yaşanan kayıplar ve yaş (24 yaş altı ya da 65 yaş üzeri) gibi faktörler yaşam olayları olarak kaydedilebilmektedir.

*Psikiyatri:* Depresyon, alkol kullanımı, şizofreni, kişilik bozukluklar, obsesif davranış bozuklukları gibi faktörlerin kaydedilmesi hem yönetim hem de sağlık profesyonelleri açısından önemlidir.

#### Hızlandırıcı faktörler

Kişinin hapiste olması, kişiler arası iletişim problemleri yaşaması, kayıplarına dair hatırlatıcılara maruz kalması, yakınıni kaybetmesi, iş ya da okul problemlerinin olması, istenmeyen gebelik gibi durumlar ruh sağlığını etkileyen risk faktörleri olarak sıralanmaktadır.

#### Koruyucu faktörler

Umut, ruh sağlığı bakımı almak ve desteklemek, çocuklar üzerinde sorumluluk sahibi olmak, güçlü sosyal ve ailevi destek sahibi olmak gibi faktörler akut risk faktörlerini düşürdüklerinden dolayı koruyucu faktörler olarak adlandırılmaktadır.

### 1.2.5. Foucault ve Antipsikiyatri

Foucault, deliliğin tedavi noktasında ruh ve beden arasındaki dengenin sağlanmasına vurgu yapmaktadır (Boyne, 2009, s. 49). Foucault hekim ve hasta arasındaki ilişkiyi, ‘akıl hastalığının dingin dünyasında çağıcı insan artık deliyle iletişim kurmayı bırakmıştır: bir yanda, akıl sahibi insanın delilikle uğraşsın diye hekime vekalet verdiğini ve sadece hastalığın soyut genelliği dolayısıyla bir ilişki kurulmasına yetki verdiğini görürüz’ olarak ifade etmiştir (Boyne, 2009, s. 81).

*“18. yüzyıldan önce, delilik sistemli bir biçimde bir yere kapatmanın konusu olmuyordu; bir tür yanlış ya da yanılısama olarak düşünülüyordu” (Foucault, 1992, s. 73).*

Foucault, 19. yy. başlarında deliliğin yanlış ya da çarpık olmaktan çok, istek, tutku, karar verme ve özgür olma tarzındaki bozukluk olarak belirtildiğini ifade etmiştir (Foucault, 1992, s. 74). Foucault, deliliği toplumda ‘kuruntu-varlıklardan biri’ olarak görmüş ve tedavi yeri olan hastaneyi ise ‘yapay alan’ olarak ifade etmiş ve psikiyatri hastanesini ‘teşhis ve sınıflandırma alanıdır; düzenlemeleri büyük bir bostanı akla getiren avluların (bunlarda sınıflandırılmış hastalıklar ayrı ayrı yer alır) oluşturduğu bir botanik bahçesi’ olarak tanımlamıştır (Foucault, 1992). Hastalar ancak doğa ile iç içe olduklarında, kendi kendilerine vakit geçirmeye fırsat bulduklarında iyileşebileceklerinden dolayı, Foucault bu konunun hastanelerin mimari yapısına yansıtılmasının önemini vurgulamıştır.

Foucault, Ortaçağ’da yaygın olan cüzam hastalığına yönelik kültürel bir boyutu vurgulamıştır. Bu dönemde, cüzamlı hastalar toplumda dışlanma yaşamakta ve özel ayrılan yerlere kapatılarak (toplumla ilişkileri kesilerek) tedavi altına alınmaktaydılar. Dolayısıyla, cüzamlı kişi toplumda “Ortaçağ dünyasının ‘öteki’si” olarak ifade ediliyordu. Foucault, bu noktada Avrupa toplumunu hastalığa yönelik tedavi yöntemlerinin geliştirilmemesi ve bu salgının denetim altına alınmasındaki zayıflık açısından eleştirmiş ve bu toplumun denetim yerine toplumsal dışlamayı yaygınlaştırdığını ifade etmiştir. Cüzamın sonraki dönemde az görülen bir hastalık olmasının ardından Foucault Avrupa toplumunun ‘öteki’sinin oluşturacak yeni grubun

üretime katkıda bulunmayan paryaları yoksullar, suçlular, evsizler ve deliler olarak ifade etmiştir (Boyne, 2009, s. 15-17).

‘Deliliğin hakikatinin, bilgi bağıntılarından bambaşka bağıntılar içinde gerçekleştirilmesi olanaklı mıdır?’. Bu noktada, Foucault ifade ettiği ‘psikiyatrısızlaştırma’ kavramını vurgulayarak antipsikiyatri yaklaşımına atıfta bulunmuş ve akıl hastalıklarının psikiyatri bilimi tarafından ortaya atılarak belirlendiğinin altını çizmiştir. Foucault, psikiyatri biliminin tanımlara sıkıştırdığı ruhsal rahatsızlıkları bulunan kişiyi ve sahip olduğu hastalığı şu ifadelerle ironik bir dille irdelemeyi uygun bulmuştur; ‘Senin çektiğin acı ve başkalarına benzemezliğin konusunda, bunun bir hastalık olduğunu belirlemeye yetecek kadar çok şey biliyoruz. Ama bu hastalığı, onun üzerinde ve ona oranla hiçbir hakkın olmadığını bilecek kadar da tanıyoruz. Bilimimiz, deliliğini hastalık diye adlandırmamızı olanaklı kılıyor ve dolayısıyla biz, yani hekimler, seni ötekilerden farklı bir hasta yapan deliliğe müdahale etme ve teşhis koyma yetkisine sahibiz ve işte bundan ötürü sen bir akıl hastası olacaksın’ (Foucault, 1992, s. 80-81).

Fransız Devrimi sırasında ülke genelinde 32 tane genel hastane bulunmaktaydı ve bu hastanelerin yöneticilerinin buldukları eylemlerden dolayı yargılanmalarının engellenmesi söz konusu olmaktadır. Deliler, bu hastanelere kapatılarak Foucault’un deyişiyle sivil ve siyasal toplumdan fiziksel ve idari olarak dışlanmış olmaktadır. Foucault, bunun temel nedeninin delilerin hasta oldukları ve tedavi görmeleri için bu hastaneye kapatılmadıklarını üretime katkıda bulunmadıklarından dolayı toplumdan soyutlanmaları süreci olması bakımından eleştirmektedir (Boyne, 2009, s. 20). Bu noktadan hareketle, günümüz toplumu ve psikiyatri hastalarının tedavi süreçleri düşünüldüğünde önemli olan, onları toplumdan soyutlanmasına neden olan yapılanmalar değil aksine onların toplumla bütünleşmesini sağlayacak uygulama ve müdahalelerin, onları ekonomik hayata katacak yapılanmaların ön planda tutulması gerekmektedir.

Hekimlerin hastalarla ilişki boyutları düşünüldüğünde özellikle 19. yüzyıldaki tecrit, sorgulama yöntemleri, cezalar, teşvikler ya da uyarılar gibi uygulamalar hastaları hekimlere bağımlı hale getirerek, hekimlerin kurumsal kimliklerini güçlendirmiş ve ‘deliliğin efendisi’ haline getirmiştir (Foucault, 1992, s. 75). Yani hekimler, hastaların

hastalıklarını anlamlarını sağlayan ve hastaların sağlıkla ilgili istençlerinin artmasına imkân veren kişi olmakta ve hekimlerin iktidarı hastalar üzerinde hükmeder hale gelmektedir.

Foucault, iyileşme sürecini ‘makul sınırlar içinde manevi duygulanımların geri dönmesidir; dostlarını, çocuklarını görme isteğidir, duyarlılığın gözyaşlarıdır, derdini açma, ailesine yeniden kavuşma gereksinimidir; alışkanlıklarını yeniden edinme’ olarak ifade etmiştir. İyileşme sürecinde, Foucault, akıl hastanelerinin diğer hastanelerden farklı rolünü, akıl hastalığının gerçek yapısını ortaya koymak, hastanın çevresinde hastalığı sapkınlık boyutuna taşıyan faktörleri ve hastanın iyileşme sürecini tehlikeye sokan etkileri engelleyen bir yapı olarak belirtilmektedir (Foucault, 1992, s. 74).

Günümüzdeki yapılanmaya bakılacak olursa hala psikiyatrinin hastalıklar, hastalar ve tedaviler üzerindeki etkin rolü görülebilmekte ve psikiyatrinin, hala bireysel ruh sağlığı hizmetlerini kullanıcılarının tecrübeleri ve çıktıları kadar provizyonları şekillendirmede de baskın bir rol oynadığına şahit olunabilmektedir (Shaw & Taplin, 2007, s. 366).

## GENEL BİLGİLER

### 2.1. RUH SAĞLIĞINA VE RUHSAL HASTALIKLARA TARİHSEL BAKIŞ

*'Beynimizle düşünürüz, görürüz, işitiriz, çirkin ve güzel olanı, kötü ve iyi olanı, hoş ve hoş olmayanı anlarız. Beynimizle aklımızı kaybeder, deliririz, gece olduğu gibi, gün ağarırken de korku ve dehşet, bizi beynimiz aracılığıyla ele geçirir, gereksiz endişeler, gerçekten kopma, huzursuzluk ve saflık. Bütün bunlar beynimizle meydana gelir, o hasta olduğunda yani. Bu da çok sıcak ya da soğuk, çok nemli ya da çok kuru olmasına ya da herhangi bir şekilde doğal yolla, kaldıramayacağı bir zarara uğramasına bağlıdır.'*(Namal vd., 2013, s. 44).

Hipokrat yukarıda ifade ettiği gibi, ruhsal hastalıkların temelini nörolojik bozukluklara dayandırmış ve akıl sağlığının tam olarak içini doldurmaya çalışmıştır. Tıp bilimi açısından, Hipokrat kişilerin cinsel kimliklerini kaybetmeleri noktasında travestileri ve kişilerin korku ve endişelerinden kaynaklanan fobileri açıklayarak diğer fizyolojik hastalıklar gibi ruh sağlığı alanında da tanı ve teşhisin önemini vurgulamıştır.

Psikiyatri hastalarının maruz kaldıkları izolasyondan kurtarılarak sosyal aktivitelerle toplum içine dahil edilerek anlayış ve hoşgörü ile iyileşme süreçlerinin kısaltılmasını 18. Yüzyılın sonlarında ifade eden Philippe Pinel'in önermesi psikiyatriyi sadece tıp uygulaması çerçevesinden çıkararak ona sosyal bir anlam kazandırmıştır (Çam & Bilge, 2007, s. 215).

Özgür ve arkadaşları (1998) ruhsal hastalıklara bakış açısındaki değişim noktasında dört temel gelişmeyi vurgulamışlardır. Bunlar 18. Yüzyılın sonlarında Fransız ruh hekimi P. Pinel'in ruh hastalarına daha insancıl davranılması noktasındaki girişimleri, 19. Yüzyılın sonlarında S. Freud tarafından psikanalitik kuram ile ruhsal hastalıklara yönelik tedavi yöntemlerini etkilemesi, 20. Yüzyılın ikinci yarısında psikiyatride çağdaş anlamda ilaç kullanımının başlaması ve yaygınlaşması ve son olarak toplum ruh sağlığı hareketinin başlaması olarak ifade edilebilmektedir (Pektaş vd., 2006, s. 44). Buna göre, Batı Avrupa'da ruhsal bozuklukların temel noktasının 18. Yüzyılda Fransız Devrimiyle başlayıp 19. Yüzyılda İngiltere'de toplumsal reformlarla varlık gösteren 'egemenlik' kavramıyla biçimlendiği vurgulanmaktadır. Toplumsal ve kültürel değişimler, geleneksel ailenin çöküşü, göçün, sanayileşme ve kentleşmenin artması sonucunda Avrupa'da yoksullaşmış, işsiz ve bağımlı hale gelen nüfusu belli bir kuruma kapatma hareketi gelişmeye başlamıştır. Bunun sonucunda, yoksul evlerine, hapisanelere,

hastanelere kapatılanlar kronik psikopatoloji olguları olarak değerlendirilmiş ve daha sonra bu bireylerin sorunları ayrıştırılarak psikopatoloji belirtileri gösteren bireylerin yerleştiği akıl hastaneleri kurulmuştur (Pektaş vd., 2006, s. 46). Daha sonraki süreçte, ruhsal bozukluklar toplumların genel yapısıyla ilgili fikir öne süren bir konuma gelmiştir. Örneğin, İngiltere’de intihar eden kişinin ‘çıban başı’ olarak görüldüğü vurgulanmaktadır. İnsanların yaşanılan dünyayı değersiz olarak nitelendirerek intihar etmesi, uygarlıkların bilgi donanımlarının göstergesi olarak kabul edilmeye başlanmış ve intihar sayısı uygarlıkların kültür seviyesinin işareti olarak anılmıştır (Alvarez, 1992, s. 56).

19. yy’ye kadar bulaşıcı hastalıklara bakılarak, psikiyatrik hastalıklar üzerinde yapılan araştırmaların daha az ve yavaş ilerlediği görülmektedir. 17. yy’de İtalya’da psikiyatrik hastalıkların toplumda nasıl görüldükleri üzerinde durulmuş ve tanımlamaları yapılmış, ancak 19. yy.’de psikiyatrik hastalıklar üzerine yapılan çalışmalar bakım gereksinimlerini değerlendirme amacıyla gelişmeye başlamıştır. Bu döneme kadar psikiyatrik hastalıklarla ilgili çalışmaların yürütülmemesi bu hastalıkların toplumda tam olarak anlaşılmasına ve bu hastalıklara yönelik müdahale eksikliğinin olmasına dayandırılmaktadır. Yapılan araştırmalara örnek olarak, 1838 yılında Esquirol psikiyatrik hastalıklar nedeniyle hastaneye yatışların 15 yılda dört kat arttığını belirlediğini araştırma ve 1914’te Goldberger tarafından yapılan ve pellegra psikozunun oluşma nedeninin beslenme yetersizliğine bağlı olduğunu ifade eden araştırma verilebilir (Doğan, 2011, s. 5). Aynı zamanda, 1897’de Emile Durkheim’ın yazdığı ‘intihar’ adlı eserinde Avrupa’daki intihar oranlarının bölgesel ve ulusal boyuttaki yapısını ele almış ve bir bakış açısı oluşturmasına yardımcı olmuştur. İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra psikiyatrik hastalıkların toplumda görülme sıklığı üzerine çalışmaların yaygınlığı artmış ve bu çalışmalarda amaç olarak psikiyatrik hizmetlerin planlanmasına katkıda bulunmak şeklinde ifade edilmiştir (Doğan, 2011, s. 5).

Osmanlı döneminde ise, akıl hastalarının kaldığı hastaneler olan Maristan dikkat çekmektedir. Ancak bu hastanelerde, tedavi süreçleri hastanın toplumdan soyutlanarak bir odaya hapsedilmesi, kendine ve etrafındakilere zarar vermesinin önüne geçilmesi üzerine odaklanmaktaydı. Evliya Çelebi’nin Seyahatname adlı eserinde akıl hastalarının yataklara zincirlendiğinden bahsetmesi bu durumu açıklamaktadır. Cumhuriyet

döneminde ise, Türkiye’de ruhsal hastalıklar beyinle ilgili hastalıklar olarak kabul gördüğünden, Türkiye’ye ilk modern ruh sağlığı hastanesini kuran Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman 1946-1949 yılları arasında ilaçlı tedaviden fayda görmeyen hastalara lobotomi<sup>1</sup> uygulamaya başlamıştır (Namal vd., 2013, s. 46).

20. yüzyılda ise dünyada, 1945- 1975 yılları arasında DSÖ tarafından “herkes için sağlık” yaklaşımı öne çıkarılarak hakkaniyetli ve eşit sağlık politikaları üzerine odaklanılmıştır. 1977 yılında Cenevre’de yapılan Dünya Sağlık Asamblesi (World Health Assembly) ve 1978 yılında Alma Ata’da yapılan konferans sağlıklı bir toplum yaratma noktasında etkin bir rolle karşımıza çıkmaktadır.

Tarihsel sürece bakıldığında, özellikle 12 Eylül’de idam kararlarının uygulanması, toplum açısından siyasi görüşlerin yok olması ve buna medyanın da o dönemin şartlarına uygun olarak destek olması halkın depolitize olmasına neden olmuş, buna ek olarak ilerleyen dönemde Sovyet Rusya’nın yıkılmasıyla komünizm tehlikesinin ortadan kalkması Türkiye’nin dış politika ve toplum yapısının şeklini değiştirmiştir. Bunun yerini küreselleşme ve modernleşme faktörlerinin almasıyla, Türk toplumunu bir arada tutma için Türk kültürü ve İslamiyet sentezi geliştirilmiş ve bu şekilde değişen dinamikler insanları demokrasi ve özgür düşünce ortamından uzaklaştırmıştır.

*“1980 sonrası, Türk toplumu, susturulmuş, dejenerasyona, depolitizasyona ve yoksulluk süzgecine tabi tutularak, elinden ekmeğini alıp suratına bir tokat vurdukça -teşekkür eden- bir topluluk haline getirilmiştir” (Güçlü, 2001, s. 59).*

Türkiye’de günümüzde de yürütülen ruh sağlığı politikası 1983 yılında şekillendirilmiştir. 1987 yılında oluşturulan ulusal ruh sağlığı programı, 1999 yılındaki Marmara depreminden sonra Dünya Bankasının desteği ile yeniden düzenlenerek geliştirilmiştir. Ruh sağlığı yasası ile ilgili herhangi bir yaklaşım bulunmasa da sigara ya da alkol gibi maddelerin kullanımını azaltmak için 1996 yılında yasal düzenlemeler yapılmıştır.

Türkiye’de psikiyatrik bozukluklarla ilgili olarak ilk çalışma 1963’te yapılmış ve 1970’li yılların sonundan itibaren geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmaya

---

<sup>1</sup> Lobotomi, beyindeki ön lobların uçlarındaki prefrontal korteks bağlantılarının kesilmesi sonucu uygulanan bir beyin cerrahisi işlemidir.



başlanmış, ancak küçük ölçekli araştırmalar olarak devam edilmiştir. Türkiye Akıl Hıfıssıhhası Cemiyeti tarafından on bin kişilik bir tarama çalışması yapılmış, ancak çalışmadan elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirilmemiştir (Doğan, 2011, s. 7).

## **2.2. RUH SAĞLIĞINA AİT BİLGİLER**

### **2.2.1. Dünyada Ruh Sağlığı Politikaları**

Öniz (2001), Birleşmiş Milletler Raporları'na göre dünyada 450 milyon kişinin bir ruhsal veya nörolojik hastalıkla mücadele ettiğini ifade etmiştir (Pektaş, Bilge, & Ersoy, 2006, s. 44). 4 Amerikalıdan biri ruh sağlığı sorunlarından birini yaşamakta ancak sadece bu kişilerin üçte ikisi ruh sağlığı bakımı istemektedir (Roberts vd., 2009, s. 454). Dünya Sağlık Örgütüne göre, her yıl yaklaşık 900.000 kişi ruhsal hastalıkların sonuçlarından biri olabilen intihar nedeniyle hayatını kaybetmekte ve bu 40 saniyede bir ölüme işaret etmektedir. Ayrıca, intihar 15- 44 yaş grubunda en çok görülen üç ölüm nedeni arasında yer almaktadır (<http://www.who.int/features/qa/24/en/index.html>). DSÖ raporuna göre en yüksek intihar oranı Çin ve Hindistan'da bulunmuştur. Zheng vd. (2011) tarafından Çin'de 1987- 2006 arasında verilerin incelenmesiyle yapılan araştırmada 1987 yılında 2.6 milyon kişi herhangi bir ruhsal hastalığa sahipken, 2006 yılında bu rakam 8.4 milyon kişiye yükselmiştir. Ayrıca 2006 yılı itibariyle ruhsal hastalığa sahip kişilerin % 57.5'i şizofreni hastalarından oluşmaktadır. Ayrıca, DSÖ raporuna(2001) göre 2020 yılında depresyonun toplam hastalıklar içinde oranının % 5.7 olması beklenmektedir (<http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index4.html>).

Dünyada genel olarak 1950'li yıllarda verilen ruh sağlığı hizmetlerinin ve personelinin yetersiz kalması ve kronik hastaların hastanelerin yetersizliği nedeniyle hastaneden uzaklaştırılarak hastanelerin kapatılma yoluna gidilmesi toplum ruh sağlığı hareketini güçlendirmiştir.

2001- 2003 yılları arasında DSÖ tarafından Amerika, Avrupa, Ortadoğu, Afrika ve Asya ülkelerinin 14'ünde yürütülen Dünya Ruh Sağlığı Araştırması'nda, ruhsal rahatsızlıkların görülme şiddeti ülkelere göre farklılık göstermiştir. En düşük Nijerya'da (% 0.8), en yüksek ABD'de (% 15.3) görülmüştür. Ruhsal rahatsızlığın görülme şiddeti ile ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ve hastaların tedavi görmeleri arasında anlamlı bir

ilişki bulunmuştur. Son bir yılda psikiyatrik hizmetlerden yararlanma oranı en düşük Nijerya'da (% 1.6), en yüksek ABD'de 8% 17.9) olarak görülse de, genel olarak hizmetlerden yararlanma oranı oldukça düşüktür denilebilmektedir. Erkek olma, evli olma, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi tedavinin yararlanmanın düşük düzeyde olmasıyla ilişkili bulunmuştur (Doğan, 2011, s. 200).

2004 yılına ait verilerde dünyada görülen 844,000 kendi kendini yaralama girişimi sonucu hayatını kaybedenlerin sayısı dünyada görülen toplam ölümlerin % 1,4'ünü oluşturmaktadır. Bu rakam, savaş, kendini savunma, şiddet gibi kasten yaralanma olayları arasında görülmekte ve bunların toplamı 1,642,000 ölüm olarak (toplam ölüm oranının %2.8'ini oluşturmaktadır) karşımıza çıkmaktadır.

DSÖ (2002) verilerine göre, 1950 ve 2000 yılları arasında intihar vakalarının yaş gruplarına göre değişimleri görülebilmektedir. 1950 yılında 11 ülkeden elde edilen verilere göre intihar vakalarının % 40'ı, 5- 44 yaş grubunda iken, % 60'ı 45 yaş ve üzeri grupta yer almaktadır. 2000 yılında 47 ülkeden elde edilen verilerle ulaşılan sonuçlara göre intihar vakalarının % 55'i 5- 44 yaş, % 45'i 45 yaş ve üzeri grupta görülmektedir. Buradan da görülebildiği gibi, intihar etmeyi tercih eden grubun yaş ortalamasındaki düşüş ve dolayısıyla çocuk ve adölesan intiharlarındaki artış eğilimi, ekonomiye aktif olarak katkıda bulunan kesim olan genç gruptaki intihar oranlarının artışı dikkat çekmektedir. Yine, DSÖ 2003 verileri kapsamında, İngiltere'de 1997 fiyatlarına göre, ruhsal hastalıkların toplam maliyeti 32 milyon sterlin olarak belirlenmiş ve bunun %45'i işgücü kaybından dolayı olduğu ifade edilmiştir.

Solin ve Letho (2011, s. 256), literatürde ruh sağlığı politika sürecinde kanıta dayalı tıp yaklaşımının ele alınarak değerlendirilmesi konusunda belli engellerin ve zorlukların olduğunu belirtmiş ve bunları şu şekilde sıralamışlardır; öncelikle çoğu politika yapıcının terminolojiye, kavramlara ya da ruh sağlığı alanı ile ilgili süreçlere hakim olmadığını ve bu konuda belli açıklamalara ihtiyaç duyduklarını vurgulamışlardır. İkincisi, politika yapıcıların, sağlık politikası yönetimi konusunda aldıkları risklerin bilim adamları tarafından küçümsendiğini düşündüklerini ifade etmişlerdir. Üçüncüsü, elde edilen kanıtlar ya politika yapıcılara ulaşmamakta ya da politika yapıcılar ruh sağlığının uygun kanıtı üretemeyeceğini düşünebilmekte ve bu nedenle bu yaklaşımın faydasız olduğunu söylemektedirler. Dördüncüsü, politika yapıcılar ruh sağlığını

sağlığın bir parçası olarak görmek yerine, diğer sağlık konularına rakip olarak görmektedirler. Son olarak ise, karar vericiler değişimleri ve olağanüstü durumları etkileme eğiliminde bulunmakta ve ruh sağlığının böyle durumları nadiren ürettiğini tartışmaktadırlar.

Dünya sağlık örgütü, ülkeleri ruh sağlığı politika ve planlarını geliştirmeleri, ruhsal sorunları önlemeleri, ruh sağlığı bakımı ve tedavisini arttırmaları için desteklemekte ve bunun için ruh sağlığının gelişim hızını etkileyecek anahtar konuları belirleyerek ülkelere sağlık politikalarında yol gösterici olmuştur. 12 temel alan şu şekilde sıralanmaktadır;

- Herkesin ruhsal iyiliğini sağlama,
- Ruh sağlığının merkezi yapısını gösterme,
- Ayrımcılıkla mücadele,
- Hizmetlerin sunumunda hayat standardı düşük olanlara hassas davranma,
- Ruh sağlığı problemlerini ve intiharı önleme,
- Ruh sağlığı problemleri için iyi temel bakım hizmetlerini ulaşımı kolaylaştırma,
- Çeşitli ruh sağlığı problemleri olan kişiler için topluma dayalı servislerde etkili bakım önerme,
- Sektörler arasında koordinasyon kurma,
- Yeterli ve donanımlı insan kaynağı yaratma,
- İyi bir ruh sağlığı bilgi sistemi oluşturma,
- Adaletli ve uygun finansmanı sağlama,
- Etkiliği değerlendirme ve yeni kanıt oluşturma.

DSÖ tarafından önemle vurgulanan, yapısı ve içeriği bakımından çağdaş tıp ve yönetim bilimine uygun olarak geliştirilmesi gereken ruh sağlığı politikaları dünya genelinde 2005 yılından sonra gelişmeye başlamıştır. 2000 yılı öncesi dünyada ülkelerin sadece %9'u belli bir ruh sağlığı politikasına sahipken, 2005 yılından sonra ülkelerin %76'sı ruh sağlığı politikalarını şekillendirmeye başlamıştır (Mental Health Atlas, 2011).

### 2.2.2. Ruh Sağlığı Sorunları ve Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler

Psikiyatrik rahatsızlıkların rehabilitasyonu noktasında sadece hastalığın değil bireyin bütünüyle ele alınarak, sağlığa yönelik holistik (bütüncül) bir yaklaşımla değerlendirilmelidir (Aksaray vd., 1999, s. 57) .

Ruhsal hastalıklar için risk faktörleri biyolojik, psikolojik, çevresel ve sosyal etmenlere bağlı olarak ortaya çıkabilmektedir. Psikiyatrik rahatsızlıklar açısından bakıldığında da alzheimer ve şizofreni gibi hastalıklarda ise genetik yatkınlık önemli bir faktör olarak incelenmektedir. Ayrıca, İş ortamında ve makro anlamda iş dünyasındaki gelişmelerin sosyal politikalara ve sağlık politikalarına olan etkisi göz önünde bulundurularak toplum sağlığındaki dönüşüm süreci gözlenebilmektedir (Kuşcu, 2006, s. 6). Kişisel faktörlerle toplumsal faktörler arasındaki uyumsuzluk durumlarında (Kuşcu, 2006, s. 8), Durkheim’ın belirttiği sosyal patolojiden yani işlevsizlikten bahsedilebilmektedir. Yoksulluk antisosyal davranışlara yol açan başka bir risk faktörü olarak sayılsa da bu faktörün her zaman bu şekilde sonuçlanamayabileceği de vurgulanmaktadır (Aksaray vd., 1999, s. 55). Gelirin artması yoksulluk durumunda yaşam için mutluluğu arttırsa da, zenginlik belli seviyeye ulaştığında bu ilişki bozulacaktır (Shaw & Taplin, 2007, s. 360). Dolayısıyla, Layard artan zenginliğin mutluluğun üzerinde bir etkisi olmadığını vurgulamıştır (Shaw & Taplin, 2007, s. 360).

*“Birey gereksinimlerinin tam ve acısız doyumunun olanaksızlığının yaralayıcı kavrayışına varır ve bu düş kırıklığı deneyiminden sonra, yeni bir ansal işleyiş ilkesi üstünlük kazanır. Olgusallık ilkesi haz ilkesinin yerine geçer. Hazdan olgusallığa geçiş vardır” (Marcuse, 1998, s. 32).*

İsveç’te görülen yüksek intihar oranları bu duruma örnek olarak verilebilmektedir.

Ruhsal sorunlar, bir yandan uzun süreli ve yoğun bir bakım gerektirmeleri nedeniyle sağlıkta maliyeti artırırken, diğer yandan bu sorunlara sahip bireylerin toplumda ötekileştirilmesi, damgalanması ve toplumdan dışlanması dolayısıyla sosyal ve ekonomik olumsuzluklara yol açabilmektedir. Bu açıdan, ruh sağlığı sadece semptomlar temelinde düşülmemesi gereken, bütüncül bir bakış açısıyla diğer belirleyici faktörler ve fizyolojik hastalık gruplarıyla birlikte göz önünde bulundurularak değerlendirilmesi gereken bir sağlık alanı olarak ifade edilebilmektedir. Ruhsal sorunlara sahip bireylerin

genel olarak toplumlarda, garip, korkutucu ve tehlikeli olarak etiketlenmesinin önüne geçilmesi bu sorunların iyileştirilmesine katkıda bulunabilecektir (Bostancı, 2005, s. 33).

Ruhsal sorunlar için sabit risk faktörü olarak nitelendirilen ve risk faktörleri arasında toplumlarda ve bireylerde genel olarak görülen değişme göstermeyen faktörler bireyin genetik yapısı, yaşı, ırkı, cinsiyeti gibi yönlendirilemeyen faktörleri temsil ederken, değişken risk faktörü ise psikoterapi ya da ilaçla tedavi edilen depresyon gibi spontan olarak ya da müdahale ile değişebilen risk faktörlerini ifade etmektedir (Berman vd., 2006), s. 14).

Yoksulluk, savaş, adaletsizlik ruhsal hastalıkların başlıca sosyal, çevresel ve ekonomik belirleyicileri; cinsel istismar, hamilelik/çocukluk döneminde yaşanan ebeveyn ruhsal sorunları gibi özellikle sonraki nesillerde depresyon ve anksiyete bozukluğuna yol açabilen biyolojik, duygusal, bilişsel, davranışsal, kişilerarası ya da aile yapısıyla ilişkili belirleyiciler ruhsal sorunlar için risk etmenlerini oluşturmaktadır (Gültekin, 2010, s. 588). Ayrıca, Kararımak (2006) tarafından da yoksulluk, cinsel taciz, doğal afet gibi durumların yanında ebeveynlerdeki psikopatolojik durum ya da hastalıklar, genetik bozukluk, boşanma ve terör risk faktörleri arasında sayılmaktadır.

<b>Risk Faktörleri</b>	<b>Önleyici Faktörler</b>
Uyuşturucuya ve Alkole Erişim	Güçlendirme
Yer Değiştirme	Etnik Azınlıklarla Bütünleşme
Dışlanma ve Yalnızlık	Olumlu Kişilerarası İletişim
Eğitim, Ulaşım ve Barınma Eksikliği	Sosyal Katılım
Komşuluk İlişkilerinin Zayıf Olması	Sosyal Sorumluluk ve Hoşgörü
Duygusal Reddedilme	Sosyal Hizmetler
Zayıf Sosyal Koşullar	Sosyal Destek ve Toplum Bağları
Yoksulluk	
İrk Ayrımcılığı	
Sosyal Dezavantaj	
Kentleşme	
Şiddet ve İstismar	
Savaş	
İş Stresi	
<b>İşsizlik</b>	

**Şekil 2:** Ruh Sağlığının Sosyal, Çevresel ve Ekonomik Belirleyicileri

Kaynak: WHO, Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options, Özet Rapor.

Ruh sağlığı ile ilgili sorunlar toplumda sık görülebildiğinden, yeti kaybına neden olabildiğinden ve ekonomik kayıplara yol açabildiğinden dolayı önemli bir nokta olarak karşımıza çıkmaktadır (Ocaktan vd., 2004, s. 63). Çalışmalar, ruhsal hastalıkların işe devamsızlık, erken ölüm gibi sonuçların toplam maliyeti arttırdığını göstermektedir. Ayrıca, işsizlik ve ekonomik olarak pasif olmak (işsiz olma ya da iş aramama durumu) ruh sağlığı problemlerinin gelişmesi riskinin artmasıyla ilişkili olmaktadır (Shaw & Taplin, 2007, s. 362). Ruhsal bir hastalık fiziksel bir rahatsızlıkla ya da başka bir ruhsal hastalıkla aynı anda görülebilmektedir (Ocaktan vd., 2004, s. 64). İşsizlik, stres, cinsiyet farkı gibi sosyo- demografik faktörler kadın ve erkeğin ruhsal sağlıklarını etkileyici bir rol oynamaktadır. Dökmen'e (2003) göre, cinsiyet rollerinin ruhsal hastalıklarla ilişkisi şu şekilde açıklanabilmektedir; 'Erkeksilik, depresyon üzerinde koruyucu etki yaparken, antisosyal davranış ve madde kullanımı üzerinde risk faktörü olmaktadır. Kadınsılık ise antisosyal davranış ve madde kullanımı ile ilgili olarak koruyucu etki yapmaktadır.' (Dökmen, 2003, s. 114).

Türkiye'de ruh sağlığı sorunlarının gerçek prevalansının bilinmemesi, risk etmenlerinin yeterince incelenmemesi ve bu konuda koruyucu önlemlerin alınmaması, sektörler ve disiplinler arası koordinasyonun ve iletişimin sağlanamaması, hizmet sunumu yapan

kuruluşlarda nitelik ve personel sayısı ve donanım bakımından yetersizlik yaşanması, toplumun ruh sağlığı hizmetlerine yeterli ilgiyi göstermemesi, toplumun her kesimine yeterli ruh sağlığı hizmetinin sunulamaması ve ruh sağlığının korunması noktasında yeterli eğitim hizmetlerinin sunulamaması Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmeti şeklinde sunumu konusunda yaşanan sorunlar arasında sayılabilmektedir (Ocaktan vd., 2004, s. 69).

Toplumlarda depresyon ve diğer ruhsal rahatsızlıkların sosyal algısı bakımından değerlendirilmesi açık olmamakta ve ruhsal rahatsızlıkların fiziksel hastalıklar kadar belirgin bir yapısının olmamasından dolayı teşhis edilememesi ve belirtilerin incelenerek bu hastalıkların ‘hastalık’ olarak seslendirilmesi, ruhsal rahatsızlığı bulunan kişilerin saldırganlık gibi topluma ve çevresine zarar verici olmadığı takdirde mümkün olmamaktadır (Sayar, 2008). Bu noktadan yola çıkarak, Sayar (2008), İsveç ve Macaristan’da yapılan çalışmalardan örnek vererek depresyon hakkında halkın bilgilendirilmesiyle ve bu hastalığın erken tanı ve tedavisinin gerçekleştirilmesiyle intihar vakalarının engellenebildiğini vurgulamıştır.

Toplumda stigma (damgalanma) ise ruhsal rahatsızlıkları bulunan kişilerin parya olarak adlandırılması şeklinde görülmektedir. Ayrıca, sosyal izolasyon ruhsal rahatsızlıkların bir sonucu olabilmekte ancak onunla eş anlamlı olarak ifade edilmemektedir. Toplum odaklı yaklaşıma uygun olarak, böyle ayrımların daha fazla yapılması, tıbbi bir modeli kullanarak sağlık hizmetlerinin müdahalesini gerektiren bu belirtilerin kamuya açıklanmasını mümkün kılmaktadır (Shaw & Taplin, 2007, s. 365). Ruh sağlığının kendisi bazı zamanlar ruhsal rahatsızlığı bulunan kişinin şiddet eylemleri gibi dramatik olayları yaşamakta ve kamuoyu bu duruma çok çabuk geri dönüt verebilmektedir (Solin & Letho, 2011, s. 259). Bu noktada kitle iletişim araçlarının etkisi tartışılır bir yapı kazanmaktadır.

1940’lı yılların sonlarında ruhsal hastalıklara yönelik toplumsal inanç ve tutumları üzerine yapılan çalışmalar, toplumda hem olumlu hem de olumsuz bakış açılarının mevcut olduğunu vurgulamış ve özellikle olumsuz inançlar hasta bireyi toplumdan uzaklaştırarak uyum sağlamasında engeller oluşturabildiği vurgulanmıştır. Rosentock tarafından 1950 yılında geliştirilen Sağlık İnanç Modeli bireyin sağlığına yönelik bir tehdit algıladığında ve bunu önleyici olarak bir şey yapıp fayda elde ettiğinde birey

tarafından koruyucu sağlık davranışının ortaya çıktığını öne sürmektedir. Sağduyu ve arkadaşları (2003) tarafından bu model ele alınarak yapılan araştırmada şizofreniyi ele almış ve örneğin, hastanın çevresindeki bireylerin bu hastalığa Allah'ın verdiği bir ceza olarak bakması, hastayı hastalığın tedavisinde tıbbi yöntemlerden çok geleneksel yöntemlere yönlendirebilmektedir (Çam & Bilge, 2007, s. 216-218).

### **2.2.3. Çocuk ve Adölesan Ruh Sağlığına ve İntihar Vakalarına Genel Bakış**

Gencin içinde yaşadığı mutsuzluk, umutsuzluk, yalnızlık, izolasyon, dikkat çekme arzusu, kimlik bunalımı, stres, arkadaş gruplarının etkisi, içinde buldukları sosyo-ekonomik şartlar gençte ruhsal bunalımları tetikleyebilmektedir (Burcu, 2001, s. 17). Aile içi sorunlardan (Gönener vd., 2006, s. 36) kaynaklanan huzursuzluk durumlarından bir kaçış yolu olarak psikiyatri klinikleri özellikle gençler tarafından tercih edilebilmekte ve ailelerinin yanında yaşamak yerine klinikte yaşamayı kendileri istemektedirler (Özden, 2008). Adelman ve Taylor (2006) ve Atkins vd.'nin (2003) ifade ettiğine göre, Amerika çocuk ruh sağlığı sağlık dairesi başkanlığı raporunda her 5 çocuk ve adölesandan 1'i ruhsal sorun teşhisine elverişli duygusal ya da davranışsal problemlere sahip olmakta ve teşhis edilebilen bu hastalıklarla birlikte psiko- sosyal problemler yoksullukla ilişkili olarak zorlu yaşam koşullarının bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır (Brener vd., 2007, s. 487).

Sayar, genç hastaların tedavi süreçlerinde farmakolojik müdahalelerin yanında psikoterapötik (görüşmeler, derinlemesine konuşmalar vb.) yöntemlerin de hastalara yardımcı olduğunun üzerinde durmaktadır (Özden, 2008). Sayar, depresyonun özellikle gençlerin aile içinde yaşadıkları huzursuzluklara, olumsuzluklara ve olumsuz hayat şartlarına bir tepki olarak ortaya çıktığını vurgulamakta ve çocuk yaşta çalışmaya başlamalarından dolayı katlanmak durumunda kaldıkları çalışma şartları nedeniyle içine düştükleri umutsuzluk durumunun depresyona sebep olduğunu ve intihara kadar gidebildiğini ifade etmektedir (Özden, 2008).

Türkiye'de ruh sağlığı politikasının temel hedeflerinden ilki çocuk ve ergenlerin içinde yüksek risk taşıyan grupların belirlenmesi olarak ifade edilmekte ve bu açıdan engelli olanların, kurum bakımı altında olan ya da alınması gereken çocuk ve ergenlerin, sokakta çalışan ya da yaşayan, alkol- madde bağımlısı olan, ailesinde ruhsal sorun yaşayan fertler olan ya da kendisi ruhsal problemler yaşayan ve buna bağlı olarak



intihar eğilimi olan, ekonomik sıkıntı içinde olan ve istismar yaşayan çocuk ve ergenlerin belirlenerek sorunlarını gidermeye ve yaşadıkları sıkıntılara bağlı olarak ortaya çıkabilen ruhsal rahatsızlıkları iyileştirmek için faaliyetlerde bulunulmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Diğer hedefler ise çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında eğitim, çalışan sayısı, verilen hizmetlerin kapasitelerinin ve toplumda bu sorunlara yönelik farkındalığın artırılması olarak belirtilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası).

## **2.3. RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİ VE SAĞLIK YÖNETİMİ**

### **2.3.1. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Örgütlenmesi**

Örgütsel açıdan toplum için risk oluşturacak faktörlerin yönetimi belli önceliklerin takip edilmesine ihtiyaç duymaktadır. Bunlar şu şekilde özetlenmektedir (Lewis, 2004, s. 41-42);

- Bakım planı yaklaşımı gereği, ruh sağlığı servisine başvuran hastalarla tarihlerine göre iletişime geçilmesi,
- Kasten kendine zarar veren ve bu nedenle hastaneye başvuran hastaların tedaviden olumlu geri dönüt alıp almadıkları konusunda hekimleri uyarıcı önlemlerin alınması,
- Ruh sağlığı teşhislerinin, özellikle depresif hastalıkları, kaydedildiği arşivleme ya da elektronik sistemlerin uygulanması,
- Fiziksel hastalıklarda olduğu gibi, özellikle depresyon ve kendine zarar verme gibi ruhsal hastalıkların teşhislerinin ve özetlerinin kayıt altına alınarak, daha sonra incelenebilmesinin sağlanması,
- Ruh sağlığı çalışanları ile temel bakım çalışanlarının birbirlerini algılayan riskler konusunda uyarabilecekleri ve bu durumları uygun şekilde kaydedebilecekleri kesin bir yöntemin bulunması,
- Özellikle yüksek riskli olan ilaçlar ile tüm ilaçların doğru kaydedildiği ve etkilerinin gözlemlendiği bir sistemin bulunması.

Dünya Sağlık Örgütü, ülkelere ruh sağlığı hizmetlerini nasıl organize edecekleri konusunda örnek oluşturması açısından optimal hizmet birleşimi piramidini geliştirmiştir.

DSÖ (2007) tarafından ‘Ruh Sağlığı Hizmetleri Organizasyon Pramidi’nde belirtildiğine göre, ruh sağlığı bakımının çoğunluğu kişisel bakım ya da ruh sağlığı hizmetlerinin informal etkisiyle sağlanabilmektedir. İnfomal toplum bakımına örnek olarak, dini organizasyonlar, okullardaki eğitim verilebilmektedir. Daha sonra, temel bakım hizmetlerini özel toplumsal ruh sağlığı hizmetleri ve genel hastanelerdeki psikiyatrik hizmetler izlemekte ve son aşamada ise özel ve uzun süreli yatış gerektiren ruh sağlığı hizmetleri görülmektedir. Kişilerin kendi sağlık bakımlarını sağlayabilmeleri için gerekli konularda gerekli kurumlar tarafından bilgilendirilmeleri ve bu gerekli bilgilerin herkesin ulaşımına açık hale getirilmesi gerekmektedir. İnfomal ruh sağlığı hizmetleri sağlık politikası kapsamında yer almayan, ancak toplumda etkisi görülen hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Temel sağlık hizmetlerinin ruh sağlığı hizmetleriyle birleştirilmesi, ruh sağlığı problemlerinin tanımlanması, hastalara sunulan hizmetlerin yönetimi, ruh sağlığını koruyucu ve sorunları önleyici hizmetlerin sunumu konusunda esnek hareketlilik sağlamak ve işlerin organizasyonunu kolaylaştırmaktadır. Genel hastanelerde ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesi toplum sağlığı açısından önemli nokta olsa da, bu hastanelerde verilen hizmetlerin sınırlılıkları unutulmamalıdır. Bu konuya örnek olarak, ruh sağlığı problemi olan hastaların bu hastanelerde tedavi almalarına rağmen iyileşme gösterememeleri ya da bu hastanelere ulaşımın nispeten zor ve pahalı olması, ruh sağlığı hastalarının uzun süreli tedavi alma durumlarının sağlık kurumları açısından yarattığı maliyet yükü verilebilmektedir.

Ayrıca, temel sağlık hizmetleri boyutunda ruh sağlığı hizmetlerinin sunulması pek çok avantajı bünyesinde barındırmaktadır. Bunlar şu şekilde ifade edilebilmektedir;

1. Ruh sağlığı hastalığı olan kişilere ve ailelerine karşı olan önyargının azalması; ruh sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri boyutunda sunulması, bu hizmetlerin daha fazla kabul edilebilir ve bununla ilişkili olarak kullanıcılar ve aileleri tarafından ulaşılabilir olmasını sağlamaktadır.
2. Hizmetlere ulaşımın geliştirilmesi; Ruh sağlığı ile ilgili önlemleri ve ruhsal hastalıklara olan farkındalığın artırılması ve insanların ruhsal hastalıkların tedavisine ulaşımının efektif olarak sağlanması önem kazanmaktadır. İnsanların ihtiyaçları olan ruh sağlığı hizmetlerini kullanabilmeleri için ulaşımın sağlanmasında fiziksel, finansal ve duygusal olarak üç boyut ortaya çıkmaktadır. İnsanların ruh sağlığı hizmetlerini kolay bir şekilde alabilmeleri temel olarak en yakın sağlık kurumlarında bu hizmetlerin

sunulmasını gerekli kılmakta ve bu da fiziksel ulaşımı ifade etmektedir. Aynı zamanda, kişilerin bu hizmetleri alırken sigorta kapsamına alınarak finansal olarak erişim engellerinin ortadan kaldırılması ve önyargıyı azaltarak daha iyi bir iletişimin sağlanmasıyla duygusal engellerin yok edilmesi de ruh sağlığı hizmetlerine ulaşımın kolaylaştırılmasına işaret etmektedir.

3. Kronikleşmeyi önleyerek sosyal bütünlüğü ve daha iyi bir toplum sağlığın elde edilmesi
4. İnsan haklarını koruma; toplumda ruh sağlığı hizmetlerine ve problemlerine karşı olan önyargının ortadan kaldırılarak, temel sağlık hizmetleri kapsamında bu hizmetlerin sunulması insan haklarına uygun olarak ilişkilendirilmektedir.
5. Temel sağlık hizmetlerinde tedavi alan insanların daha iyi sağlık çıktılarına sahip olmaları
6. Ruh sağlığı için insan kaynağı kapasitesinin geliştirilmesi

Ruh sağlığı hizmetlerine yönelik tek bir model yerine ülkelerin kendi sosyo- ekonomik koşulları göz önünde bulundurularak oluşturulan modellerin de söz konusu olduğu unutulmamalı ve hizmetlerin organizasyonu noktasında asıl merkeze alınması gereken konuların ulaşılabilirlik, koordine edilmiş hizmetler, süreklilik, etkinlik, insan haklarına saygı ve hakkaniyet olduğu dikkate alınmalıdır.

Türkiye'deki ruh sağlığı hizmetlerinin organizasyonuna bakılacak olursa, genel olarak sağlık hizmetlerinde aşırı merkezîyetçi ve yetkiler bağlamında üst seviyelere bağlı bir yönetim ve organizasyon yapısı karşımıza çıkmaktadır. Ruh Sağlığı Politikası Raporunda geçtiği üzere Sağlık Bakanlığının zamanının önemli bir kısmı personel istihdamı ve tayini ile geçmekte ve aynı zamanda üst düzey yöneticiler arasında sağlık yönetimi eğitimi almış yöneticilerin varlığı az olarak görülmektedir.

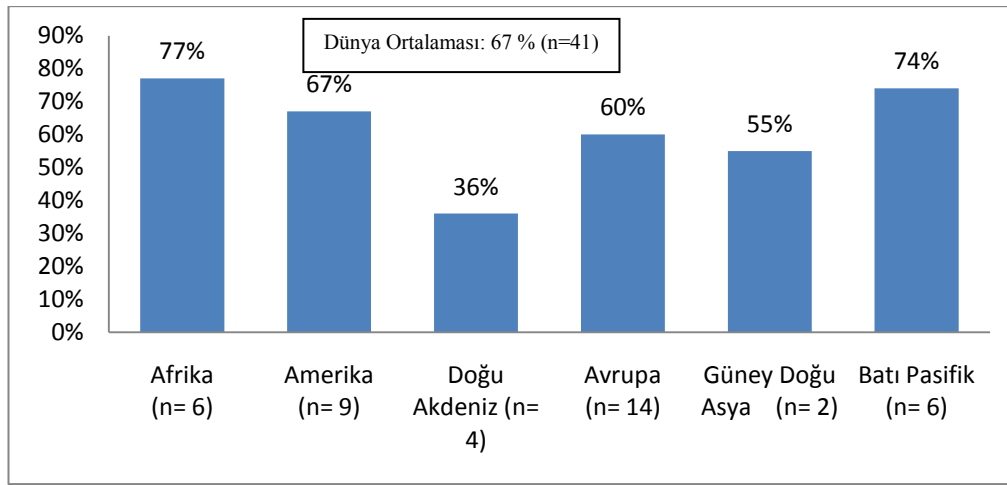
Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısına göre Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde 1984 yılında Ruh Sağlığı Daire Başkanlığı kurulmuş ve buraya bağlı 'Koruyucu Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü', 'Madde Bağımlılığı Şube Müdürlüğü', 'Kronik Ruhsal Bozukluklar Şube Müdürlüğü' ve 'Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Şube Müdürlüğü' olmak üzere dört şube oluşturulmuştur. Bu yapılanma Kasım 2011'de 28103 sayılı Resmi Gazete'de yayımlandığı üzere değişime uğramış ve 'Ruh Sağlığı Programları Daire Başkanlığı' ismiyle 'Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve

Kanser' biriminin altında 'Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlanmıştır. Ayrıca, 'Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı 'Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı' altında olan 'Psiko- Sosyal Destek' birimi de afet dönemlerinde toplumun ruhsal sorunlarını aza indirmek için yapılacakların etkinliği konusunda önemli bir rol üstlenebilmektedir.

Sağlık Bakanlığının ruh sağlığı hizmetlerinin organizasyonuna yönelik hedefleri arasında, ruh sağlığı hizmetlerine tam olarak ulaşımın sağlanabilmesi ve bu yönde ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetlerine tümüyle bütünleştirilmesi, birinci basamakta sunumun gerçekleştirilmesi, koruyucu ruh sağlığı hizmetlerine önem verilerek SHÇEK (Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu), belediyeler, okullar, üniversiteler Rehberlik Araştırma Merkezleri gibi kurumlar tarafından bu tür hizmetlerinin sunumunun da desteklenmesi, var olan psikiyatri hastanelerinin yatak sayısı 500'ü geçmeyecek şekilde yeniden organize edilmesi gibi konular ön plana çıkmaktadır. Ayrıca, Ruh Sağlığı Daire Başkanlığının bir Genel Müdürlüğe dönüştürülerek risk gruplarının belirlenmesi ve bu gruplara yönelik çalışmaların yapılması, ruh sağlığına yönelik ülkedeki genel ihtiyaçların sürekli takibinin sağlanması ve bunların 'Yerel Ruh Sağlığı Kurulları' kurularak değerlendirilmesinin sağlanması, 'Ulusal Ruh Sağlığı Veri Tabanının' oluşturulması, sunulan ruh sağlığı hizmetlerinin merkeziyetçilikten çıkarılıp yerelleştirilmesi, kronik hastaların uzun süreli tedavilerinin rahatlıkla yapılabilmesi için gündüz hastanesi, bakımevleri gibi küçük rehabilitasyon merkezlerinin, bölge hastanelerinde bulunan Adli Psikiyatri Kliniklerinin iyileştirilip, geliştirilmesinin sağlanması, ruh sağlığı hizmet sunumunda multidisipliner çalışmanın sağlanması gibi konular da hedefler arasında yer almaktadır. Bunlardan ayrı olarak 2007 yılında kurulan üniversite ve eğitim hastanelerinden ruh sağlığı profesyonelleri ve ruh sağlığı alanında çalışan dernek temsilcilerinden oluşan 'Ruh Sağlığı Yürütme Kurulu' ile oluşturulan eylem planında ruh sağlığı alanında yatak sayısının artırılması, çalışan sayısının artırılması, mevzuat çalışmalarının yapılması, hizmet kalitesinin artırılması ve koruyucu ruh sağlığının geliştirilmesi gibi önemli konuların üzerinde durulmuştur (Türkiye Ruh Sağlığı Politikası).

### 2.3.2. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Finansmanı

Genel olarak bakıldığında, dünyada ülkelerin gelir seviyeleri, sağlık için ayırmış oldukları pay ve bu ayrılan paydan ne kadarının ruh sağlığı hizmetlerine ve harcamalarına yönlendirildiği konusu finansmanın genel yapısını oluşturmaktadır. Bu anlamda, DSÖ Ruh Sağlığı Atlası'ndan alınan (2011) aşağıdaki şekilde de görülebileceği gibi bütün ruh sağlığı harcamaları içinde ne kadarının hastaneler için ayrıldığı önemli noktayı temsil etmektedir.



**Şekil 3.** Ruh Sağlığı Hastanelerine Ait Harcamaların Bütün Ruh Sağlığı Harcamaları İçerisindeki Oranı

Kaynak: DSÖ, Mental Health Atlas (2011).

Euro bölgesinde değerlendirilen Türkiye'yi gözeterek genel anlamda bakıldığında, ruh sağlığı harcamalarının % 60'ını ruh sağlığı hastanelerine ayrıldığı görülebilmektedir.

Genel olarak ilaç harcamalarına bakıldığında ise, dünyada ruhsal ve davranışsal bozukluğu olan her 100.000 nüfusa en fazla harcama yapılan ilaç grubu antidepresanlar ve antipsikotikler olarak ifade edilmektedir (DSÖ, Mental Health Atlas 2011, s. 65). Yine, dünya genelinde, 2011 yılı itibariyle kişi başına düşen ruh sağlığı harcamaları 1.63 \$ olarak ifade edilmekte, genel sağlık bütçesinden ruh sağlığı için ayrılan payın dünya ortalaması ise %2.82 olarak belirtilmektedir (DSÖ, Mental Health Atlas 2011).

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan ayrı bir bütçe bulunmamakta ve bu hizmetlerin bedeli, sosyal sigorta, özel sigorta, vergiler ya da kişilerin kendi ceplerinden

yaptıkları harcamalar vasıtasıyla karşılanmaktadır. Genel olarak sağlık hizmetlerinin finansmanının % 41'i vergilerden, % 31'i sigorta primlerinden, % 28'i ise cepten ödemelerle sağlandığı görülmektedir. Uluslar arası Çalışma Örgütü'nün 2000 yılındaki raporunda belirttiğine göre, AB ülkelerinde yurtiçi hasılanın % 3-4'ü ruh sağlığı hizmetlerine harcanmaktadır.

Ruh sağlığı ile ilgili ilaçlar bakımından ise Türkiye'de önemli ölçüde yurtdışına bağımlılık görülmekte ve ruh sağlığında özel teşebbüs oranının düşüklüğü dikkat çekmektedir. Buna göre, Dünya Bankası genel anlamda Türkiye'de sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund- Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu), ILO (International Labour Organization- Uluslar arası Çalışma Örgütü) vb. örgütler gibi çeşitli konularda yol gösterici olmakta ve finansal açıdan destek sağlamaktadır. Sağlık Bakanlığının ruh sağlığının finansmanına yönelik hedefleri arasında bu hizmetler için kaynak tabanının belirlenmesi, toplanan fonların ruhsal hastalıklar arasında nasıl paylaşılacağına belirlenmesi gibi temel ve önemli konular yer almaktadır.

Bunların dışında, özellikle kronikleşmiş ruhsal hastalıkların iyi bir şekilde yönetilmesi ve bu açıdan maliyet- etkililik çalışmalarından yararlanarak bireylerin sağlık durumlarıyla ilgili önceliklerin belirlenmesi önem taşımaktadır (İmamecioğlu vd., 2004, s. 22).

### **2.3.3. Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu**

Dünyada ruh sağlığı alanındaki hizmet modelleri 3'e ayrılmaktadır. 'Hastane Temelli Model' 1800'lü yıllardan 1960'lı yıllara kadar yaygın olarak kullanılmış bir model olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu dönemde kurulan psikiyatri hastanelerinin çok büyük yapılar oldukları, şehir dışında kuruldukları, hijyen koşullarının iyi olmadığı ve hasta haklarının ihlal edildiği görülmektedir. Bir diğer model olan 'Toplum Temelli Model' 1960'lardan sonra yaygınlaşmaya başlamış ve bu model ağır ruhsal bozukluğu olan ve hastanede uzun süre yatırılan hastalara yönelik olarak hayata geçirilmiş ve ayrıca ruhsal sorunların engellenmesine yönelik önlemlerin alınması amaçlanmıştır. Bu modelde, ülkenin 100-300 bin nüfustan oluşan coğrafi alanlara bölünmesi ve buralarda toplum ruh sağlığı merkezlerinin kurulması söz konusu olmaktadır. Bu modelin finansal ve

yönetmelik olarak pek çok faydasından bahsedilebilmektedir. Örneğin, Bauer ve diğerleri (2001) tarafından belirtildiğine göre, toplum temelli yaklaşımın yaygınlaşmaya başladığı yıllarda Almanya'daki hastanelerde yatak sayılarının % 50 azaltılması dikkat çekmektedir (Ulaş, 2008a). Son model olan 'Toplum- Hastane Modeli'nde ise karma bir yapılanma görülmektedir. Türkiye'deki mevcut durum düşünüldüğünde karma modelin hakim olduğu, ancak son dönemdeki gelişmeler göz önünde bulundurulduğunda ise Toplum Temelli Model'e doğru bir eğilim olduğu görülmektedir. Son değişimlerle birlikte ülkemiz bu model kapsamında 29 sağlık bölgesine ayrılmıştır.

Ruh sağlığı hizmetleri temel olarak 3 başlık altında incelenebilmektedir. Bunlardan ilki poliklinik, yataklı tedavi hizmetleri gibi hizmetlerin verildiği bakım evleri ya da korumalı evler gibi ortamları kapsayan psikiyatri hastalarına verilen hizmetler; ikincisi hasta olmayan kişilere verilen ruh sağlığı alanıyla ilgili hizmetler olarak ifade edilmekte ve bu hizmetlere örnek olarak şiddete uğramış kadınlara yönelik verilen hizmetler, çocuğun ruhsal gelişimi ve ebeveynlikle ilgili hizmetler, sürücü davranışını geliştirmeye yönelik hizmetler vb. verilebilmektedir. Üçüncüsü ise ruh sağlığı alanıyla ilgili genel veya kurumsal faaliyetler altında yer alan hizmetler olarak adlandırılan adli tıp, denetimli serbestlik, medya ve internetin etkileri vb. hizmetler olarak ifade edilebilmektedir.

Ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu noktasında beş müdahale modeli karşımıza çıkmaktadır.

#### \* İlaç ve Tedavi Temelli Yaklaşımlar

Bu yaklaşımlar sorunların tanımlanması ve iyileştirilmesi noktasına odaklanmakta ve bugün verilen tıp eğitiminin temelinde de bu görüş bulunmaktadır. Ancak ruhsal sorunların özellikle kronik sorunların varlığında bu yaklaşımların bazı noktalarda çözümsüz kaldığı görülebilmektedir.

#### \* Beceri Temelli Yaklaşımlar

Bu yaklaşımların temelini ise kişilere yönelik sosyal ilişkilerini güçlendirebilecekleri becerilerin kazandırılması ya da geliştirilmesi oluşturmaktadır. Ancak, bu yaklaşımların

eğitim ve gerçek hayatta uygulanması ve adaptasyonun sağlanması noktasında uyumsuzluklar ve sorunlar bulunmaktadır.

\* İhtiyaç Temelli Yaklaşımlar

Bu noktada ruhsal sorunları olan kişilerin ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin sunulması ve hem tedavi hizmetlerinin hem de topluma uyumlarını sağlayacak yardımların bütünleşik halde görüldüğü bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak, burada ise sorunların tanımlanması ya da nasıl bir tanım içine yerleştirildiğinde sağlık profesyonellerinin niteliklerinin görülmesi ve belli bir standardizasyonun sağlanmaması başlıca sorunu işaret etmektedir.

\* Sosyal Yeti Yitimi ve Erişim Modeli Yaklaşımı

Ruhsal sorunları olan kişilerin yaşadığı duygusal, davranışsal ve bilişsel sorunların giderilmesi, kişilerin sorunlarla başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi ve bu nedenlerden dolayı toplumda damgalanmalarının önlenmesi amacıyla kişinin yaşadığı bu sosyal dezavantajları yok edecek faaliyetler bu yaklaşım çerçevesinde sınıflandırılmaktadır.

\* Afetlerde Ruh Sağlığı ve Travmaya Sosyal Yaklaşımlar

Bu yaklaşımların odak noktası ise afetler gibi acil durumlarda ya da engellilik ya da başka durumların getirdiği travmalara yönelik olarak stratejilerin hazırlanması ve uygulamaya konulması şeklinde ifade edilebilmektedir.

Ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu noktasında önemli bir yeri olan toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri, ruhsal sorunlara olan kişilere hastalıkları ile kendilerinin başa çıkabilecekleri ve önleyebilecekleri noktada yardım sunmaktadır. Bu nleme noktasında  düzey karşımıza çıkmaktadır. Bunlar, kayıp, travma, ekonomik sıkıntı, işsizlik gibi nedenlere bağlı olarak ruhsal sorunların oluşma riski yüksek olan bireylere yönelik yardımların sağlandığı ‘Birincil nleme’; gerektiği durumlarda uzman yardımının alınabileceği ve hastalığın erken tanı ve tedavisi ile tekrarlanmasının azaltılabileceği yardımların sağlandığı ‘İkincil nleme’; son olarak ise uzun süreli bakım gerektiren ve kronikleşmiş hastalıklara yönelik yardımların sağlandığı ‘ncl nleme’ olarak sınıflandırılabilmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası Raporuna göre,

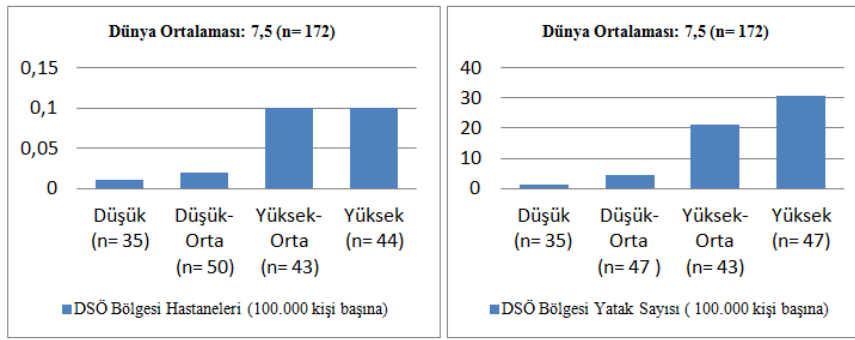


toplum ruh sağlığı hizmetlerinde kalitenin sağlanması dair ölçütler; uygunluk, ulaşılabirlik, bakımın devamlılığı, koordinasyon, değişen taleplere cevap verebilme, etkililik, verimlilik, hizmet alanların memnuniyeti, hizmet verenlerin memnuniyeti şeklinde ifade edilmektedir.

Birinci basamak hizmetlerde tanısı konulan ruhsal hastalıkların tedavilerinin sürdürülmesi ve sonuçta iyileşme süreleri kısabilmektedir (Ocaktan vd., 2004, s. 64). Bu nedenle birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri sunacak olan toplum ruh sağlığı merkezleri ruhsal hastalıkların tanısında ve tedavisinde etkin rol oynamaktadır. Depresyon birinci basamakta en fazla görülen ruhsal sorunlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca, depresyonun birinci basamakta teşhisi noktasında gereksiz tetkiklerin yapılmasına, işten ayrı kalmaya iş performansının düşmesine neden olduğu görülen etkiler arasında yer almaktadır (Ocaktan vd., 2004, s. 65). Bunlara karşılık, depresyon 3-6 hafta içinde tedavi edilebilmekte ve tedavi noktasında hastaların daha hızlı bir iyileşme süreci yaşadıkları görülmektedir. Depresyon hakkında hastaların ve toplumun yeterli düzeyde bilgilendirilmesi depresyonun tedavi edilebilir olduğunun gösterilmesi bakımından önem taşımakta ve anormal bir yapıyı temsil eden bu hastalığın toplumda 'normal bir yaşam biçimi' olarak kabul edilmesinin önüne geçilmesi açısından temel oluşturmaktadır (Ocaktan vd., s. 66).

Dünyada ülkelerin genelindeki psikiyatri hastanelerinin sayısı ve bu hastanelerdeki yatak sayısı ülkelerin sosyo- ekonomik ve ruhsal sağlık açısından gelişmişlik düzeylerinin göstergesi olarak kabul edilebilmektedir. Buna bağlı olarak, aşağdaki şekilde de görüleceği üzere, yüksek gelirli ülkelerde ve üst- orta gelirli ülkelerde<sup>2</sup> her 100.000 kişi başına düşen psikiyatri hastanesi (0,10) ve yatak sayısındaki (30,9) yüksek oran dikkati çekmektedir. Yine şekil 4'ten görülebileceği gibi 100.000 kişi başına düşen ruh sağlığı hastanelerinin Dünya ortalaması (World Median) 0.04; 100.000 kişi başına düşen Dünya Bankası gelir gruplarına göre ruh sağlığı hastanelerindeki yatakların Dünya ortalaması ise 7.5 olarak ifade edilebilmektedir.

<sup>2</sup> Dünya Bankası verilerinde Türkiye üst- orta gelirli ülkeler sınıfında değerlendirilmektedir.



**Şekil 4.** Her 100.000 kişi başına düşen ruh sağlığı hastanelerinin ve Dünya Bankası gelir gruplarına göre ruh sağlığı hastanelerindeki yatakların oranı

Kaynak: DSÖ, Mental Health Atlas (2011).

Türkiye’de genel duruma bakıldığında ise Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerinde adli, kronik bakım ve bağımlılık tedavisi için olan yataklar da dahil olmak üzere toplam 7356 yatak bulunmaktadır. Adli psikiyatri yatak sayısı ise toplamda 668’dir. Bu yatakların % 53,5’i RSHH’lere (Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi), % 27,2’si genel hastaneler, % 13,1’i üniversitelere, % 6,2’si özel sektöre aittir.

Genel olarak Türkiye’ de psikiyatri birimlerinin durumlarına bakıldığında şu sonuçlar dikkati çekmektedir;

- 10.000 kişi başına düşen toplam psikiyatri yatak sayısı 1,3
- 100.000 kişi başına düşen psikiyatrist sayısı 2,20
- 100.000 kişi başına düşen psikiyatri hemşiresi sayısı 3
- 100.000 kişi başına düşen nörolog sayısı 1
- 100.000 kişi başına düşen sosyal hizmet uzmanı 1

Türkiye’de verilen psikiyatri hizmetleri İstanbul, Samsun, Manisa, Adana, Elazığ, Trabzon ve Bolu’da olmak üzere 8 bölge hastanesinde yoğunlaşmaktadır. Ayrıca kamu sektörü dışında, Ankara ve İzmir’de özel ruh sağlığı hastaneleri bulunmaktadır.

#### 2.3.4. Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı Hizmetlerindeki Yeri

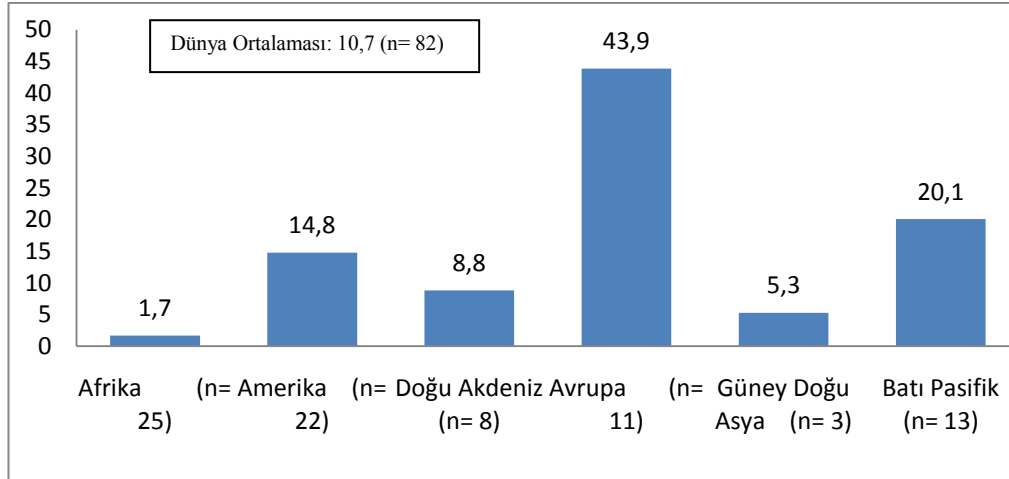
Ruh sağlığı çalışanları hastalara sosyal ve tıbbi destek sağladıklarından dolayı ruh sağlığı açısından kilit noktayı temsil etmektedir. Sağlık çalışanlarının, sosyal psikiyatride hastalıklara ve bireylerin sağlık durumlarına olan inanç, tutum ve davranışları etkileyen önemli faktörlerden biri olarak adlandırılan kültürü bireyin sağlık

durumunu etkileyici bir unsur olarak kavraması ve iyi değerlendirmesi önem kazanmaktadır (Çam & Bilge, 2007, s. 216).

Toplumun ruhsal sorunlara yaklaşımı, hekimlerin ruhsal sorunlara yaklaşımı ve eğitim eksiklikleri ve ruh sağlığı konusundaki yasalarla ya da örgütlenme ile ilgili sorunlar ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak hizmetlerle bütünleştirilmesi noktasında yaşanan sorunlar arasında yer almaktadır. Bunlardan toplumun ruhsal sorunlara yaklaşımı, ruhsal sağlıkla ilgili sorun yaşayan kişilerin toplumda sosyal izolasyona maruz kalmaları ve toplumda damgalanmaları gibi sorunlar toplumun ruhsal hastalıklara olan bakış açısını ifade etmektedir. Hekimler açısından ise ruhsal sorunların temel olarak birinci basamak sağlık hizmetleri sırasında hekimlerin psikiyatrik sorunlara gereken önemi vermemesi ya da bu hastalıkların belirtilerinin ayırt edici olmaması nedeniyle tanısının konulamaması gibi durumlar ve hekimlerin ruhsal hastalıklar hakkında eğitim almamış olması hekim- hasta arasındaki iletişimi ve ruhsal sorunlara bakış açısını etkilemektedir. Ruh sağlığı ile ilgili yasala düzenlemeler ve örgütlenme şekli ruhsal hastalıkların uzun vadeli bir hastalık sürecini işaret etmesi ya da hastaların yaşam kalitesinin artırılması noktasını ifade etmektedir (Ocaktan vd., 2004, s. 68).

Örneğin, belli dönemlerde çalışanların denetlenerek, bakım, arşivleme ve takım çalışması faaliyetlerinin ve kayıtlarının bu denetleme sürecinde dikkate alınması ve bu basit ama iyi organize edilmiş yönetim stratejisinin her iyi donanımlı çalışana uygulanması, bu çalışanların lider konumuna geçmesini sağlayacaktır. Böylece çalışanlar, sorumluluk alarak takım standartlarını belirleyecek, çalışma arkadaşlarının gelişmesine destek olacaklardır (Bowles, 2004, s. 79-80). Buna karşılık 1998'de İngiltere'de bir hastane çalışanları tarafından çalışmada, hemşireler üzerindeki gözlemlerin onların memnuniyet, hasta grubu ile ilişkileri ile ilgili çabalarını olumsuz etkilediği ortaya atılmıştır (Bowles, 2004, s. 72). Dolayısıyla, yapılacak olan denetleme ve değerlendirme çalışmaları sağlık personelinin çalışma motivasyonunu bozmayacak nitelikte olması gerekmektedir.

Dünyada genel olarak değerlendirildiğinde Euro bölgesinde (Türkiye dahil) ruh sağlığı alanında çalışan sayısı, her 100.000 kişide 43,9 olarak ifade edilmektedir.



**Şekil 5.** Ruh sağlığı sektöründe toplam çalışan sayısı (her 100.000 nüfusa)

Kaynak: DSÖ, Mental Health Atlas (2011).

Dünyada, düşük gelirli ve yüksek gelirli ülkeler karşılaştırıldığında aralarında nispeten fark olsa da genel olarak mezun olan psikiyatrist sayısının düşük olduğu dikkati çekmektedir. Yine, gelir seviyesine göre sınıflandırılan ülkelerin genelinde ruh sağlığı alanında yoğun olarak hemşire grubunun rolü görülmektedir.

Gelir Grubu	Psikiyatristler	Diğer Hekim Grubu	Hemşireler	Psikologlar	Sosyal Çalışmacılar	Mesleki Terapistler
<b>Düşük</b> n= 26-35	0.01	0.47	1.34	0.02	0.01	0.00
<b>Düşük- Orta</b> n= 24-45	0.04	2.47	4.88	0.03	0.00	0.00
<b>Yüksek- Orta</b> n= 18-34	0.08	5.33	5.53	0.15	0.00	0.00
<b>Yüksek</b> n= 27-40	0.30	8.67	19.35	2.15	4.10	0.75
<b>Dünya</b> n= 89-145	0.04	3.34	5.15	0.09	0.01	0.00

**Tablo 1.** Geçen akademik yılda mezun olan her 100.000 nüfusa düşen insan kaynağının Dünya Bankası gelir gruplarına göre oranı

Kaynak: DSÖ, Mental Health Atlas (2011).

DSÖ verilerine göre, Euro Bölgesinde 100.000 kişiye düşen psikiyatrist sayısı 8,59 iken Türkiye’ de bu oran 2,20 olarak görülmekte ve karşılaştırıldığında düşük bir oranı simgelemektedir. Ruh sağlığı hizmetleri, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin bir parçası

olarak sunulmakta ve bu alanda gelişme kaydedilmesi için çalışılmaktadır. Son iki yılda 3000 personelin ruh sağlığı ve ruh sağlığı politikaları ile ilgili eğitilmeleri bu duruma örnek olarak verilebilmektedir. Türkiye’de Mart 2011 itibariyle aktif olarak çalışan 1625 ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı bulunmaktadır. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı verilerine göre, aktif olarak 1370 psikolog çalışmaktadır.

### **2.3.5. Ruh Sağlığı Hizmet Sunumunda Karşılaşılan Sorunlara Genel Bakış ve Sorunların Çözümüne Yönelik Stratejiler**

Ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu açısından yaşanan temel sorun kaynağı hastaların ruhsal sorunlar nedeniyle yaşadıkları çeşitli sorunlardan kaynaklandığı görülebilmektedir. Bu sorunları sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyut olmak üzere dört boyutta incelemek mümkün olmaktadır. Ruhsal sorun yaşayan kişilerin ailelerinin yaşadığı, bakımın getirdiği sosyal yük, hastaların sosyal ilişki sorunları, hastaların çevresindeki kişilere fiziksel zarar verme potansiyeli, hastaların yaşadıkları sosyal dışlanma ve karşılaştıkları önyargılar sosyal boyuttaki sorunlara örnek olarak verilebilmektedir.

Hastalık nedeniyle kişideki çalışma veriminin düşmesi, ailede gelir getiren bir kişinin azalması, hastalık nedeniyle eğitim sürelerini tamamlayamayan hastaların meslek sahibi olamamaları, takibi ve tedavisi düzenli yapılmayan hastalıkların alevlenme sıklığının artması ve hastanede yatış sürelerinin uzamasının aileye ve kişilere getirdiği tedavi maliyetleri sorunların ekonomik boyutunu oluştururken; hastaların düzenli takiplerinin ve hukuki kayıtlarının yapılmaması, hastalarının ve yakınlarının sosyal haklar konusunda bilgilendirilme eksiklikleri gibi sorunlar da hukuki boyutun içini doldurabilmektedir. Tıbbi müdahalelerin erken yapılamaması, ruhsal hastalıkların alevlenme dönemlerini işaret eden semptomların takip edilmemesi, ağır ruhsal hastalıklarda hastalara uygun terapi ve rehabilitasyon programlarının oluşturulamaması gibi sorunlar ise tıbbi boyutu oluşturmaktadır. Bu boyutlarda aktarılan sorunların birini ya da birkaçını yaşayan bireylerin psikiyatri hizmetlerine bakışları ve tedaviyi kabullenmeleri olumsuz yönde gelişebilmekte ve bu nedenle sağlık profesyonellerinin de hastalara ulaşmaları zor olmaktadır.

Ruhsal bozukluklar dünya genelindeki hastalıkların getirdiği yükün % 12'sini oluşturmakta ve en çok genç yetişkinlere bir yük getirerek, ülke ekonomisine katkıda bulunacak, istihdam edilebilecek kesimi etkilemektedir. Türkiye açısından bakıldığında ise ruhsal sorunlardan unipolar depresif bozukluğunun getirdiği yük % 6,8 olarak istemik kalp rahatsızlıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. Unipolar depresif bozukluğu % 14,5 ile ilk sırada, alkol kullanımına bağlı bozukluklar % 3,8 ile ikinci sırada, şizofreni ise % 3,3 ile üçüncü sırada en çok yeti yitimine yol açan hastalıklar olarak karşımıza çıkmaktadırlar. Ayrıca ruhsal hastalıkların yarattığı bir başka sorun ise işe devamlılık ve iş verimi konusunda karşımıza çıkmaktadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporuna (1998) göre, ruhsal rahatsızlıklar nedeniyle olan işe devamsızlıklar 1 hafta ya da daha uzun bir süreyi kapsamakta ve işgücü kayıplarına neden olmaktadır. Aynı zamanda tedavi maliyetlerinin getirdiği yük de iş gücü kaybının yanında bahsedilen ekonomik bir sorun olarak yer almaktadır.

Ruhsal hastalıkların belirlenmesi ve teşhisinin koyulmasında önemli bir role sahip olan pratisyen hekimlerin yaygın olarak karşılaştıkları sorunlar şu şekilde sıralanabilmektedir; sorunlu kişileri tanımlama (ülkelerin % 95'i), teşhis problemleri (ülkelerin % 86'sı), rahatsızlığı bulunan kişileri düzenli olarak tedavi etme (ülkelerin % 86'sı). Ülkelerin % 74'ünde ruhsal rahatsızlığı bulunan ve bu problemlere katlanan kişiler tanımlanmakta, % 52'sinde bu rahatsızlıkların teşhisi koyulabilmekte ve % 40'ında ise pratisyen hekimler temel sağlık hizmeti olarak tedavi sunabilmektedirler (DSÖ, Mental Health Atlas 2011).

Yaşam kalitesinin önemli oranda ruhsal duruma bağlı olması, ruhsal ya da nörolojik rahatsızlığı bulunan kişilerin büyük oranda tıbbi bakıma ihtiyaç duyması, fiziksel hastalıkların ruhsal durumu etkileyen yönlerinin olması ve ruhsal hastalıkların erken ölümlere veya kalıcı hasarlara yol açması bakımından ruhsal sorunlara yönelik koruyucu ve önleyici önlemlerin alınması gerekmektedir (Pektaş vd., 2006, s. 45) ve toplumdaki önyargılı inanç ve tutumların giderilmesi, hastaların psikiyatri hizmetlerine ulaşımının kolaylaştırılması ve etkin bir takip sisteminin sağlanması önem kazanmaktadır (Aksaray, vd. , 1999, s. 59). Ayrıca, Ruh sağlığının geliştirilmesi ve sorunların engellenmesi noktasında damgalanma ve ayrımcılığa karşı farkındalığın oluşturulması, kadına yönelik şiddetin ve çocuk istismarının önlenmesi, intiharın

önlenmesi gibi uygulamaların aktif bir şekilde hayata geçirilmesi önemli ve etkin olacaktır.

Ruhsal sorunların iyileşmesi sürecinde önemli katkıları bulunan ve üzerinde durulması gereken başka bir nokta ise çalışması uygun görülen hastaların istihdam edilmeleri olabilmektedir. Ruh sağlığı hastalarının ‘Yarışmalı İşler’ ve ‘Korumalı İşyerleri’ olmak üzere iki şekilde istihdamı mümkün olmaktadır. ‘Yarışmalı İşler’, herkesin başvurup çalışabildiği, hastaların çalışmaları için yönlendirildiği işler olarak tanımlanmakta ve burada iş koçlarının hastaların iş bulmaları konusundaki yardımları da görülmektedir. ‘Korumalı İşyerleri’ ise hastaların özerk çalışma koşullarına sahip oldukları ve hem üretime katkıda bulunarak hem de rehabilite edilebildikleri işyerleri ve işler olarak ifade edilebilmektedir, ancak Türkiye’de şu an böyle bir uygulama mevcut değildir. Ruh sağlığı sorunları yaşayan kişilerin Türkiye’de iş başvurusu yapabildikleri kurum İŞKUR (Türkiye İş Kurumu) olarak karşımıza çıkmaktadır. İŞKUR’un 2008 (Eylül) verilerine göre ‘ruh hastalıkları grubundaki özürülüler’in 7728 başvuru yaptıkları ve sadece 650’sinin bir işte istihdam edilebildiği görülmektedir. Bu durum, hem üretime katkıda bulunabilecek kişilere fırsat verilmemesinden dolayı yaşanan işgücü kaybını hem de ruhsal hastalıkların iyileştirilmesi ve ülkenin genel sağlık seviyesinin arttırılmasına yönelik olumlu katkıyı yok etme eğilimini işaret etmektedir.

Problem çözme yaklaşımına göre, kişilerin problemleriyle başlamak, ulaşılabilir amaçlarla daha kapsamlı konulara doğru ilerlemek gerekmektedir (Crompton & Walmsley, 2004, s. 91). Bu yaklaşımın basamakları şu şekildedir;

- Problemi belirle
- Alternatif çözümleri değerlendir. Özgür düşünceyi destekle.
- Avantaj ve dezavantajlarını göz önünde bulundurarak en iyi çözüme karar ver.
- Seçilen çözümle devam et.
- Sonuçları kontrol et. Eğer istenilen sonuca ulaşamadıysa başa dön.

Önemli olay kontrolü olarak adlandırılan diğer bir yöntemde ise, yapısal analiz dört olası çıktıyı göstermektedir. Bu çıktılar, hiçbir değişikliğin gerekli olmaması, acil değişikliğin gerekli olması, daha fazla araştırma ve eğitimin gerekli olması ve iyi performansların ödüllendirilmesi şeklinde adlandırılmaktadır (Lewis, 2004, s. 47).

Hastalar, çoğunlukla kendi bakım planlarına, tedavilerine ya da çevrelerine etki edecek ifadeleri olmadığını hissetmelerinden dolayı katılmamaktadırlar. Bu da hastaların tedaviden verimli bir şekilde yararlanamamasına, destek eksikliği ve yanlış anlaşıldıkları şeklinde hissetmelerine neden olabilecektir (Bowles, 2004, s. 70). Çalışanlar, gürültü, karışıklık ve güvensiz çevreden sağlanan kaynaklardan dolayı büyük zorluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu nedenle, çalışanlar görevli oldukları ve eğitim aldıkları konularda yeteneklerini istedikleri gibi kullanamamaktadırlar (Bowles, 2004, s. 71).

Bakım programı yaklaşımı ruhsal rahatsızlığı olan kişilere belli kriterler doğrultusunda destek hizmeti yürütmektedir. Bu programın hedefi şu hasta gruplarına ulaşmak olmalıdır (Robinson & Bickley, 2004, s. 204);

- Şizofren hastalar
- Ruhsal hastalığı, kendine zarar verme ya da şiddet eğilimi olanlar
- Evsiz kişiler
- Ruhsal hastalığı olan kimsesiz kişiler

Bu program bünyesinde, bu hasta grubundaki kişileri takip etmek sağlık yönetimi açısından temel alınmalıdır. Aynı zamanda, güvenli bir hizmetin sunulması ve sunulan hizmetin geliştirilebilmesi için risk yönetimi kapsamında özellikle intihar ve şiddet konusunda çalışanların üç yılda bir eğitim (Robinson & Bickley, 2004, s. 206) almalarının sağlanması konusu da önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

### **2.3.6. Genel Sağlık Politikası Açısından Ruh Sağlığı**

Ruh sağlığı politikalarının öneminin vurgulanmasının sebebi, ruh sağlığının güçlü bir toplumsal ve ekonomik gösterge olmasından kaynaklanmaktadır.

Ruh sağlığı politikasının geliştirilmesinde izlenmesi gereken basamaklar;

1. Politika geliştirmek için bilgi toplama; nüfusun ruh sağlığı hizmetlerine olan ihtiyaçlarını öğrenmek için bilgi toplanılması ve bu şekilde nüfusun ihtiyaçlarının ve isteklerinin belirlenmesi, örneğin hastalığın görülme sıklığı, toplumsal problemlerin ya da hastalıkların temel sebeplerinin bilinmesi, ruh sağlığı politikaları için anahtar konumda olmaktadır.



2. Etkili bir politika için kanıtlar toplama; yerel servisleri inceleyerek ya da denetleyerek, uluslar arası ya da ulusal literatürü tarayarak gerekli kanıtların bir araya getirilmesi önemli olmaktadır.
3. Danışma ve görüşme; çeşitli paydaşların düşünceleri dinlenerek ulusal ve uluslar arası deneyimlerden öğrenilen farklı bakış açılarının değerlendirilmesi gerekmektedir.
4. Diğer ülkelerle değişim; son gelişmelerin, ruhsal problemleri önleme politikalarıyla ilgili etkili deneyimlerin diğer ülkelerle paylaşılması ortak bir politikanın oluşturulmasında önem kazanmaktadır.
5. Vizyonu, değerleri, ilkeleri ve amaçları belirleme; ruh sağlığı açısından ülkenin istenilen sağlık profilini kazanması vizyon, etik standartların ve politikaların yürütülmesinde gerekli olan temel kuralların varlığı değer ve ilkeleri, nüfus sağlığının geliştirilmesi, insanların beklentilerine cevap verilmesi ve hastalık- sağlık maliyetlerinden insanların finansal açıdan korunması ise amaçları işaret etmektedir.
6. Harekete geçilecek alanları belirleme; yasalar ve insan hakları, finansman, hizmetlerin organizasyonu, planlama ve bütçeleme, ilaç yönetimi ve dağıtımı, insan kaynakları ve eğitimi, bilgi sistemleri, kalite geliştirme, destek, politika ve planların değerlendirilmesi, çocuk ya da adölesan ruh sağlığı politikaları gibi özel ilgiler geliştirilmesi gereken alanlar arasında düşünülebilmektedir.
7. Farklı sektörlerin temel rollerini ve sorumluluklarını tanımlama; devlet kuruluşlarının, akademik kurumların, profesyonel birliklerin, genel sağlık ve ruh sağlığı çalışanlarının, tüketici ve aile gruplarının, vakıfların özel rol ve sorumlulukları hakkında karar verilmesi gerekmektedir.

#### **2.4. TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN YERİ: TÜRKİYE RUH SAĞLIĞI POLİTİKASI**

Türkiye, % 30'unu 15 yaş altı grubun, % 8'ini ise 60 yaş grubun oluşturduğu bir yapı ile 72,32 milyonluk bir nüfusa sahiptir. Dünya Bankası 2004 kriterlerine göre Türkiye, alt orta grup gelir sınıfına sahip bir toplumdan oluşmakta ve DSÖ'den elde edilen 2010 verilerine göre, sağlığa ayrılan pay Gayrı Safi Yurtiçi Hasılanın (GDP) % 46,7'sini kapsamakta ve OECD (Organisation for Economic Co- Operation and Development- Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) verilerine göre 2010 yılı itibariyle Türkiye'de doğuşta beklenen yaşam süresi erkeklerde 71,8, kadınlarda 76,8'dir. Türkiye için OECD

verilerine bakıldığında Gini katsayısı incelenerek gelir eşitsizliğinin 1985 yılından 2008 yılına kadar 0.45'in altına düştüğü görülmektedir. Uluslararası Psikiyatrik Epidemiyoloji Birliği tarafından yapılan bir çalışmada bulunan sonuçlar, ruhsal sorunların genellikle, kronik olarak, genç yaşlarda görüldüğünü ve sosyo-ekonomik göstergelerle ilişkili olduğunu işaret etmektedir. Vicdan tarafından 13 665 lise kız öğrencisiyle yapılan çalışmada, %19,7'sinin sigara içtiği, %14,9'unun alkol kullandığı ve %0,63'ünün ise madde kullandığı ortaya çıkmıştır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasında (2009) nüfusun %18'i yaşam boyu ruhsal bir hastalık geçirmekte; çocuk ve ergenlerde klinik düzeyde sorunlu davranış oranı ise %11 olarak bulunmuştur. Hastalık yükü çalışmalarına göre kardiovasküler hastalıklar %19 ile ilk sırada yer alırken; psikiyatrik hastalıklar ikinci sırada yer almaktadır. "Özrürlükle kaybedilen yaşam yılları" YLD'ye bakıldığında, en fazla YLD'ye neden olan temel hastalık gruplarında ilk sırayı psikiyatrik hastalıkların aldığı görülmektedir. YLD'ye göre, ilk 20 hastalık nedeni arasında psikiyatrik hastalıkların oranı erkeklerde %16,2, kadınlarda %15,3 olarak belirlenmiştir. Hastalık yükü final raporunda geçen Türkiye ruh sağlığı araştırmasına göre, en çok görülen hastalık %8,4 oranıyla ağrı bozukluğu, ikinci sırada görülen hastalık ise %4 ile depresif nöbet olarak isimlendirilmektedir.

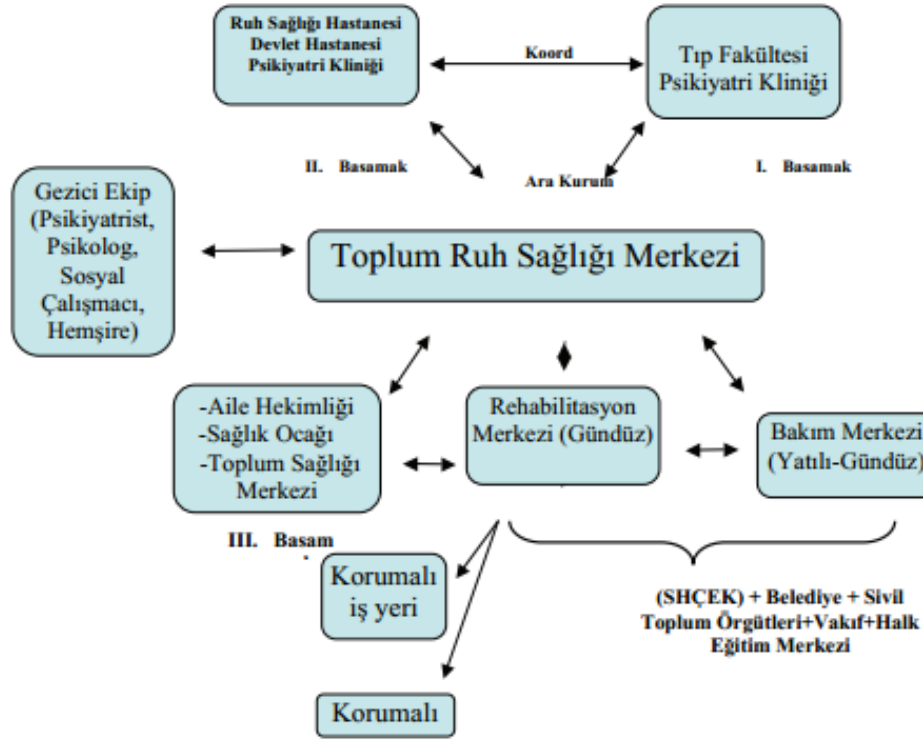
Günümüzde yürütülen ruh sağlığı politikasının bileşenlerini ruh sağlığını koruma, ruhsal sorunları önleme, tedavi etme ve rehabilitasyon sağlama oluşturmaktadır. Daha sonraki süreçte ise bu politikanın amacı, ruh sağlığı hizmetlerini temel bakım hizmetleri birleştirmek ve bu şekilde sağlık hizmetlerini geliştirmek şeklinde belirlenmiştir. Mevcut ruh sağlığı politikaları kapsamında temel hedefler arasında ruh sağlığı hizmetlerinin tanı ve teşhisinin birinci basamakta sağlanabilmesi için aile hekimliği sistemine dâhil edileceği, kapsamlı bir şekilde ruh sorunlarının taranarak tanımlanması yoluna gidileceği, her sektörün kendi içinde ve sektörler arasında kurulacak işbirlikleriyle ruh sağlığının geliştirilmesi, hastalar ve aileleri ile farkındalık çalışmalarının yapılması, sunulan ruh sağlığı hizmetlerinin ve ilgili programlarının finansmanın iyileştirilmesi ve kanıta dayalı ruh sağlığı uygulamalarının başlatılması şeklinde ifade edilebilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası). Ayrıca, ruh sağlığı politikalarının temel öncelikleri arasında bilgisizlik nedeniyle ortaya çıkan ruhsal sorunları olan kişilerin yaşadığı stigma (damgalanma) ve dışlanmanın önlenmesine yönelik olarak toplumsal farkındalık çalışmalarının yapılması gibi önemli

bir nokta yer almaktadır. Bunların dışında, ruh sağlığı politikalarının oturmuş bir yapısının olmamasının diğer bir temel sebebi yasal bir doktrinin eksikliğinden kaynaklanmaktadır. 1970 öncesinde dünyada ülkelerin %15'i ruh sağlığı yasasına sahipken, bu rakam 2005 sonrası %42'ye çıkmış olmasına rağmen, ruhsal sorunları olan hastaların ve bu alanda hizmet veren çalışanların haklarının yasal boyutundan bahsedilmesi ve koruma altına alınabilmesi adına yeterli olmamaktadır (DSÖ, Mental Health Atlas, 2011).

Yukarıda bahsedilen konuların dışında günümüzde yürütülen ruh sağlığı politikalarının güçlü ve zayıf yönlerini vurgulamak gerekirse; ülke genelinde yaşanan istihdam sorunu ve sağlık profesyonellerinin gereken yerlerde yeteri kadar istihdam edilememeleri, pek çok ildeki sağlık kurumunun geleneksel çalışma yöntemine ve organizasyona sahip olması, performansa dayalı ücretlendirme sisteminin sağlık profesyonellerini teşvik edici yönde olmaması ve ruh sağlığı hizmetlerinin özellikle son yıllarda üzerine durulan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamına yeteri kadar alınmamış olması ve finansmanındaki yetersizlikler bu politikaların zayıf yönleri olarak ifade edilmektedir. Öte yandan, son yıllarda önemli ölçüde zaman ve emek harcanan kanıta dayalı tıp uygulamalarının ülkemizde giderek yaygınlaşması ruh sağlığı hizmetlerinin sunum kalitesi bakımından önem taşımaktadır. Bu gelişmeye ek olarak topluma yönelik bilgilendirme çalışmaları ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin açılması gibi gelişmeler de yürütülen politikaların güçlü yanlarını temsil etmektedirler. Özellikle, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlık 2003'te ruh sağlığı hizmetlerinin koruyucu hizmetler kapsamında sunulması ve depo hastanelerin kapatılarak kronikleşmiş ruhsal hastalıkların bile ailelerinin yanında ya da ayakta tedavi ile iyileştirilebilmesine yönelik olarak kronik rahatsızlıkların birinci basamak sağlık hizmetlerinde tanı, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonunun sağlanabilmesi için Ankara Ruh Sağlığı Dispanseri ile başlayan pilot çalışma günümüzde devam gelişmelere kadar sürmüştür.

Türkiye'de son yıllarda uygulama alanı bulan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin genel yapısı toplum temelli ruh sağlığı modeli üzerine kurulmuş olup, bu modelde temel yapı; 1. Basamak (aile hekimliği), 2. Basamak (devlet hastanesi, ruh sağlığı hastaneleri), 3. Basamak sağlık hizmetleri (üniversite) şeklinde olup; bu kurumlarda psikiyatrist, psikolog, sosyal çalışmacı, hemşire ve uğraşı terapisti koordinasyon içinde çalışması

gereken ekibi oluşturmaktadır. Bu merkezlerde yeterince sosyal beceri kazanan ruhsal sorunları olan hastalar korumalı ev veya korumalı işyerlerine, kimsesiz hastalar ise bakım merkezlerine yönlendirilmektedir. Gerekli durumlarda ise bu merkezler gezici ekipleri ev ziyaretleri için görevlendirebilmektedir (Ensari, 2008, s. 88).



Şekil 6. Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Temel Kurumlarla Olan İletişim Yolları

Kaynak: (Ensari, 2008, s. 89).

Yukarıdaki şekilde görüldüğü gibi, TRSM'ler (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi) ruh sağlığı alanında hizmet veren temel kurumlarla iletişim kurarak aracı kurum rolünü üstlenmektedir. Tedavi süreçlerinde iyileşme görülen hastaları topluma kazandırmak adına sosyal ve ekonomik hayata kazandırma çalışmalarını da yürütmektedir.

## 2.5. RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARI VE AVRUPA BİRLİĞİ UYGULAMALARI: İNGİLTERE ÖRNEĞİ

“Ruhsal hastalıklar Avrupa’nın görünmeyen katilidir” Markos Kyprianou (European Commissioner for Health and Consumer Protection)

DSÖ’nün 2002 yılındaki raporuna göre, intihar Batı Avrupa’nın en önemli ölüm sebeplerinden bir olarak tanımlanmaktadır (Smith, 2004, s. 99). Avrupa’da her dokuz

dakikada bir insan intihar girişiminde bulunmakta ve toplamda 58.000 insan intihar nedeniyle hayatını kaybetmekte ve bu sayının dörtte üçünü erkekler oluşturmaktadır. DSÖ 2000 yılı dünya raporuna göre intihar Avrupa Birliğine üye ülkelerin toplamında % 1,9 ile yedinci ölüm sebebi olarak karşımıza çıkmakta (Guo & Harstall, 2004, s. 6) ve cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerde % 3 oranında beşinci ölüm nedeni, kadınlarda ise % 0, 8 ile 16. ölüm nedeni olarak görülmekte, ancak kadınlarda % 1,1 oranında kendine zarar verme davranışı gözlenmektedir.

2001- 2003 yılları arasında Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, Hollanda ve İspanya olmak üzere altı Avrupa ülkesinde yürütülen “Avrupa Psikiyatrik bozuklukların Epidemiyolojisi Çalışması” sonucunda herhangi bir duygudurum bozukluğunun yaşam boyu öyküsü % 14, herhangi bir anksiyete bozukluğunun % 13,6, herhangi bir alkol bozukluğunun % 5, 2 oranında bulunmuştur. Çalışmada aynı zamanda herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olanlar arasında ilaç kullanma oranı düşük bulunmuştur (% 32,6) (Doğan, 2011, s. 202- 203).

Sosyal anlamda ruh sağlığı problemlerinin çocuklar ve gençler arasında yaygın olarak görülmesi önemli bir yapıyı ve çalışılması gereken konuları ortaya koymaktadır. Özellikle işsizlik oranındaki hızlı artış, ruh sağlığı problemleri nedeniyle mesleki yeteneklerin yerine getirilememesi, yaşa bağlı ruhsal ve nörolojik sorunların hızla yükseliş toplumda ruh sağlığı politikaları bağlamında işyerlerinin ve okulların daha düzenli örgütlenmesi, biyolojik ve genetik sorunların da göz önünde bulundurularak bu şekilde toplumun geliştirilmesi önem kazanmaktadır. Polonya’da yapılan bir araştırmada ruh sağlığı problemi olan insanlar için işsizlik oranı % 90, bu genel nüfusla karşılaştırıldığında % 52 olarak karşımıza çıkmaktadır (DSÖ, Regional Office for Europe, 2009). Ruhsal sorunları bulunan insanların toplumda eğitim fırsatlarından yararlanamadıklarından eğitim seviyelerinde düşüklük görülmekte ve bu da gelişim fırsatlarını negatif etkilemektedir. Ruh sağlığı sorunları, kişileri ve aileleri yoksulluğa sürüklemektedir. Kişiler hastalıklarından dolayı iş bulamamakta ve gelirleri düşmektedir. Ruhsal hastalıklardan dolayı tedavi gören ya da görmekte olan kişi toplumda diğer insanlarla aynı fırsatlara sahip olamamakta, bu durum da toplum genelinde insan kaynağının yapısını etkilemektedir.

Avrupa’da toplam yıllık depresyondan kaynaklanan maliyet 118 milyar Euro olarak kaydedilmiş, bunun 42 milyar Euro’luk kısmının doğrudan maliyet olarak tedavi, ilaçlar, hasta bakımı ve otelecilik hizmetleri için, 76 milyar Euro’luk kısmının ise işsizlik, üretim, sigorta kapsamı ve sosyal fayda sağlayan hizmetler için harcandığı belirtilmiştir (DSÖ, Regional Office for Europe, 2009). Bu maliyetler, ruh sağlığının sağlık harcamaları ve sosyal refah açısından külfetinin bir göstergesi olabilmekte ve ruhsal hastalıkların en aza indirilmesi halinde özellikle doğrudan maliyetlerin engellenebileceği görülebilmektedir.

Avrupa’nın ruh sağlığı açısından odaklandığı beş temel nokta şu şekilde sıralanabilmektedir;

- Depresyon ve intiharın önlenmesi
- Gençlikte ruh sağlığı ve eğitimi
- İş yerinde ruh sağlığı
- Yaşlı insanlarda ruh sağlığı
- Sosyal dışlanma ile mücadele

Avrupa Birliği üyesi olan İsviçre, Norveç ve İzlanda’da yürütülen bir çalışma sonucunda, 18- 65 yaş nüfus grubunun % 27’sinin geçtiğimiz yıl içerisinde en az bir ruhsal problemi olduğu belirlenmiştir. Madde kullanımı, depresyon, düşkünlük, psikoz bu problemlere örnek olarak verilebilmektedir. Cinsiyete göre bakıldığında, ruhsal problemler erkeklerde 33,2; kadınlar da ise 21,7 oranında görülmektedir. Nöropsikiyatrik rahatsızlıklar sakatlıkla geçen yaşam yıllarının (DALYs) ikinci sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır. Kendine zarar verme 11 sırada yer almakta ve sakatlıkla geçen yaşam yıllarının (DALYs) %2’sini oluşturmaktadır.

123.853 kişi her yıl intihar girişiminde bulunmakta ve bunların %80’ini erkekler oluşturmaktadır. Avrupa’da intihar görülme sıklığı 100.000 kişide 13,9 olarak karşımıza çıkmaktadır. Litvanya 100.000 kişide 30,7 olarak görülen intihar oranıyla Avrupa Birliği içinde en yüksek oranı oluştururken, bu ülkeyi 21,5 ile Macaristan, 18,5 ile Finlandiya, 18,4 oranıyla ise Slovenya izlemektedir.

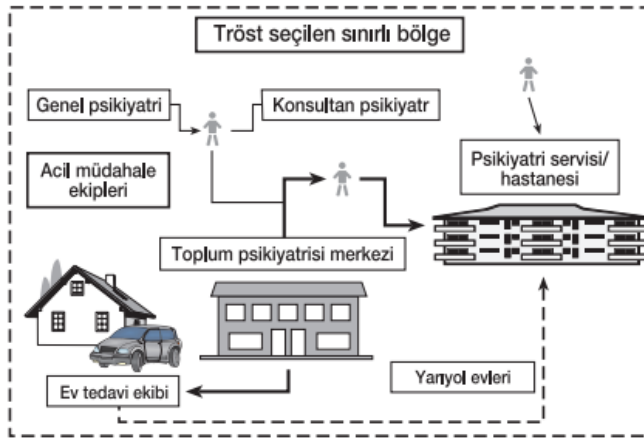
Birleşik Krallık’ı oluşturan dört ülkeden biri olan İngiltere’nin sağlık göstergelerine bakıldığında son yıllarda nüfusun sağlık durumunu geliştirdiği görülmektedir (Boyle,

2011). Doğuştaki beklenen yaşam süresi 1981'den 2008'e kadar kadınlarda 5,1 yıl artarak 82,1 yıl, erkeklerde 6,9 yıl artarak 78,0 olmuştur. Bunun yanında, üç temel hastalık grubunda ölüm oranlarında da düşüş görülmüştür. Bu hastalıklar solunum yetmezliği (erkekler için % 56, kadınlar için % 30), kanser (erkekler için % 22, kadınlar için % 10) ve dolaşım sistemi hastalıkları (hem kadınlarda hem erkeklerde yaklaşık % 64) olarak ifade edilebilmektedir. İngiltere'de sağlık harcamaları son yıllarda artmaya başlamış ve toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi hasıladaki payı 1980'de % 5,6'dan 2008'de % 8,7' ye; harcama miktarı ise 55.1 milyon Pound'dan 125. 4 milyon Pound'a yükselmiştir (Boyle, 2011, s. xxiii). İngiltere'nin ekonomik durumuna genel olarak bakıldığında ise, gelir eşitsizliğini belirten bir ölçü olan Gini katsayısı dikkate alındığında İngiltere'nin Gini katsayısı 1994-1995 ve 2008- 2009 yılları arasında hane harcamaları çıkarıldıktan sonra 37'den 40'a yükselmiştir (hane harcamaları çıkarılmadan önce 33'den 36'a yükselmiştir).

İngiltere'de 1948 yılında Ulusal Sağlık Sistemi yürürlüğe girmiş ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ve idaresi Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. İngiltere de psikiyatri hastanelerini küçültme yoluna gitmiş; 1954 yılında 154.000 olan psikiyatri yatağı sayısı günümüzde 35.000'e kadar inmiştir (Ulaş, 2008a, s. 6). Kapatılan depo hastanelerinin (ruh sağlığı hastanelerinin) ve azaltılan yatakların yerine akut yataklı bakım hizmetleri verilmeye başlanmış ve bu hizmetler kapsamında uzun süre bakım ihtiyacı olan hastalara rehabilitasyon hizmetlerinin verildiği ve yüksek güvenli psikiyatri hizmeti almaya ihtiyacı olan insanlar için uygun yatakların sağlanmaktadır. Ancak, Layard ruh sağlığı hizmetleri açısından İngiltere'de depresyon, kaygı ve şizofreni gibi hastalıkları tedavi edebilecek 10000 yeni kliniğe, psikiyatristlere ve psikolojik terapistlere duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır (Shaw & Taplin, 2007, s. 361). İngiltere'deki Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü 2002'de ruh sağlığı politikasının uygulamalarını yapmak üzere kurulmuş ve bu sorumluluk daha sonra 2009 yılında Ulusal Ruh Sağlığı Gelişimi Ünitesine bırakılmıştır (Boyle, 2011, s. 306).

Diğer bir yapılandırma olan toplum psikiyatrisi hizmetler kapsamında ise psikiyatristler, psikiyatri hemşireleri, psikologlar, uğraşı terapistleri ve sosyal hizmet uzmanlarından oluşan Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri tarafından sunulan hizmetler yer almaktadır. Bu ekibin dışında hastaneye yatma riski yüksek olan hastaların hastaneye yatırılmak yerine

ya da hastanede yatış oranlarını azaltmak için ev hizmetlerine yoğunlaşmalarına ve gündüz hastanelerine yönlendirmeye çabalayan ve İngiltere genelinde 119 adet bulunan ‘Kriz Çözüm Ekipleri’ İngiltere’de toplum temelli yaklaşıma uygun olarak oluşturulan ekiplerden bir tanesi olarak karşımıza çıkmaktadır. ‘Girişken Sosyal Yardım Ekipleri’, tedavi uyumu sağlayamayan hastalara uzun süreli bakım sunan, İngiltere genelinde sayısı 220’yi aşan ekipler; ‘Psikoz Erken Müdahale Ekipleri’, çalıştıkları bölgede psikoz tanısı koyan ve uygun tedavi yöntemlerini sunan, İngiltere genelinde sayısı 50 olan ekiplerin de varlığı bilinmektedir. Bunların dışında, İngiltere’de yaklaşık 16.200 adet yüksek destekli psikiyatrik rehabilitasyon yatağı bulunmaktadır (Ulaş, 2008a, s. 7).



Şekil 7. İngiltere ruh sağlığı sisteminin işleyiş modeli

Kaynak: Yanık (2007: 21).

Toplum temelli yaklaşımın üzerine kurulan İngiltere ruh sağlığı sistemi kapsamında, ruh sağlığı hastanelerinde yatak sayısı 100.000 kişiye 30 yatak düşecek düzeyde tutulmaktadır. Bu sistemde hastaneler 1991’den sonra yapılan değişimlerle özerk bir konum kazanarak (Yıldırım & Yıldırım, 2011, s. 453); finansman ve yönetim ‘Trust’ olarak adlandırılan ve belli bölgelerden sorumlu olan özel idareler tarafından yapılmaktadır (Yanık, 2007). Şekil 2.8’de İngiltere’de yürütülmekte olan bu sistemin yapısı ve işleyişi ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Bu sistemde hastanın psikiyatri hastanelerinde, toplum ruh sağlığı merkezlerinde veya kendi evlerinde tedavi takiplerini yapılması mümkün olmaktadır.



## GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye’de yürütülen ruh sağlığı politikalarını anahtar kişilerin görüşlerine dayalı olarak değerlendirmektir. Bunun yanı sıra; multidisipliner bir çalışmanın önemi vurgulanarak ruh sağlığı politikalarının bilimsel alt yapısının genişletilmesi açısından Türkiye’de takip edilen yeni gelişmelerden biri olan toplum temelli ruh sağlığı modeli hakkında genel bir görüşe varmak, yürütülen ruh sağlığı politikalarının mevcut durumunu uzmanlar tarafından ifade edilen sorunlar, genel yapısı ve bu politikaların iyileştirilmesi adına verilecek öneriler ve hizmet sunumunun geliştirilmesi adına personele yönelik yapılabilecek faaliyetler çerçevesinde değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Araştırma, özellikleri arasında araştırmacının verilere dayalı anlamları kendinin yakalaması gerektiği ve analizin verilerden elde edilen genellemelerle ve anlamlı bir şekilde düzenlenmesine dayalı olduğu gibi önemli noktaları bulunduran (Neuman, 2010) nitel bir çalışma olarak tasarlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırmanın amacına uygun olarak ve araştırma sonucunda ulaşılmak istenilen nokta göz önünde bulundurularak, oluşturulan temellendirilmiş kuram şu şekilde belirtilmektedir: Mutluluğun insan hayatının son amacı olarak (Shaw & Taplin, 2007, s. 369) ifade edilmesi ve bu şekilde düşünülmesi sağlık kurumunun ulaşmak istediği nihai hedef olan ‘tam iyilik hali’nin sağlanabilmesi için sosyal ve ekonomik anlamda insanların mutluluk seviyelerine bağlı olmaktadır. Bunun yanında, fiziksel rahatsızlıklar gibi teşhis edilen ve tedavisi mümkün olan psikiyatrik ve psikolojik rahatsızlıkların da göz önünde bulundurularak, iyileşme süreçlerinin kısaltılması ve tam iyileşmelerinin sağlanması da bireylerin mutluluk ve kaliteli yaşam düzeylerine olumlu katkılarda bulunacaktır. Mann (2002) tarafından, genellikle psikiyatrik bir rahatsızlığın bir komplikasyonu olarak ifade edilen intiharın (Ramchand vd., 2011, s. 30) da önlenebileceğinin çeşitli araştırmalarla desteklenmesi yeryüzünde her toplumda var olan olgu, insanların kendilerini öldürmeyi tercih etmelerinin önüne geçilmesi için stratejilerin belirlenmesi sağlıklı bir toplumun oluşması ve aynı şekilde sağlıklı ve bilinçli nesillerin yetişmesine olanak verecektir. İntihar bilimi (Suicidology) alanında

sıklıkla incelenen konu başlığı intihar nedeniyle meydana gelen hangi ölümlerin önceden tahmin edilebileceği olarak ifade edilmektedir (Wenzel, Berchick, Tenhave, Halberstadt, Brown, & Beck, 2011, s. 375). Dolayısıyla intiharın önlenmesi noktasında psikiyatrik rahatsızlıkların erken müdahalesinin ve tedavisinin sağlanması; modern yaşam alanının ve sosyal sistemin değişmez kurumu olan ekonomi kurumunun insanların sağlıklı yaşamlarına devam etmeyi sağlayacak şekilde sosyal faktörlerle birlikte şekillendirilmesi ve bu noktada sağlık kurumunun multidisipliner çalışmayı daha etkin şekilde kullanarak belirgin bir rol oynaması ruhsal açıdan sağlıklı bir hayatın sürdürülmesi açısından önemli olacaktır.

### **3.2. ARAŞTIRMA SORULARI**

Bu amaç doğrultusunda, araştırma sonunda yanıt bulunması planlanan sorular aşağıda yer almaktadır:

1. Toplum temelli hizmet noktası Türkiye’de nasıl bir uygulama alanı bulmaktadır?
2. Ruhsal hastalıkların önlenmesi ve ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi noktasında ruh sağlığı personelinin örgütlenmesi bakımından nasıl bir yol izlenmesi gerekmektedir?
3. Türkiye’de yürütülen ruh sağlığı politikalarının temel noktaları, politikaların uygulanması aşamasındaki temel problemler ve bu problemlerin giderilmesi açısından yapılabilecekler nasıl tanımlanmaktadır?

### **3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırma evreni olarak Türkiye’de ruh sağlığı noktasında uzman olan kişiler temel alınarak, araştırma örnekleme çerçevesinde Ankara’dan 8’i uzman, 3’ü TBMM’de Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonundaki milletvekilleri olmak üzere toplam 11 kişiden ve İzmir, Balıkesir, Antakya hastanelerde çalışan toplam 4 uzman hekim ve Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Ruh Sağlığı Programları Daire Başkanlığı’ndan 1 olmak üzere toplamda 16 uzmandan veriye ulaşılmıştır. Katılımcıların 6’sı üniversite hastanelerinde Profesör olarak, diğer katılımcılar ise çeşitli özel ve kamu hastanelerinde ve kamu kurumlarında uzman olarak görev yapmaktadırlar.

Araştırmanın nitel bir çalışma olması ve görüşlerin önem kazanması nedeniyle veriler toplanırken farklı kurumlara ulaşılabilmesi amacıyla farklı illerde çalışan uzmanlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak, veri toplama aracının açık uçlu sorulardan oluşuyor olması dönütleri önemli ölçüde etkilemiştir. Ayrıca, Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nden de konuyla ilgili görüş alınmak istenmiş ancak, geri dönüt elde edilememiştir. Ankara içindeki uzmanlara bireysel olarak ulaşılarak yüz yüze görüşmeyle veri elde edilmiş olup, Ankara dışındaki uzmanlara elektronik ortamda oluşturulan meslek gruplarına üye olan kişilere rastgele olarak soru formu gönderilmiş ve geri dönüt sağlayanların verileri analiz kapsamına alınmıştır.

### **3.4. VERİ TOPLAMA ARACI**

Araştırmada kullanılan soruların oluşturulması sürecinde, konu ile ilgili dağınık halde bulunan gereçlerin pragmatik bir görevi yerine getirmek için bir araya getirilmesi ya da kullanılması olarak tanımlanan brikolaj tekniğinin gerekleri takip edilmiştir. Bu şekilde soruların oluşturulması aşamasında konu ile ilgili literatür ve doküman taraması ile elde edilen yerli ve yabancı kaynaklardan elde edilen bilgiler kullanılmıştır. Soru havuzunun oluşturulması noktasında temel olarak alınan kaynaklar Hunt vd., 2011; Greatley, 2009; Brown vd., 2010; Annor & Allen, 2009; Brown & Wissow, 2011; Wenzel vd., 2011; Durkheim, 2011 ve ayrıca Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası, Ulusal Eylem Planı 2008- 2013 olarak ifade edilebilmektedir. Oluşturulan soru havuzundan araştırma amacına uygun olan sorular seçilmiştir.

Konuyla ilişkili olarak yapılandırılmış görüşme formu dahilinde, araştırmacı tarafından literatür taraması aracılığıyla bir araya getirilen açık uçlu sorular veri toplama aracı olarak kullanılmıştır. Araştırma kapsamında veri elde etmek için literatür taraması sonucunda toplam 5 soru ile tam yapılandırılmış soru formu oluşturulmuştur.

a. Türkiye’de Yürütülen Ruh Sağlığı Politikalarını Yönetmelik Açısından Değerlendirme; bu grup kapsamında ele alınan, ‘Toplum temelli hizmet kapsamında hastalara hizmet sunumu açısından yeni açılan toplum ruh sağlığı merkezlerini nasıl değerlendirdiğinizi kısaca açıklar mısınız?’, ‘ Genel olarak Türkiye’deki ruh sağlığı (hizmetleri) politikalarını nasıl değerlendiriyorsunuz?’ ve ‘Genel olarak değerlendirdiğinizde, Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili olarak ne tür politikalar önerirsiniz?’

soruları Türkiye’de yürütülen politikaların tanımlanmasına, farkındalığının tartışılmasına ve son dönemde Türkiye’deki sağlık politikaları kapsamında ruhsal hastalıklara olumlu katkısı bulunacağı düşünülen ve yeni bir süreç olarak başlatılan bölge hastaneleri konumundaki Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerinin kapatılması ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin yaygınlaştırılmasına yönelik olarak görüşlerin elde edilmesi ve politikaların modern yönetim anlayışına göre daha iyi şekillendirilmesi için gerekli görülen düzeltmeleri belirlenebilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

b. Ruh Sağlığı Hizmetlerine Kurumsal Bakış; bu gruptaki değerlendirilecek soru ‘ Genel olarak değerlendirdiğinizde, Türkiye’deki ruh sağlığı politikaları ile ilgili temel problemler nelerdir?’ olarak belirlenmiştir. Bu soru ile hizmetlerin hastalara ulaştırılması noktasındaki sorunları vurgulamak, tedavi şekli, ruh sağlığı finansmanı, yönetimi, politikaları ve hizmet sunumu açısından makro, mezzo ve mikro problemlerin vurgulanması beklenmektedir.

c. Ruh Sağlığında Çalışan Profili; ‘Ruh sağlığı alanında çalışan personel düşünüldüğünde, bu hizmetlerin daha iyi yerine getirilmesi için personele yönelik olarak yapılabilecek faaliyetlerin neler olduğunu ve olması gerektiğini, yani mevcut durum ile olması gereken durum arasında bir karşılaştırma yaparak açıklayabilir misiniz?’ sorusu ile bu grup içerisinde değerlendirilmiş ve çalışana yönelik stratejilerin tanımlanması ve uygulama alanı bulabilecek bu stratejilerin hastaların intihar eğilimlerinin önlenmesi noktasındaki öngörülen etkilerinin araştırılması amacı güdülmüştür.

d. Ruh Sağlığı Politikalarının Değerlendirilmesi ve Öneriler; bu grupta değerlendirilecek sorulardan biri formda üçüncü soru olarak yer alan ‘Genel olarak Türkiye’deki ruh sağlığı (hizmetleri) politikalarının nasıl değerlendiriyorsunuz?’ ve diğeri ise formda beşinci soru olan ‘Genel olarak değerlendirdiğinizde, Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili olarak ne tür politikalar önerirsiniz?’ olarak şekillenmiştir.

### **3.5. VERİLERİN ANALİZİ**

Araştırmada kullanılan soru formlarından elde edilen veriler literatürde yer alan, sınıflandırma ve kodlama açısından benzer çalışmalar dikkate alınarak değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları ifade edilirken mümkün olduğunca alt başlıklara ve

detaylara yer verilmeye çalışılmış, analiz sonuçları iller kapsamında ve katılımcıların unvanlarına göre verilmeye çalışılmıştır.

## **BULGULAR**

### **4.1. TANIMLAYICI ÖZELLİKLER**

Araştırma dâhilinde toplam 16 katılımcının görüşü alınmış olup, bunlardan 4'ü Hacettepe Üniversitesi'nde, 1'i Ankara Üniversitesi'nde, 1'i Gazi Üniversitesi'nde Profesör unvanıyla öğretim üyesi olarak, 3'ü Ankara'da, 2'si İzmir'de, 1'i Antakya'da, 1'i Balıkesir'de çeşitli kamu kurum ve hastanelerinde ve özel hastanelerde psikiyatri alanında uzman olarak çalışmaktadırlar. Ayrıca, TBMM'de Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonundaki üyelerden 3 milletvekilinden de veri elde edilmiştir.

### **4.2. TÜRKİYE'DE YÜRÜTÜLEN RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARINI YÖNETSEL AÇISINDAN DEĞERLENDİRME**

Bu değerlendirme grubu altında yer alan ilk soru 'Toplum temelli hizmet kapsamında hastalara hizmet sunumu açısından yeni açılan toplum ruh sağlığı merkezlerini nasıl değerlendirdiğinizi kısaca açıklar mısınız?' olarak belirlenmiştir.

Bu soruya yönelik olarak verilen yanıtlar il ve kurumlara göre belirtilerek şu şekilde ifade edilebilmektedir; Hacettepe Üniversitesi'ndeki 2 Öğretim Üyesi bu soruya TRSM'lerle ilgili yeterli görüşleri olmadığından ve bu merkezleri yeteri kadar gözlemlene fırsatı bulamadıklarından 'Fikrim yok' yanıtını vermişlerdir. Hacettepe Üniversitesi'ndeki diğer bir Öğretim Üyesi ve Gazi Üniversitesi'ndeki Öğretim Üyesi katılımcı ise bu merkezlerin faydalı olacağını belirtmişler, ancak fikir öne sürece kadar değerlendiremediklerini ifade ederken, Hacettepe Üniversitesi'ndeki son katılımcı ise bu merkezlerin Türkiye'deki sağlık sisteminde geç yer almasını büyük bir eksiklik olarak yorumlamıştır. Ancak, TRSM'lerde sunulan hizmetlerin sadece akut durumların tedavisinde işe yaradığını, uzun vadede ise hastalara ve hasta yakınlarına gerekli olan bilgi ve becerileri kazandırmada yetersiz kaldıklarını ifade etmiş; sadece tedavi odaklı bir yolun izlenmesini hastaları soyutlamak ve hastanın sosyal işlevsellik kaybı yaşaması olarak değerlendirmiştir. Buna ek olarak, toplum temelli hizmet modeli gereği tedavi sürecinde hastaların toplumsal beceriler kazanarak toplumdaki rollerini yerine getirmelerinin desteklenmesi bakımından bu merkezlerin ruh sağlığında önemli bir yere sahip olduklarını belirtmiştir. Ankara Üniversitesi'nde görev yapan Öğretim Üyesi de

TRSM'lerin olması gereken durumunu bu paralelde değerlendirerek, mevcut durumda bu merkezlerin daha çok üçüncül koruma yani rehabilitasyon amaçlı tedavi sunduğunu, oysa asıl önemli olanın birincil koruma olduğunu yani hastalık henüz ortaya çıkmadan risk etmelerinin tanımlanmasına ve ortadan kaldırılmasına ya da etkilerinin en aza indirilmesine yönelik faaliyetlerin üst düzeye çıkarılması gerektiğini vurgulamıştır.

TBMM'de Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonundaki milletvekilleri ise bu soruya toplumsal bilinç odaklı bir görüşle yanıt vermişlerdir. TRSM'lerin varlığını hastaların bilinçli bir şekilde tedavi almaları bakımından ve hastalıklarının farkında olmayan ya da hastalıklarını kabul etmeyen hastalar açısından önemli olarak değerlendirmişlerdir. Milletvekillerinin 1'i bu yanıtlardan farklı olarak bu merkezlerin açılmasına yönelik talebin toplumdan geldiğini ifade etmiş yani toplumdaki bilinç ve farkındalık seviyesinin artışına bağlı olarak bu merkezlerin gerekli hale geldiğini belirtmişlerdir.

Ankara'da hastanelerde çalışan 2 uzmandan 1'i bu merkezlerinin amacını hastaların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini ve yaşam kalitelerinin arttırılmasını sağlamak olarak ifade etmiş, ancak bu merkezlerde çalışan personelin kalitesinin, bilgi donanımlarının ve yeterlilik derecelerinin istenilen düzeyde olmamasından dolayı mevcut durumda istenilen verimin elde edilemediğini belirtmiştir. Diğer uzman katılımcı ise, bu merkezlerin hastaların topluma kazandırılması yani toplumsal entegrasyonu açısından alternatif bir model olduğunu belirtmiş, ancak bu merkezlerin kuruluş amacının yeterli şekilde duyurulmadığını ve bu açıdan hastaların sağlıklı bir şekilde bilgilendirilmediğini vurgulamıştır. Ayrıca, merkezlerde hizmet sunumu ve personel kalitesi açısından sorunlar olduğunu ve bu sorunların çözüme ulaştırılması gerektiğini ifade etmiştir.

Ankara Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Programları Daire Başkanlığı'nda görev yapan uzman ise bu soruya TRSM'lerde yapılan uygulamalar açısından yanıt vermiş ve özellikle hastaların bu kurumlarda daha etkin tedavi alabildiklerini ve hastalıklarının alevlenme evrelerinde hastalara düzenli bir kontrol seçeneğinin sunulabildiğini belirtmiştir.

İzmir’de hastanelerde çalışan uzmanlardan 1’i, bu şehirde TRSM olmadığı için hastaların Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerine yönlendirildiğini ve Türkiye’nin 3. Büyük şehrinde bu merkezlerin olmamasını büyük bir eksiklik olarak yorumlamıştır. Diğer uzman ise, TRSM’lerde hastaların yakınlarıyla bir arada ve sosyal yaşamlarından soyutlanmadan hizmet alabildiklerini, ancak istenilen hizmet sunum kalitesine ulaşabilmek için personelin mesleki işlevselliğinin artırılması ve finansal açıdan daha fazla desteklenmesi gerektiğini belirtmiştir.

Antakya’daki katılımcı ise bu merkezlerin hastalar üzerindeki olumlu etkilerinin uzun vadede daha açık bir şekilde görülebileceğini, ancak mevcut yapısal makro sorunlar çözülmedikçe istenilen kaliteli tedavi modeline ulaşamayacağını altını çizmiştir.

Son katılımcı olan Balıkesir’de bir hastanede çalışan uzman ise, TRSM’lerde hizmet sunumu açısından bir standart oluşturulmadığından sağlık personelinin kendine uygun olan tedavi yöntemini doğru kabul ettiğini, bu merkezlerde hastaların sosyal işlevselliklerini arttırmak amacıyla yapılan faaliyetlerin hastaların sosyalizasyon süreçlerine katkıda bulunmadığını belirtmiş ve bu uygulamaların denetlenerek tedavi yöntemlerinde standardizasyonun sağlanması gerektiğinin önemini vurgulamıştır.

Bu başlık altında değerlendirilen sorulardan bir diğeri ‘Genel olarak Türkiye’deki ruh sağlığı (hizmetleri) politikalarını nasıl değerlendiriyorsunuz?’ sorusuna yönelik katılımcıların verdikleri yanıtların büyük çoğunluğu Türkiye’de yürütülen ruh sağlığı politikalarının yetersiz olduğu ve geliştirilmesi gerektiği yönünde yoğunlaşmıştır. Hacettepe Üniversitesindeki iki öğretim üyesinden biri bu şekilde bir politikanın olmadığını ifade ederken, diğeri ise hastane temelli ve hekim ağırlıklı politikalardan toplum temelli uygulamalara geçilmesini olumlu olarak değerlendirmişlerdir. Gazi Üniversitesindeki öğretim üyesi de resmi, zamanlaması ve stratejisi tanımlanmış ve uygulama planı çıkarılmış bir politikanın olmadığını ifade etmiş; ayrıca özelleştirme ve performansa dayalı sistemin ruh sağlığı hizmetlerine nitelik ve nicelik bakımından zarar vereceğini belirtmiştir.

Yürütülen politikaları yetersiz olarak değerlendiren katılımcılar bu politikaları şekilci, verimsiz, popülarist uygulamaların bulunduğu, deorganize, sorumluluk alamayan, belirsiz, altyapısız bir model şeklinde değerlendirmişlerdir. Milletvekili katılımcıların



verdikleri yanıtlar ise son 10 yıla göre yürütülen politikaların yavaş da olsa gelişen ve ilerleyen bir yol izlediği yönünde birleşmektedir.

Antakya'da çalışan katılımcı yürütülen politikaların sosyal özelliklerin, hastanın sosyal çevresinin dikkate alınmadığı, birey odaklı yerine kuruma başvuran hasta odaklı (kurum odaklı) bir yapıda olduğunu vurgularken, Ankara Üniversitesinde görevli öğretim üyesi ise bu politikaların ilaç pazarını öncelik kabul eden, toplum sağlığı anlayışından uzak, gerici ve paracı bir yaklaşımda olduğunu ifade etmiştir.

Bunların dışında, Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan uzman ruh sağlığı politikaları kapsamında, 'Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri Modeli'ne geçilmesiyle sunulan hizmetlerin iyileşme göstermeye başladığını vurgulamıştır.

Bu başlık altında değerlendirilen son soru ise 'Genel olarak değerlendirdiğinizde, Türkiye'deki ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili olarak ne tür politikalar önerirsiniz?' olarak ifade edilmektedir. Bu soru için verilen yanıtlar genel olarak sağlık personeline verilmesi gereken eğitim üzerine odaklanmaktadır. Özellikle öğretim üyeleri ruh sağlığı alanında verilen eğitimlerin birinci basamakta yaygınlaştırılması gerektiğini, bu şekilde eğitilen personelin hastaların sosyal hayata yönlendirilmeleri ve ilaçlı tedavi yerine psiko- destek almalarına katkıda bulunacağını vurgulamışlardır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığının üniversite hastaneleri ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği içinde faaliyetlerine devam etmesi, özerk bir ruh sağlığı enstitüsünün kurulması ve ruh sağlığı politikalarının genel sağlık politikaları içerisinde yer alması gerektiği belirtilmiştir.

Milletvekili katılımcılar ise hekim dışındaki personelin toplum odaklı ruh sağlığı hizmetleri hakkında özelleştirilmesi, ruhsal hastalıklara karşı toplumun önyargılı tutumlarının önlenmesi, sağlık personelinin bu alanda eğitilmesi, toplum ruh sağlığı merkezlerinin sayısının artırılması, aile hekimliği uygulamasına benzer bir uygulamayla ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa taşınması, ruh sağlığının önemi hakkında toplumun bilgilendirilmesi, rutin muayenenin dışında terapinin öneminin personele aktarılması gibi önerilerde bulunmuşlardır.

Bunların dışında, ilgili kurumların bir araya gelerek protokollerin yapılması, personele yönelik yönlendirme, rehberlik alanında bilgi verilmesi, politikaların tek elden yürütülmesinin sağlanması, ruh sağlığını etkileyecek sosyal sorunların araştırılması, özellikle yalnızlaşma, yabancılaşıma, ötekileştirme gibi sorunların üzerinde durulması, aile içi şiddet, cinsel istismar, gelir sorunları, uyuşturucu kullanımı vb. sorunların

nedenlerinin araştırılması ve sonuçlarının etkilerinin belirlenmesi, hizmetlerin hasta odaklı olmaktan çok koruyucu hizmetler üzerinde yoğunlaştırılması, kurumların fiziki koşullarının düzenlenmesi, rehabilitasyon temelli yataklı tedavi kurumlarının oluşturulması, hastalıkların sınıflandırılarak klinik çalışmaların yapılması, hasta aileleri ile daha yakın bir iletişimin kurulması, hastaların topluma kazandırılması ve ‘Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri Model’i kapsamında yapılan uygulamaların tam anlamıyla açıklanarak, merkezlerin tanıtılarak faaliyetlerinin sürdürülmesinin sağlanması uzman katılımcılar tarafından sunulan önerileri oluşturmaktadır.

Son olarak, bir uzman katılımcı tarafından ruh sağlığı politikalarının şekillendirilmesi noktasında sosyal feminizm odaklı politikaların izlenmesi gerektiğine yönelik sunulan bir öneri ise konunun sosyolojik boyutuna olan ilgiyi göstermektedir. Öğretim üyelerinden bir katılımcı ise bu soruya “Fikrim Yok” şeklinde yanıt vermiştir.

### **4.3. RUH SAĞLIĞI HİZMETLERİNE KURUMSAL BAKIŞ**

Bu grup altında ele alınan soru formda dördüncü soru olarak ‘Genel olarak değerlendirdiğinizde, Türkiye’deki ruh sağlığı politikaları ile ilgili temel problemler nelerdir?’ şeklinde yer almaktadır.

Türkiye’de yürütülen ruh sağlığı politikalarının uygulama alanındaki ve stratejik açıdan sahip olduğu temel problemleri daha net bir şekilde görebilmek için meslek gruplarına göre yapılacak bir inceleme faydalı olacaktır. Bu açıdan bakıldığında, öğretim üyesi olan katılımcıların verdikleri yanıtlar; hasta haklarındaki belirsizlik, hastaların tedaviyi kabul etmemesi, ayrılan bütçenin yetersiz olması, oturmuş, düzenli bir uygulama alanı olan, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş bir politikanın olmaması, sağlık sistemi, insan gücü, teknik donanım ve kuruluş yetersizlikleri, sağlığın toplumun temel hakkı olduğunun farkına varılmaması, iktidar odaklı politikaların temellendirilmesi çerçevesinde şekillenmektedir.

Milletvekili olan katılımcıların verdikleri yanıtlar; ruh sağlığı sorunlarında erken teşhisin önemli olmasından dolayı, bireylerin bunun farkında olmayarak hizmet alma yoluna gitmemeleri, ruh sağlığının öneminin kavranamamış olması, eğitimli personelin olmaması, kurum sayısının az olması, bireylerin hastalıklarını kabul etmemesi, toplumda ruhsal hastalıklara ve tedavi yöntemlerine karşı önyargının olması şeklinde ifade edilebilmektedir.

Ankara'daki ve diğ er illerdeki uzman katılımcıların verdikleri yanıtlar ise, politikaların şekilci olması, sosyal politikaların üretilememesi, patrikaryal toplum yapısı, politikaların belirlenmesinde ve karar alma mekanizmalarında kadınların yeterince rol almaması, kuruluşlarda denetlemenin eksik olması, uygulamaların takip edilmemesi, ruh sağlığı yasaının olmaması, ayrılan bütçenin yetersiz olması, toplumda ruhsal hastalıklara karşı önyargının ve hastalara karşı ayrımcılığın olması, kurumların sayısının yetersiz olması, personelin tıbbi bilgi açısından dünya standartlarının altında olması, bilgilerin bütüncül olarak hastalar ve yakınları yararına kullanılmasındaki eksiklikler, hekim dışında ruh sağlığı çalışanlarının multidisipliner çalışma yöntemiyle bir araya getirilememesi, sadece hasta odaklı çalışılması ve hastanın sosyal çevresinin göz ardı edilmesi, birbirinden bağımsız, dağınık ve koordine olmadan verilen hizmetlerin olması, sunulan hizmetlerin kimin tarafından verileceğinin ve kimin tarafından sonlandırılacağına belirsiz olması, politikaların uygulamada kullanılamaması, yeterli sayıda toplumsal araştırmaların yapılmaması, altyapının, eğitimlerin ve uzman görüşlerin göz ardı edilmesi, hastalık odaklı uygulamaların dikkate alınması, planlı müdahale sürecinin olmaması, 'Depo Hastaneler' olarak belirtilen Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerinin 'Toplum Temelli Ruh Sağlığı Model'inin yurt genelinde henüz tam olarak yerleşmediğ i için hizmet sunumuna devam etmeleri ve bu hastanelerde yaşanan yığılmaların kaliteli hizmet sunumu sürecinin olumsuz etkilemesi olarak politikalar açısından temel sorunları tanımlamaktadır.

#### **4.4. RUH SAĞLIĞINDA ÇALIŞAN PROFİLİ**

Bu grup içinde yer alan soru forma ikinci soru olarak 'Ruh sağlığı alanında çalışan personel düşünöldüğünde, bu hizmetlerin daha iyi yerine getirilmesi için personele yönelik olarak yapılabilecek faaliyetlerin neler olduğunu ve olması gerektiğini, yani mevcut durum ile olması gereken durum arasında bir karşılaştırma yaparak açıklayabilir misiniz?' şeklinde tanımlanabilmektedir.

Bu soruya yönelik verilen yanıtlar ruh sağlığı personelinin, hizmet sunumunu daha iyi yerine getirebilmesi gerektiğ i noktasında yoğunlaşmaktadır. Personelin kurum genelinde belli günlerde toplanarak, hastalar hakkında görüş ve bilgilerini paylaşarak tedavi süreçleri hakkında fikir paylaşımında bulunarak, intiharı önlemeye yönelik özel olarak hazırlanacak eğitim programlarıyla, özellikle hasta bakıcı gibi eğitimsiz

personelin yanlış müdahalelerinden hastaların zarar görmesinin engellenmesi için bu personel grubuna yönelik olarak düzenlenen eğitim ve rotasyon ve sertifika programlarıyla, ayrıca personelin intihar, hastalar konusunda araştırma ve değerlendirmelerin teşvik edilmesiyle, konuyla ilgili önyargıların önlenmesi noktasında isteklerinin arttırılması personelin eğitim seviyelerinin ve bilgi donanımlarının yükselmesine katkıda bulunacak faaliyetler arasında yer almaktadır.

Bu yanıtların dışında, uzman katılımcıların vurguladığı diğer noktalar arasında çalışanların yeteri kadar mesleki ve kurumsal bağlılıkları sağlanamadığı takdirde hastalara yönelik başarılı müdahalelerden bahsetmenin zorlaşacağı, örgütlenmenin daha iyi yapılandırılması gerektiği, personel seçimi, işe alım sürecinde adayın öfke kontrolü, stres ile baş edebilme gibi testlerden başarılı olanların seçimi, dinlemeyi bilen, algıları açık, hizmet kalite standartlarını takip eden personelin seçilmesi ve seçilen personelin hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi gerektiği, çalışanlara yönelik olarak ruh sağlığı ile ilgili farkındalıklarını arttıracak çalışmaların yürütülmesi, ruh sağlığı alanında hizmet veren kurumların fiziki ve hasta bakım koşulları, DSÖ ve SB (Sağlık Bakanlığı) hasta bakım yönetmeliğinin belirttiği koşulların düzenlenmesi, çalışanlara uygun ortamın sağlanması olarak ifade edilebilmektedir.

Ayrıca, öğretim üyelerinden olan katılımcılardan biri ruh sağlığı hizmetlerinin daha iyi sunumu noktasında sadece hekim ve yardımcı sağlık personelinin değil, polis, itfaiye, zabıta vb. kamu çalışanlarının da bu alanda eğitim almalarını vurgulamıştır.

Milletvekili olan katılımcılardan biri ise eğitimden farklı olarak personelin ruh sağlığı noktasında geliştirilmesi için hastalara yönelik telkinlerin ya da özel görüşmelerin arttırılması önemli faaliyetlerden olduğunu belirtmiştir.

Son olarak, uzman katılımcılardan biri ise ruh sağlığı alanında belli bir süre çalışan sağlık personelinde hastalara özgü belirtiler görülebildiğinden, bu personelin belli dönemlerde rotasyona tabi tutulmasının faydalı olacağını ifade etmiştir.

## TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı, intihar vakaları bağlamında ruhsal sorunlara ya da hastalıklara yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin ve Türkiye’de yürütülen ruh sağlığı politikalarının bu alanda yetkin uzmanların görüşlerinin alınarak incelenmesi ve yurtdışındaki modern tıbbın gereklerine uygun olduğu düşünülen uygulamaların yürütüldüğü İngiltere’deki ruh sağlığı politikaları ile karşılaştırılmasıdır.

Çalışmanın bu bölümünde, uygulama aşamasında elde edilen bulgular literatür taraması ile desteklenerek tartışılmaya çalışılacaktır. Araştırma kapsamında, araştırmanın amacına uygun olarak sınıflanan sorulara ait elde edilen bulgular, aynı şekilde bu sınıflandırma temel alınarak değerlendirilecektir.

Bulguların ilk bölümünde “Türkiye’de yürütülen ruh sağlığı politikalarını yönetsel açıdan değerlendirme” adı altında toplanan 3 sorudan biri olan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin değerlendirilmesine yönelik olan soruya ait cevaplardan elde edilen bulguların temeli bu merkezlerin hastalar üzerinde ve ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi açısından olumlu etkide bulunacağı yönünde beklenene uygun olarak çıkarken; bazı uzmanların bu uygulama işlerliği noktasında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ifade etmeleri bu merkezlerin öneminin vurgulanması noktasında eksiklik yaratmıştır. Buna göre, yeni uygulama alanı bulan bu merkezlerin hastalar açısından oldukça faydalı olacakları değerlendirilmiştir. Bu merkezlerin hastaların bilinçlenmesi noktasında katkısından bahsedilmiştir. Katılımcılardan birinin verdiği yanıt “Bu kuruluşların varlığı, hastaların bilinçli bir şekilde tedavi almaları açısından önemlidir”, başka bir katılımcının bu açıdan verdiği yanıt “Toplumda birçok insan hastalığını kabul etmiyor, çoğu da hastalığının farkında değil. Dolayısıyla, bu hastalar için bu merkezlerin kurulması büyük önem taşıyor.”, toplumdaki ruh sağlığı açısından bilgilendirme ve bilinçlendirme noktasındaki vurguyu açıklamaktadır. Verilen yanıtlar arasında bu merkezlerin amacı ise “Ülkemizde toplum ruh sağlığı merkezlerinin amacının hastaların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri, kendi kendilerine yetebilir hale gelmeleri ve yaşam kalitelerinin artırılması hedeflenmektedir” şeklinde belirtilmiş olup, bu merkezlerde sunulan hizmet şekli ise “TRSM’lerde hastaları ailelerinden ve sosyal yaşamlarından koparmayan bir tedavi modeli izlenmektedir” olarak ifade edilmiştir. Toplum temelli ruh sağlığı modeli, ruh sağlığı hizmetlerinin

birinci basamak sağlık hizmetlerinde verilmesini merkeze almaktadır. Buradan hareketle, birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri ruh sağlığı bozukluklarıyla ilişkili beceri, bilgi ve bu hastalıkların tanısı ve yönetimini odak noktası kabul etmektedir (Hanlon vd., 2010, s. 187). Ayrıca bu merkezlerin önemli olduğu katılımcılar tarafından daha açık bir şekilde ifade edilmiştir; “Ruh sağlığı alanında yürütülen hizmetlerin toplum temelli olmaması büyük bir eksiklikti. Sadece hastane bünyesinde yürütülen hizmetler akut durumların tedavisinde işe yarıyor, hasta ve ailesinin uzun dönemde ihtiyacı olan bilgi ve beceriler sağlanamıyordu. Bu da hem hastanın hem de ailesinin toplumdan uzmanlaşmasına ve hastanın zaten hastalıktan kaynaklanan işlevselliğindeki kaybın daha da büyümesine neden oluyordu. En iyi ruhsal tedavi toplum içinde yürütülen, toplumsal becerilerin, sosyal işlevselliğin kazandırıldığı tedavidir. Bu nedenle, toplum ruh sağlığı merkezleri çok önemlidir, ancak bu merkezlerin gerçek ihtiyacı karşılayabilecek donanımda olması gerekmektedir.”, “TRSM’ler hastaların buldukları yerde ve etkin bir takip programı ile tedavi almaları konusunda ve alevlenme dönemlerini önlemede faydalı olacaktır.” Bu katılımcının verdiği yanıt doğrultusunda ruh sağlığı hizmetlerine ulaşımının TRSM’ler aracılığıyla kolaylaştırılıyor olması hastaların hastalıklarına yönelik elde edebilecekleri erken tanı ile makro boyutta ruhsal hastalıkların önlenmesi ve sonuçlarının en aza indirilmesi açısından uzun vadeli faydalar sağlayabilecektir. Daha önceki süreçte, hastaların kuruma başvuruları ile başlayan, taburcu olduktan sonra gerekli takipleri yapılmayan bir tedavi hizmeti sunulurken, bugün toplum ruh sağlığı merkezlerinin açılmasıyla belli bir coğrafi alanda yaşayan ruhsal hastalığı olan hastaların düzenli takiplerinin, tedavilerinin ve rehabilitasyonlarının sağlanarak topluma yeniden kazandırılması amaçlanmaktadır (Ensari, 2011, s. 86).

Hasta yakınlarının da ruhsal hastalıklar ve tedavi süreçleri noktasında bilgilendirilmesi ve bu şekilde bilinçlendirilmesinin sağlanması, tedaviye olumlu katkıda bulunacaktır. Aile fertlerinin hasta bireye yönelik ilgisini azaltmasından kaynaklanan tedavi eksikliği ve yetersizliği düşünüldüğünde, ruhsal hastalıkların sonuçlarından biri olan intiharı açıklamaya yönelik sosyolojik yaklaşımlardan bir tanesi de sosyo- psikolojik yaklaşımlar olarak ifade edilmekte ve bunlar aile çatışmaları, sosyal ilişkiler gibi sosyal faktörler ile ölüm kavramı, umutsuzluk, bağlılık ve motivasyon gibi psikolojik faktörler olarak örnek verilebilmektedir (Berman vd., 2006, s. 48). Buradan hareketle, aile

fertlerinin bu konuda hastaya destek olması, gerekli durumlarda hastayı tıbbi yardım alması konusunda teşvik etmesi ve doğru müdahale yöntemlerini bilmesi bireydeki intihar eğilimini azaltabilecek ve psikiyatrik hizmetlere karşı olan önyargısını kırabilecektir. Ayrıca, ruhsal hastalıkların ve intiharın önlenmesi noktasında, Durkheim'ın da belirttiği üzere kişinin iç dünyasından kaynaklanan bir yapıyı temsil etmesinden dolayı; bunun engellenmesi noktasında da bireye en yakın grubu temsil eden ailenin önem kazanması ve bu amaçla aileler ile farkındalık çalışmalarının yapılması önemli olmaktadır. Bireye yönelik olarak bireyin özgüveninin artırılması, onun sorunlarla baş etme becerisinin geliştirilmesi toplumda risk faktörlerinin belirlenmesi açısından önemli bir adım olabilecektir. Özellikle bireylerin sorunlarla baş etme becerilerinin geliştirilmesi için kendi duygularının farkına varmalarının ve bu duyguları isimlendirmelerinin sağlanması, bireylerin bu duygulara karşı farkındalığını arttıracak ve bu şekilde içsel kontrol sağlayabileceklerdir (Orbach, 2006).

Bunların dışında verilen diğer yanıtlar bu merkezlerin sağlık politikaları içinde uygulama alanı ve hizmet sunumu açısından fonksiyonel sorunları olduğunu işaret etmektedir. “Bu kuruluşların yeterince duyurulmadığını, bu konuda hastaların yeterince bilgilendirilmediğini düşünüyorum.” şeklinde verilen yanıt Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi gereken yeni uygulamaları duyurma ve toplumu konu ile ilgili bilgilendirme çalışmalarının önemli olduğunu ifade etmektedir. Hizmet sunumu açısından yaşanan sorunlar üzerinde durularak makro boyutta belirtilen bu sorunlar giderilmediği takdirde bu merkezlerin beklenen fonksiyonlarını yerine getiremeyeceği vurgulanmıştır. Bu noktada tanımlanan sorunlardan biri “Henüz tüm TRSM’ler için bir standart oluşturulamadı, herkes kendine göre doğru olan çalışmaları yapıyor. Bu merkezlerde hastaların sosyalizasyon süreçlerine katkıda bulunacak, rahatlamalarını sağlayacak resim yapmak, müzik dinletisi gibi uygulamaların hastalara gerçekten fayda sağlamakta, sadece maddi kazanç amacı güdülmektedir. Bu uygulamaların etkililiğinin denetlenmesi gerekmektedir.” şeklinde belirtilerek hastaların tedavi süreçlerine olumlu etkide bulunacak terapi yöntemlerinin etkililiğinin denetim altına alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Ayrıca, bir katılımcı tarafından “TRSM’lerde verilen hizmetler daha çok üçüncül koruma (rehabilitasyon) amaçlı olmaktadır. Oysa toplum temelli hizmet modelinde birincil koruma, yani hastalık henüz ortaya çıkmadan risk etmenlerinin azaltılması sağlanmalıdır.” şeklinde belirtilen yanıtta bu merkezlerde sunulan

hizmetlerin doğru sunum şekline sahip olmadığı ifade edilmektedir. Bu noktada ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak hizmetler arasına alınarak, özellikle risk faktörlerinin tanımlanarak hastalara erken müdahalenin sağlanması ve toplumda genel ruhsal sağlık profilinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu merkezlerde ortaya çıkan başka bir sorun ise “Bu merkezlerde çalışan personelin kalitesi, bilgi donanımlarının ne derece iyi olduğu düşünülmelidir”, “Bu kuruluşlarda çalışan personelin mesleki işlevselliklerinin artırılması ve bu merkezlerin toplum kaynakları açısından desteklenmesi gerekmektedir. Bunlar olmadığı sürece mevcut yapı yetersizdir.” şeklinde iki katılımcı tarafından belirtilerek çalışanların yeterince ruh sağlığı alanında eğitilmemesinden kaynaklanan fonksiyonel sorunların yaşandığı ifade edilmiştir. Bunların dışında, TRSM’lerin hizmet verdiği bölgelerin seçimi ve bu merkezlerin daha fazla ile yaygınlaştırılması gerektiği üzerinde durulmuştur. Örneğin, bir katılımcı bu merkezlerin İzmir’de olmadığını ve bu nedenle hastaların Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerine yönlendirildiğini, Türkiye’nin 3. Büyük ilinde bu merkezlerin eksikliğinden dolayı yaşanan sorunları ifade etmiştir.

Genel olarak, bu soruya verilen yanıtlara bakıldığında, üniversite hastanelerinde çalışan personelin TRSM’ler ve ruh sağlığı alanında yeni uygulamalar hakkında yeterince fikir sahibi olmadıkları için bu konuyu yeterince değerlendiremedikleri görülmektedir. Üniversite gibi akademik anlamda bilimsel çalışmalara katkıda bulunan kurumların bu tür yeni uygulamaları takip etme imkanı bulamamaları politikaların değerlendirilmesi açısından yorum yapamamaları TRSM’lerin sunduğu ya da sunmak üzere tasarlandığı fikirlerin yeterince açıklanması noktasını eksik bırakmaktadır. Bu merkezlerde sunulan hizmetlerin denetlenmesi ruh sağlığının geliştirilmesi ve sunulan hizmetlerin kalitesinin yükseltilebilmesi için gerekli bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle, bu merkezlerde terapi yöntemi olarak kullanılan müzik dinletisi, el işi faaliyetleri, spor gibi uygulamaların daha da geliştirilerek etkililiğinin ölçülmesine imkan verecek somut çıktı sonuçlarına dönüştürülmesi gerekmektedir. Politika yapıcı grup olarak ifade edilebilecek katılımcılardan bu yeni uygulamayla ilgili olarak akademik açıdan yorum yapmaya açık olan ifadelerde bulunmadıklarından TRSM’lerin tanıtılması ve sunulan hizmetlerin şekil itibarıyla yapısının anlatılması noktasında yeterince bilgi sunulamamaktadır. Bu merkezlerin tanıtılmasında sadece Sağlık Bakanlığının faaliyetleri değil, aynı zamanda diğer Bakanlıkların ve bağlı kurumların da tanıtım



faaliyetlerini yürütmesi ve bu açıdan kurumlar arası iletişim kurularak işbirliğinin sağlanması gerekmektedir. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin bu merkezler hakkında daha fazla bilgilendirilerek bunların hastalara olumlu geri dönüşlerinin sağlanması önem kazanmaktadır. Özellikle, hastalıklarının farkında olmayan ya da tedaviyi kabul etmek istemeyen hastalara yönelik olarak faaliyetlerin yürütülmesi ve bu şekilde toplumda ruh sağlığı profilini geliştirmeye katkıda bulunacak erken müdahale sisteminin kurulması açısından hekim ve hasta arasında kurulacak bilgilendirmeye dayalı iletişim ağının altı çizilmektedir. Buradan hareketle, hastalarla ve ruhsal sorunlarla daha fazla etkileşime sahip olan sağlık profesyonellerinin toplumdaki ruh sağlığı yapısının iyileştirilmesine yönelik yapılabilecekler için önerilerde bulunmaları ve görüşlerini belirtmeleri önem kazanmaktadır. Psikiyatride sağlık profesyonelleri ile hasta arasındaki iletişimin önemi hastalıkların iyileşme ve bilgilendirme sürecine sağladığı olumlu etki nedeniyle vurgulanmaktadır (Hofling & Leininger, 1981).

Verilen yanıtların genel profiline bakıldığında, son dönemde yapılamaya çalışan değişimlerin bir ifadesi olarak düşünülebilir. Ruh sağlığı hizmetleri kapsamında Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerinin kapatılarak ya da depo hastane modelinden çıkartılarak küçültülmesi yoluna gidilmesi ve ruh sağlığı hizmetlerinin Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde verilmek üzere bu kuruluşlarının sayısının artırılması Sağlık Bakanlığının gündemindeki bir konu olarak sağlık çalışanlarına yansiyabilmektedir. Son dönemde ülkemizde gelişme gösteren bu merkezlerinin amacı psikiyatrik hastalıkların önlenmesi ve bu hastalıklara sahip bireylerin bakımının sağlanması olarak ifade edilebilmektedir (Pektaş vd., 2006, s. 43). Foucault'nun ifade ettiği gibi semptomların bulgularla aynı şey olarak değerlendirilmesi ve doğru şekilde belirlenen semptomlarla ulaşılan bulgular sayesinde elde edilen erken teşhis ile hastalığı ilerlemeden ya da kronikleşmeden ulaşılan hasta düşük dozlarla tedavi edilebildiği gibi gerektiği noktada hastanede yatış süresi de kısalmaktadır. Bunun yanında, hizmet sunum kalitesinin standardizasyonunun sağlanamaması ve psikiyatri alanında çalışan sayısındaki yetersizlik ve çalışanların bilgi donanımlarındaki düşük seviye hizmet sunum kalitesini etkileyen sorunlar arasında belirtilmiştir. Bu merkezlerdeki hizmetlerin geliştirilmesi ve kalitesinin yükseltilmesi noktası, örneğin ruhsal hastalıkların önemli çıktılarında biri olan intiharın önlenmesi açısından, intiharların neden meydana geldiğine yönelik bir anlayışın geliştirilmesi, risk faktörlerinin ve risk gruplarının belirlenmesi ve etiyoloji

bakımından zor ve karmaşık olan multifaktörel önleyici ölçüler (Bruns vd., 2008, s. 156) tanımlanması için önem taşımaktadır.

Bulguların ilk bölümünde değerlendirilen ikinci soru ise Türkiye’de yürütülen ruh sağlığı hizmetleri politikalarının değerlendirilmesine yönelik olup, verilen yanıtların genel profili yetersiz ve verimsiz olduğu yönünde şekillenmektedir. “Resmi ve zamanlaması, stratejisi tanımlanmış ve uygulama planı çıkarılmış bir politika yapısı yoktur.”, “yetersiz ve popülarist uygulamalar yürütülmektedir.”, “yetersiz, deorganize, sorumluluk alamayan, sorumluluk alanı belirsiz, altyapısız bir politika yapısı bulunmaktadır.”, “ilaç pazarını öncelik kabul eden, toplum sağlığı anlayışından uzak, gerici ve paracı bir yaklaşım bulunmaktadır.” Şeklinde verilen yanıtlar ruh sağlığı alanında yürütülen politikaların yapısına yönelik eleştirileri kapsamaktadır. Ayrıca bu politikaların toplum odaklı değil, hasta ve hekim uygulamalarını odak noktası olarak kabul ettiği de öne sürülmüştür. “Türkiye’de yürütülen ruh sağlığı politikaları şekilci ve verimsiz olmaktadır. Sosyal özelliklerin, hastanın sosyal çevresinin dikkate alınmadığı, birey odaklı yerine kuruma başvuran hasta odaklı (kurum odaklı) bir politika yapısı bulunmaktadır.” şeklinde belirtilen ifade de ruh sağlığının geliştirilmesi açısından sadece ilaçlı tedavilerin değil, aynı zamanda hastanın sosyal hayatının dikkate alındığı ve tedavi sürecinde hastanın topluma kazandırılmasını sağlayacak uygulamaların da önemli olduğunu işaret etmektedir. Bunun dışında, ruh sağlığı hastalarında daha yoğun bir şekilde görülen hastanın tedavi süreci hakkında bilgilendirilmesi ve hastanın da tedavi şekline karar vermesi eksikliği sağlık profesyonellerinin bu konuda daha baskın bir yapıda olduklarını göstermektedir. Ruh hastalıklarının yapısı gereği, ileri vakalarda hastaların sağlıklı karar vermesi beklenmediğinden bu noktada sağlık profesyonellerinin tıp biliminin etik ilkelerinden biri olan ‘hastaya yarar sağlama’ ilkesi gereği ve aynı zamanda ‘aydınlatılmış onam’ ilkesi gereği, hasta yakınlarına gerekli bilgiyi vererek tedavi şekline kendinin karar vermesi ve uygulamaya geçmesi doğal bir süreç olarak görülmektedir. Yapılan eleştirilerin yanında, yürütülen politikaların olumlu bir yönde seyretmeye başladığına dair verilen yanıtlar da Türkiye’de ruh sağlığı alanında yeni başlayan uygulamaların başarılı olacağı yönünde beklentileri arttırmaktadır. “Politikaların kurum temelli hizmetlerden toplum temelli hizmetlerine geçmesi olumludur, ancak verilen hizmetlerde hastaların sosyal çevrelerinin de dikkate alınması gerekmektedir.”, “Toplum Temelli Ruh Sağlığı Hizmetleri Modeli ile ruh sağlığı

hizmetleri önemli bir iyileşme dönemine girmiştir”, “Hastane temelli ve hekim ağırlıklı politikalarından toplum temelli uygulamalara geçilmesi olumludur.”, “Son 10 yıla göre verilen hizmetler ve uygulanan politikalar iyi durumdadır, hizmetlerin kalitesi artmış ve bireyler bilinçlenmiştir.” gibi verilen yanıtlar yürütülen politikaların mevcut yapısal eksiklikleri olduğunu da göstermekte ve hastaların yaşam kalitelerini yükseltme faktörlerinin daha fazla dikkate alınarak daha iyi konumlandırılacağı vurgulanmaktadır. Ruh sağlığı hizmetleri için ayrılan bütçe ve finansman kaynakları da sunulan hizmetlerin kalitesini etkileyebilmektedir. Sağlık bakımı müdahalelerine yönelik sadece etkililiği geliştirmek değil, aynı zamanda maliyet etkililiği sağlamak da sağlıkta ekonomik kanıtlara olan çeşitli talep akımlarını üretmektedir (Knapp & McDaid, 2007, s. 158). Ruh sağlığında verilen hizmetler için ayrı bir bütçe bulunmaması ve özellikle uzun süreli yatışlardan dolayı maliyetin yükselmesi durumu bu hizmetlerin finansmanı sorunsalı olarak tartışılmakta ve çalışma kapsamında farklı bir bakış açısı olarak değerlendirilmektedir. Foucault'nun ifade ettiği gibi semptomların bulgularla aynı şey olarak değerlendirilmesi ve doğru şekilde belirlenen semptomlarla ulaşılan bulgular sayesinde elde edilen erken teşhis ile hastalığı ilerlemeden ya da kronikleşmeden ulaşılan hasta düşük dozlarla tedavi edilebildiği gibi gerektiği noktada hastanede yatış süresi de kısalmaktadır. Ayrıca, verilen yanıtlar arasında sağlık profesyonellerine yönelik ödeme sistemlerinin de hizmet sunumuna olabilecek etkileri ifade edilmektedir. “Özelleştirme ve performans dayalı sistemin ruh sağlığı hizmetlerinin nitelik ve nicelik bakımından zayıflamasına neden olacaktır.” olarak verilen yanıtlardan biri sağlık sektöründe maddi kazanç noktasının dikkate alınması durumunda toplumun genel sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve sağlıkla ilişkili yaşam çıktılarının istenilen seviyeye ulaştırılması noktasını olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir. Buna karşılık, sağlık yönetimi açısından sağlığa ayrılan kaynakların rasyonel bir şekilde dağıtımının sağlanması ve maliyeti düşürecek uygulamaların takip edilmesi sağlığa ve refah yaşama bütüncül bakış açısını yansıtmaktadır.

Bu başlık altında değerlendirilen son soru ise, Türkiye’de yürütülen ruh sağlığı hizmetleri ile olarak politika önerileri kapsamında olup, bu soruya verilen yanıtlar hastalara, hasta yakınlarına ve ruh sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerine yönelik bilgilendirme ve bilinçlendirme faaliyetlerinin yürütülmesi çerçevesinde şekillenmektedir. “Ruh sağlığı alanında çalışan personelin, bu alanda iyi eğitim almış

olması, hastaların sosyal hayata daha kolay adapte olabilecekleri uygulamaların takip edilmesi gerekmektedir.”, “Hekim dışındaki personelin toplum odaklı ruh sağlığı hizmetleri hakkında özelleştirilmesi, ruhsal hastalıklara karşı toplumun önyargılı tutumlarının önlenmesi önem kazanmaktadır.”, “Ruh sağlığının önemi hakkında toplum bilgilendirilmeli, rutin muayene dışında terapinin önemi personele anlatılmalı.” olarak belirtilen ifadeler özellikle alanda çalışan sağlık profesyonellerinin bu alana özel olarak eğitilmesi ve yetiştirilmesi, ayrıca toplumdaki ruhsal hastalıklara ve hastalara karşı görülen önyargılı ve damgalamaya neden olan tutumların bilinç seviyesinin artırılmasıyla önlenmesi önem kazanmaktadır. Eğitimin yanında, ruhsal sorunlara yönelik toplum araştırmalarının yürütülerek risk faktörlerinin, hastalıkların hastalar ve yakınları üzerinde yarattığı etkilerin ortaya çıkarılması ve dezavantajlı kesimin desteklenmesi gerekmektedir. “Mümkün olduğu kadar ruhsal sorunların ortaya çıkmasına sebep olan etkenlerin önüne geçilmelidir. Örneğin; aile içi şiddet, cinsel istismar, geçim sıkıntısı, uçuşu madde kullanımı vb. Ayrıca, ruhsal sorunların sebepleri ve sonuçları ile ilgili toplumun bilinçlendirilmesi için eğitimler verilebilir veya kampanyalar yapılabilir. Bunların dışında, koruyucu ve önleyici hizmetlerin desteklenmesi ve güçlendirilmesi ile birlikte ruh sağlığı hizmetlerinden faydalanacak olan hastalara karşı ayrımcı tutumun mümkün olduğunca önüne geçilmelidir. Hastalara pozitif ayrımcılık yapılabilir. Bu tarz hastalar toplumdan soyutlanmamakla birlikte hastalara asgari oranda bir gelir sağlanmalıdır.”, “Ruh sağlığını etkileyecek sosyal sorunlar araştırılmalı, özellikle yalnızlaşma, yabancılaşma, ötekileştirme gibi sorunlar üzerinde durulmalı, hizmetler hasta odaklı olmalı ve koruyucu hizmetler yaygınlaştırılmalıdır.”, daha önceki bölümde de bu yanıtlara paralel olarak bahsedilen ruh sağlığı alanında risk faktörlerinin tanımlanarak erken müdahale ve önleyici faaliyetlerin yürütülmesi gerektiğinin önemi vurgulanmıştır. Çanakkale’de 48 yaşındaki H. B.’nin önce karısını yaralaması, zihinsel engelli oğlunu öldürdükten sonra intihar etmesi sosyal işlevselliğini yerine getiremeyen ve engelli çocuğunun bakımını sağlayamayan bir babanın çözüm yolunu ifade etmektedir (Sürek, 09.04.2012). Hoge ve diğerleri (2004, s. 15) tarafından yapılan çalışmada hastaların ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmalarına ya da bu hizmetleri tercih etmelerine engel olan temel nokta toplumsal damgalanma olarak ifade edilmiştir. Bireyin yaşadığı özellikle, sosyal sorunlara yönelik olarak ifade edilen şiddet ve suç eğilimi ve kişinin etrafındaki kişiler ve olaylarla ilgili

olarak sürekli olumsuz ve önyargılı düşünceler içinde olmaları kişinin yaşadığı ruhsal hastalıkların alevlenme dönemine ve süresine bağlı olarak ortaya çıkan önemli bir faktör olmaktadır. Bireylerin toplumsa yaşadığı sosyal sorunlardan bir diğeri ise aile içi ilişkilerde yaşanan parçalanmalar, bağların kopması durumu olmaktadır. Ebeveynlerin ayrılması ya da boşanması ve ayrılmış aile- çocuk ilişkileri, düşük ve yüksek ailesel beklentiler ve kontrol gibi faktörler gençler arasında intiharı etkileyen önemli unsurlardır (Cooper & Kapur, 2004:33). Ercan (1998) tarafından çalışmada özellikle ergenlerde parçalanmış ailelerde yaşamının intihar girişimlerinde yarattığı yüksek oran ifade edilmiştir. Bunun dışında, özellikle aile yakınlarından birinin kaybedilmesi, madde kullanımına bağlı olarak yaşanan sorunlar, insanlarla iletişimden uzaklaşması da sosyal belirtiler arasında ifade edilmektedir. Ulusoy ve diğerleri (2005) tarafından yapılan çalışmada, ailesinde ruhsal sorunları olan fertler bulunan gençlerde, babası intihara teşebbüs etmiş gençlerde, alkol bağımlısı olan ve madde bağımlısı olan gençlerde, tanrıya inancı olmayan gençlerde intiharı normal bir davranış olarak eğilimi daha yüksek olarak saptanmıştır (Ulusoy vd., 2005, s. 267- 268). Yakınlarından birini kaybeden kişinin yas sürecini yaşamasının sağlanabilmesi, kendi yaşam amacının yeniden hatırlatılması kayıp yaşayan bireyin hayatına devam edeceği gücü kendinde bulmasının sağlanması (Göka & Göka, 2009) bu dönemdeki intihar eğiliminin azaltılması noktasında etkili olacaktır. İntihara eğilimi olan kişilerin umutsuzluk, çaresizlik ve kontrolsüzlük durumu içersinde oldukları görülmektedir (Şahin vd., 2008, s. 80). Ayrıca, cinsel istismar, tecavüz gibi geçmişte yaşanan travmalara ve şiddette bağlı olarak ortaya çıkabilecek intihar vakaları da dikkate alınması gereken noktayı oluşturmaktadır. İfade edilen bu belirtilen dışında olarak değerlendirilen ergen sorunlarının da intiharı tanımlanmasına ve özellikle çocuk ve adölesan ruh sağlığının geliştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, bireylerin aile öykülerine bakılması gerektiği ve ailede var olan ruhsal hastalıkların ve intihar girişimlerinin tanımlanması da ruh sağlığı alanında yapılması gereken toplumsal araştırmaların bir parçası olarak karşımıza çıkmaktadır. Nock ve diğerleri (2009) tarafından yapılan çalışmada, intihar etmeyi düşünen kişilerin yarısının ve intihar girişiminde bulunan kişilerin yarısından fazlasının psikolojik otopsilerine göre önceden ruhsal bir rahatsızlıklarının olduğu belirlenmiş ve klinik vakalar üzerinde yapılan çalışmalar intihar girişiminde bulunan kişilerin çoğuna ruhsal bir rahatsızlık teşhisi koyulduğunu rapor etmişlerdir. Bununla birlikte, bazı ruhsal

rahatsızlıklar kimlerin intihar düşüncesini intihar planlarına ya da girişimlerine dönüştüreceklerini tahmin etmede faydasız olmaktadır (Nock vd., 2009, s. 22). Ruh sağlığına sosyolojik olarak bakıldığında ise özellikle ekonomik sıkıntılardan kaynaklanan intihar vakalarının ve ruh sağlığı hizmetlerine mahkumlar gibi kısıtlı kesim tarafından ulaşılabilirlik noktasının, toplumda ruhsal sağlığa yönelik farkındalığın artırılmasının intihar vakalarının önlenmesindeki etkisinin ve ruhsal sağlığa yönelik toplumdaki genel eğilimin değerlendirilmesi gibi temel konular karşımıza çıkmaktadır. Özellikle iflaslardan sonra görülen intihar vakalarının kültürlere göre farklı anlamlar taşıdığı bir gerçektir. Easterlin (1980) tarafından yapılan çalışmada, ekonomik iyi oluş olarak ifade edilen ekonomik göstergeler ile gerçek arasındaki fark arttıkça stresin ve agresif davranışların arttığı görülmektedir (Berman vd., 2006, s. 32). Ancak, örneğin Japonya’da iflastan dolayı görülen bir intihar vakası gururlu ve onurlu bir kişinin gerçekleştirilmesi gereken bir eylem olarak değerlendirilirken, ülkemizde ve genel olarak Avrupa ülkelerinde bu nedenle yaşanan intihar vakalarına çaresizlik, ekonomik sıkıntıların getirdiği güçsüzlük hâkim olduğu düşünülmektedir. Yunanistan’da ekonomik kriz nedeniyle AB’nin başlattığı sıkı politika nedeniyle emekli maaşını alamayan 77 yaşındaki eski eczacı Dimitris Christoulas’ın meclis önünde intihar etmesi ve “çöpten yiyecek toplayacak duruma düşmeden onurumla ölmek istiyorum” (Milliyet Gazetesi, 04.04.2012) şeklindeki ifadesi ekonomik koşulların intihar üzerindeki etkisini göstermektedir. Bu şekilde meydana gelen intihar vakalarının önlenmesi noktasında ilgili kurum ve kuruluşların multi-disipliner çalışma ile bir stratejinin gerekliliği önemli bir nokta olduğu vurgulanabilmektedir. “Sağlık Bakanlığının Üniversite Hastaneleri ve sivil toplum kuruluşlarıyla işbirliği yaparak ruh sağlığı politikalarını geliştirmesi gerekmektedir.” şeklinde verilen yanıt da bu düşüncüyü destekler niteliktedir. Kriz dönemlerinde ailelerde çocukların ve aile fertlerinin masraflarının karşılanması için destek sağlayan aile destek programları kapsamında Avrupa Birliği ülkelerinde ailedeki kişi başına 100\$ ödeme yapılarak işsizlik nedeniyle ortaya çıkan intiharın % 0,2’lik oranının düşürülmesine katkıda bulunmaktadır. Bununla birlikte, borç yardım programları da insanları ekonomik kriz döneminde borç ödemelerinin ve biriken borçların yarattığı stresten kurtarmak için ve tüm bunların ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkisini en aza indirmek için yardımda bulunmaktadır ( DSÖ, Regional Office for Europe, 2011, s. 11- 12). Farklı bir bakış açısıyla, toplumdaki sosyal sorunlardan

biri olan suçta eğilim ve mahkûm olma durumu da ruhsal hastalıkların belirleyicisi olabilmektedir. Dolayısıyla, yapılması gereken toplumsal araştırmaların bir bölümü de cezaevleri ve mahkûmların sosyal şartları, suçta olan eğilimleri ve sonuçları üzerine olmalıdır. Mahkûmların geçmiş yaşantılarının kayıt altına alınarak, sorunların belirlenmesi hem toplumdaki anomiyi sonlandırarak genel sağlık düzeyinin arttırılması hem de mahkûmların ruhsal sorunlarına yönelik müdahale olasılığının yükseltilmesine katkıda bulunabilecektir. Güleç vd. (2011) tarafından erkek mahkûmlar arasında yapılan çalışmada mahkûmların geçmişte yaşadıkları ruhsal hastalıkların ya da sorunların şiddet eğilimi ile ilişkili olduğu bulunmuş ve bu faktörün suç işleme eğilimi üzerindeki etkisinden bahsedilmiştir. Cezaevlerinin, bireylerin şiddet eğilimlerini azaltıcı rol oynamadan uzak, sadece suç işleyen bireyleri toplumdan dışlayan mekânlar olarak yer almaları toplumdaki başka bir sorun olan suç ve ceza arasındaki dengesizliğe dikkat çekeabilmekte ve psikiyatrik hastalıkların etkili olduğu şiddet unsurunun belki de sonsuzlaşmasına katkıda sağlamaktadır. Sosyal sorunların ruhsal hastalıklar üzerindeki etkilerinin en aza indirilmesi noktasında daha önce de belirtildiği üzere, bu hastalıklara ve hastalara karşı toplumsal bakış açısının değiştirilmesi gerektiği dikkate alınmalıdır. Yapılan araştırmalar ruhsal hastalıklara yönelik inançları şu şekilde ifade edebilmektedir (Çam & Bilge, 2007, s. 218); ruhsal hastalıklar kalp hastalıkları gibi gerçek bir hastalık değildir, ruh hastaları kurumda kilitli tutulmalıdır, ruh hastası olan birey asla normal yaşamına dönemez, ruh hastaları tehlikelidir, ruh hastaları düşük gelirli işlerde çalışabilir. Bu şekilde yaygınlık gösteren bir ortak bilinç yerine ileri vaka olmayan ve çevresindeki insanlara zarar vermesinin ilaçlı tedavi ya da psiko- terapi gibi yöntemlerle önüne geçilmiş bireylerin sosyal yaşamlarına devam etmeleri ve ekonomiye katkıda bulunmalarının sağlanarak özgür bir birey olma vurgusunun güçlendirilmesi hastanın bu hastalıklarla başa çıkma yetisini güçlendirebileceği gibi, bu bireylerin toplumun genel kaynaklarına olan ağırlığını da kaldıracabilecektir.

Bu soruya yönelik ruh sağlığı kuruluşlarıyla ilişkili yanıtların elde edilmesi, politikaların öncelikle toplumsal yapıdan çok kurum odaklı bir şekilde yürütülmesi gerektiğini vurgulamaktadır. “Kurumların fiziki koşulları düzenlenmeli, rehabilitasyon temelli yataklı tedavi kurumları oluşturulmalı, hastalıklar sınıflandırılarak klinik çalışmalar yapılmalı, hasta aileleri ile daha yakın bir süreç izlenmeli.” olarak ifade edilen yanıt daha önceki sorularına verilen yanıtların karşıtı bir düşüncüyü

barındırmaktadır. Ruh sağlığı alanında hizmet veren kurumların öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerine önem vermesi gerektiği, uzun dönemli rehabilitasyon hizmetlerinin temel alınmasından ziyade tüm hastalık gruplarına değil, uzun süreli bakım ve tedavi gerektiren hastalıklara yönelik önleyici ve klinik çalışmalarla birlikte ruhsal hastalıklara neden olan diğer faktörlerin de tanımlanabileceği çalışmaların yürütülmesi istenen asıl noktayı temsil etmektedir. “İlgili kurumların bir araya gelerek protokollerin yapılması, personele yönelik yönlendirme ve rehberlik çalışmalarının ve politikaların tek elden yürütülmesi gerekmektedir.” yanıtını destekleyici şekilde başka bir katılımcı tarafından verilen yanıt “Özerk bir ulusal ruh sağlığı enstitüsü kurulmalıdır.” şeklinde olup, ruh sağlığı politikalarının ruh sağlığının çok yönlü belirleyicilerinin olduğu göz önüne alınarak ortak çalışmaların yürütülmesi gerektiğini, ancak sadece ruh sağlığı politikaları ve uygulamaları çalışmalarını yürüten bir kurumun oluşturulması noktasını vurgulamaktadır.

Bulguların ikinci bölümünde ruh sağlığı hizmetlerine kurumsal bakış açısı değerlendirilmiş olup, bu genel başlık altında katılımcıların ruh sağlığı politikaları ile ilgili temel problemleri tanımlamaları beklenmiştir. Ruh sağlığı politikalarının yanıtların geneline bakıldığında, şekilci ve verimsiz olarak değerlendirilmesi bu politikaların sadece yazılı bir şekilde kaldığını ve uygulama alanı bulamadığını işaret etmektedir. “Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş bir politika yoktur.” şeklinde verilen yanıt ruh sağlığına yönelik politikaların ayrı olarak değerlendirilmediğini, genel sağlık politikaları içerisinde ele alındığını vurgulamaktadır. “Şekilcilik, sosyal politikaların üretilmemesi, patriarkal toplum yapısı, politikaların belirlenmesinde ve karar alma mekanizmalarında kadınların yeterince rol almaması” olarak ifade edilen sorunlar içinde kadınların özellikle toplumsal yapı içerisindeki rolünün tanımlanmasındaki ve ekonomik yaşamdaki statüsünün belirlenmesindeki eksiklik ilgi çeken nokta olmaktadır. Ayrıca, “politikaların uygulamada kullanılmaması, yeterli sayıda toplumsal araştırmaların yapılmaması, altyapının, eğitimlerin ve uzman görüşlerinin göz ardı edilmesi, hastalık odaklı uygulamaların dikkate alınması, planlı müdahale sürecinin olmaması” olarak verilen yanıt ruh sağlığı hizmetlerinin temel sorunlarını özetler niteliktedir. Ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi noktasında, toplumsal ve klinik çalışmalarla, çözüm odaklı politikaların takip edilmesi gerekmektedir. Bunun dışında, sağlık profesyonellerinin sahip oldukları düşük bilgi düzeyi ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunu ve bu hizmetlerin



hastaların tedavi süreçlerine olabilecek olumsuz etkilerini yansıtabilmektedir. “Ülkemizde tıbbi bilgi konusunda dünya standartlarında olduğumuzu düşünmüyorum. Ayrıca, bu bilgilerin bütüncül olarak hasta ve ailesi yararına kullanılmasında eksiklikler bulunmaktadır. Hekim dışındaki ruh sağlığı çalışanlarının (sosyal çalışmacı, psikolog, uğraşı terapisti vb.) daha işlevsel olarak tedavide yer alması için düzenlemeler yapılması gerekiyor. Bunun dışında, ülkemizde sadece hasta odaklı çalışılarak, hastanın ailesi ve çevresinin göz ardı edilmesi önemli bir problem.”

Ruh sağlığı alanında hizmet veren kurumların denetlenmesindeki eksiklik ve kurum sayısının yetersiz olması diğer sorunları oluşturmaktadır. Kontrol mekanizmasının işlemeyle sunulan hizmetler geliştirilebilecek ve farklı kurumlar arasında koordinasyon sağlanabilecektir. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışmasına bakıldığında ruh sağlığı hizmetleriyle ilgili olarak genel anlamda, ruhsal hastalıklara karşı toplumdaki önyargı, ruh sağlığı hizmetlerinin ülke geneline eşit sayıda dağıtılmamış olması, bireylerin olağanüstü durumlarda (afet vb.) ruhsal sorunlarla baş etmelerini sağlayacak psiko-destek mekanizmaların geliştirilmemiş olması son yıllarda görülen sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmanın diğer bölümü, ruh sağlığı alanında çalışan profili başlığında toplanarak, katılımcılardan ruh sağlığı alanında çalışan personelin ruh sağlığı hizmetlerinin sunum kalitesinin geliştirilmesi ve özellikle intiharın önlenmesi için personelin bulunacağı katkı noktasında görüşleri elde edilmiştir. Genel olarak, personelin intihar noktasında özel olarak eğitilmesi ve personel arasındaki interaktif iletişimin geliştirilmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır. “Personelin kesinlikle belirli günlerde toplanıp hastaları hakkında görüş ve bilgilerini paylaşmaları ve hastaların rehabilitasyon hedefleriyle birlikte aşamalarını tartışmaları gerekir. Gün boyu yararlandıkları/ maruz kaldıkları faaliyetleri ve etkileri tartışmaları önemlidir.” olarak ifade edilen bu yanıt personel arasındaki etkileşimin arttırılarak çalışanların kendi tecrübelerinden faydalanarak bilgi donanımlarını geliştirmeleri önem kazanmaktadır. “Merkezde çalışacak olan personelin yeterliliği hem hastalarda hem de personel açısından intihar riskini minimum seviyeye indirebilir diye düşünüyorum. Merkez için personel seçimi bu noktada çok önemli olmaktadır. Çalışacak personelin öfke kontrolü, stres ile baş edebilme gibi bazı testlerden geçmesi ruh sağlığı açısından güvenilir olması, dinlemeyi bilen ve algıları

açık olan kendi sorunlarıyla baş edebilme becerisine sahip her anlamda yaşam kalitesi yüksek olan, hizmet kalite standartlarını takip eden ve hizmet için gerekli olan koşullara haiz olan kişiler çalıştırılarak intiharların önlenebileceğini düşünüyorum. Personele yönelik faaliyetlerde ise mutlaka her çalışanın belli zamanlarda belli başlı denetimlerden ve testlerden geçmesinin daha doğru hizmet için gerekli olduğu inancındayım.”

Ayrıca, personelin kurum içindeki konumu itibarıyla rotasyona tabi tutulması, hekim dışındaki sağlık çalışanlarının ruh sağlığı alanında uzmanlaşmasına ve bilgi donanımını geliştirmesine engel olabilmektedir. “... özellikle hasta bakıcı gibi yardımcı personelin eğitimsizliğinden kaynaklanan ciddi sorunlar olabiliyor. Bu alanda çalışan kişilerin kişilik özellikleri de bu açıdan önem kazanıyor. Bugün psikiyatride çalışan bir hemşire veya hasta bakıcı ertesi gün başka bir birimde görevlendirilebiliyor. Ruh sağlığı alanında uzmanlaşmış kişilerin bu birimlerde görevlendirilmesi çok önemli. Şu anda intihar konusunda ruh sağlığı çalışanlarının yanlış bilgi ve tutumları bulunduğundan, bu alanda çalışan kişilerin hizmet içi eğitimle desteklenmesi gerekli.” Buna ek olarak, sağlık çalışanlarının kurum içindeki rotasyonlarına yönelik karşıt bir yorum ise şu şekilde ifade edilebilmektedir; “... bu merkezlerde çalışan personelde bir süre sonra, ..., hastalara özgü belirtiler görülebilmektedir, bu nedenle personelin belirli aralıklarla yer değiştirmesi sağlanmalıdır.” Dolayısıyla, yukarıda belirtilen yanıtlar dikkate alındığında ruh sağlığı personelinin kurum içinde rotasyona tabi tutulmasının haklı gerekçeleri olabileceği gibi hizmet sunumunda da olumsuz etkileri mevcut olabilecektir. Ruh sağlığı alanında çalışan personelin uzmanlık alanlarını değiştirmeleri ile ilgili Lamber vd. (2006) tarafından yapılan çalışmada, psikiyatristlerin temel gerekçesinin psikiyatrinin toplumda düşük imgesi ve diğer doktorlara göre saygınlığının az olması ve kaynak yetersizliği algısı olarak şekillenmektedir (Sartorius, et al., 2010, s. 133).

Bunların dışında, personelin çalışma koşullarındaki değişim de ruh sağlığı hizmetlerinin sunum kalitesini etkileyeceğinden, çalışanların hastalara yönelik yaklaşımları da farklılaşabilecektir. Kurumlardaki fiziki koşulların düzeltilerek, personele uygun çalışma ortamının sunulması önemli olmaktadır. Ruhsal hastalıklarda etkin tedavinin sağlanabilmesi kaliteli çalışan profili ile ve sağlık personeli ve hasta arasındaki olumlu ilişki ile mümkün olabilmektedir. Ruhsal sorunlara yönelik hastaların gereken yardımı alabilmeleri ve gerektiğinde yönlendirilmelerinin sağlanması ve hekimlerin bu konudaki

duruşları hastaların ve toplumun ruhsal hastalıklara karşı tutumlarının belirleyicisi olabilmektedir (Yüksel & Taşkın, 2005, s. 14).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen genel bulgular ve literatür taramasından elde edilen bilgiler ışığında ruh sağlığı alanında dünyada görülen bir yenilenme ve bilinçlendirme hareketi odak noktası olmaktadır. Türkiye’de ise ruh sağlığı alanında toplum temelli yaklaşım tercih edilerek yeni gelişmeler bu yaklaşım paralelinde yapılmaya çalışılmaktadır. Türkiye’de ruhsal sağlığa, sorunlara ve hizmetlerine karşı olan önyargı geçmiş yıllardan beri devam etse de özellikle hastaların hasta olduklarını kabullenmeleri, geleneksel ya da tıbbi olmayan yöntemlere yönelmek yerine modern tıbbın gerektirdiği tedaviyi alma konusunda daha ılımlı davranmaları ve en önemlisi aldıkları tedavinin gereklerine sadık kalmaları noktasında son yıllarda olumlu gelişmeler görülmektedir. Buna bağlı olarak intihar olgusunun başlıca nedenlerinden biri olan psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisinin tam olarak sağlanabilmesi, insanların ölümü tercih etmektense yaşam alanlarını genişletebilecekleri rolleri paylaşmalarına izin vermektedir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda uzmanların da belirttikleri görüşler dikkate alınarak yararlı ve açıklayıcı olacağı düşünülen çeşitli önerilere ulaşılabilmektedir. İlk olarak, ruh sağlığı politikaları kapsamında yasal boyuttan da söz edilebilmesi ve sunulan hizmetlerin standardizasyonunun ve hasta haklarının korunmasının sağlanabilmesi için güncel, modern yaklaşımları içinde barındıran, hastaların ve sağlık personelinin haklarına sahip çıkacak, ruh sağlığının daha iyi temellendirileceği bir ruh sağlığı yasasına ihtiyaç duyulmakta ve uzmanlar tarafından vurgulanmaktadır. İkincisi, ruh sağlığı politikalarının düzenlenmesi ve oluşturulabilecek ruh sağlığı yasasına ışık tutması bakımından, İngiltere, Hollanda gibi ruh sağlığı alanında önemli gelişmelerin odağı olmuş ülkelerdeki uygulamaların takip edilmesi ve uygun görülenlerin sosyal, ekonomik ve kültürel yapı da göz önünde bulundurularak ülkemize adapte edilmesi “evrensel dünya köyü” ifadesinin bir gereği olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin, İngiltere’nin birinci basamak sağlık hizmetlerinde gelişmiş bir sisteme olduğu (Yıldırım & Yıldırım, 2011, s. 452) göz önüne alındığında, bu ülkedeki uygulamaların ve yaklaşımların takip edilmesi önemli olmaktadır. Bu noktada, anlaşılması gereken özgün yapılara engel olunabileceği değil, örneği bulunan ve sonuçları hemen hemen görülebilen uygulamaların getireceği kolaylık olmalıdır. Oluşturulacak yeni ve örneği olmayan bir uygulama özellikle Türkiye gibi ruh sağlığı açısından ortak bir bilince

sahip olmayan bir toplumun vurgulandığı ülkelerde, hem maliyetlerin yüksek olması bakımından hem de somut olarak sonuçları elde edilmemiş sadece tahmin edilen bir yapının getireceği belirsizlik bakımından yönetsel ve finansal sorunlara yol açabilecektir. Sonuçları nispeten görülmüş yapıların temel alınarak üzerine ek olarak özgün ve yaratıcı modüllerin geliştirilmesi yönetim açısından işlerliği daha yüksek bir eylem olacaktır.

Diğer açıdan, hastaların iyileşme sürecinde ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmalarının kolaylaştırılması ve bu noktada Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin önem kazanmaktadır. Türkiye’de hastalıkların tedavi sürecinde henüz ulaşım noktasında oturmuş bir düzen olmamasına rağmen geliştirme çalışmaları devam etmektedir. Bu açıdan, İngiltere ile kıyaslandığında, İngiltere Sağlık Departmanına (DoH) göre herkes için daha yüksek sağlık statüsünü sağlamak ve insanlara daha sağlıklı bir yaşam sunmak için gerçekleştirilmesi gereken 5 temel gösterge arasında depresyon ve anksiyete bozuklukları yaşayan ve psikolojik terapi almaları önerilen kişilerin bu hizmetlere kolay ulaşımının sağlanması yer almaktadır (Boyle, 2011, s. 213).

Araştırmanın en temel sonuçlarından biri intiharın nedenlerinin önlenabilir olgulara dayandığı şeklindedir. Beautrais (2000) tarafından intiharı önleme stratejilerinin içermesi gereken faktörler ruhsal hastalıklar, sosyal izolasyon, önceki intihar girişimleri, fiziksel hastalıklar, madde kullanımı, aile içi şiddet, intihar araçlarına ulaşım olarak sıralanmaktadır (Guo & Harstall, 2004, s. 6). İntiharın birincil nedeni olarak ifade edilen ruhsal hastalıkların belirtilerinin doğru saptanması, erken tanı ve teşhisinin sağlanabilmesi ve mevcut tedavi yöntemlerinin modern tıbbın gerekleri dahilinde geliştirilmesi ile bu hastalıkların önlenebilirlik düzeyleri artabilecektir. Psiko- sosyal etkenlerin sağlık üzerinde yol açtıkları stres ya da psikolojik sorunlara bağlı olarak ortaya çıkan deformasyonlar kendini göstermektedir. Örneğin, maddi yaşam standartları yüksek olan Harlem’de yaşayan Afrikalı-Amerikalı erkeklerin ortalama yaşam sürelerinin Bangladeş’te yaşayan erkeklerden daha kısa olması dikkat çekmektedir (Brunner & Marmot, 2009, s. 20). Dolayısıyla, intiharın diğer nedenleri arasında bulunan sosyal tabanlı olgular ve ekonomik gelişmeler bu anlamda yönlendirici olmaktadır. Son dönemde, Yunanistan’da ortaya çıkan ekonomik kriz nedeniyle artan intihar vakaları bu duruma örnek olarak verilebilmektedir. DSÖ, yaşanan ekonomik

krizlerin makro ekonomik çevrede işsizlik, artan hane halkı borçları, düşük gelir seviyesi gibi değişimlerin yoksulluk, aile içi problemler, parçalanmalar ile sonuçlanarak ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkisini vurgulamıştır (DSÖ, Regional Office for Europe, 2011). Ayrıca, 1997’de Güney Doğu Asya Krizi sonrasında Kore’de intihar oranlarının % 63 oranında arttığı görülmüş ve ekonomik krize bağlı olarak ortaya çıkan işsizliğin intihar üzerindeki etkisi dikkat çekmiştir (Ulaş, 2008b, s. 36). Buna karşılık, İsveç’te görülen intihar vakaları gibi ekonomik refah ortamında da görülen eylemler karşımıza çıkabilmektedir. Ayrıca, ruhsal hastalıkların sosyal dışlanma, iş bulamama, iş yerinde iş arkadaşlarıyla ve yöneticileriyle ve üretkenlik konusunda yaşanan sorunlar her aktörün sosyal sistem içerisinde sahip olduğu rolü bireylerin yerine getirememesine ve ilerleyen dönemlerde belli yerlere kapatılarak toplumdan ayrı tutulmasına neden olmaktadır. Burada, Foucault’un da ifade ettiği gibi modern toplumlarda maalesef üretime aktif olarak katkıda bulunan bireyler yer edinirken; ruhsal sorun yaşayan bireylerin yeri ev ya da hastanelerde uygun görülen tecritler olmaktadır. Ekonomi açısından makro boyutta düşünüldüğünde, kapitalist sistemin ve sağlanabildiği noktada tam rekabet koşullarının getirdiği dayatmaların, aktif olarak çalışan kesimde bir baskı olarak kendini gösterebilmekte ve bunun sonucunda ise ciddi ruhsal hastalıklar görülebilmektedir. Bu duruma verilebilecek en iyi örnek günümüzde özel kuruluşlarda yoğunlukla görülen mobbing ve yoğun iş yükü nedeniyle yaşanan stres dolayısıyla oluşan fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklardır. Bu konuda hukuk kurumunun rolü tartışılmalı ve çalışanları ve aynı şekilde rekabet ortamının iş adamları ve işverenler üzerinde uyguladığı yaptırımların sınırlandırılması ve bireylerin haklarının korunması için hukuk kurumunun daha etkin rol alması gerekmektedir. Modern ve gelişmiş bir topluma ulaşmanın en temel noktasını yine kendi varlığımız yani insanlar oluşturmaktadır. Bu nedenle, daha refah ve kaliteli bir yaşam sürmek için kendi elimizle oluşturduğumuz ortamda yine kendi kendimizi ölüme sevk etmek sadece “kar elde etmek” olgusuyla açıklanabilecek ve anlaşılabilir bir yapı değildir. Ekonomik yapının getirdiği bu zorluklara yönelik olarak özellikle çağrı merkezleri ve bankalar gibi stresli bir çalışma ortamının olduğu iş yerlerinde, bazı Avrupa ülkelerinde olduğu gibi, çalışanları psiko- destek verebilecek psikologların ya da sosyal hizmet uzmanlarının çalıştırma zorunluluğu yasalarla sağlanabilir. Bunun dışında, yöneticilere yönelik mobbing ve sonuçlarının daha iyi anlaşılması, mobbing nedeniyle psikolojik sorun

yaşayan personelin verimsizlik nedeniyle işten çıkarılmasının çözüm olmadığı ve olamayacağı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile hazırlanabilecek eğitim programlarının mümkün olabilirliği, etkinliği ve yoğun sektörlerde uygulanabilirliği üzerinde durulmalıdır. Ayrıca, psikiyatrik hastalıkların üretim hayatını etkilemesi açısından bakıldığında ise, işe devamsızlık, iş yaşamındaki verimsizlik ve motivasyon eksikliği dikkati çeken noktalar olmaktadır. Stansfeld ve diğerleri (1997) tarafından yapılan çalışmada kadınlarda ve erkeklerde görülen düşük sosyal destek ve beceri kullanımındaki düşük seviye psikiyatrik hastalıklar nedeniyle görülen kısa süreli devamsızlıkların ilişkisi vurgulanmaktadır (Marmot vd. 2009, s. 137). Järvisalo ve diğerleri (2005) tarafından yapılan çalışmada, stres, anksiyete ve depresyon ilişkili rahatsızlıklar nedeniyle işe devamsızlık ve ayrılma niyeti artmaktadır (DSÖ, Regional Office for Europe, 2011, s. 2). Ruhsal hastalığı bulunan bireyler açısından düşünüldüğünde ise, bu bireylerden çalışması uygun bulunanların iş hayatına kazandırılması ve gerekli sosyal haklarının korunması yasalarla güvence altına alınmalıdır. Bu bireylere göre, kronikleşmiş ve daha ağır ruhsal hastalığı bulunan hastaların ise tecrit edilmesi yerine gönüllü olarak çalışabilecek ya da kurum bünyesinde bulunan tam zamanlı çalışan psikolog ve sosyal hizmet uzmanları eşliğinde kapalı odalarda değil, açık ortamlarda sosyal aktivitelere katılmaları ya da belli aralıklarla ruhsal durumu elverişli olan hastaların alışveriş, sinema, tiyatro gibi etkinliklerle toplumdaki diğer insanlarla bir araya getirilmesi iyileşme süreçlerine olumlu katkılarda bulunabilecektir.

Genel olarak, toplumdaki ruhsal sağlık seviyesinin geliştirilmesi ve hasta bireylerin hastalık ve tedavi olgularının daha tanımlayıcı olması açısından Sağlık Bakanlığı bünyesinde geliştirilebilecek toplum taramaları ve eğitim faaliyetleri psikiyatrik hastalıklar için risk gruplarını belirlemeye ve aileler ile yapılan çalışmalar doğrultusunda bu hastalıklara karşı farkındalık sağlayacaktır. İlk aşamada yapılacak olan hastalıkların tanınması, belirtilerin tanımlanması, gerekli tedavi yolunun takip edilmesi ve bu açıdan bireysel davranışların geliştirilmesi için yapılan bilgilendirme eğitimleri, takip, destek ve zamanla edinilen bilgilerin davranışa dönüştürülmesi ile bilinçlenmeyi getirecek ve toplum farkındalık açısından daha olumlu bir seviyeye çıkabilecektir. Farkındalık ve intiharın önlenmesi çalışmaları kapsamında değerlendirilmesi gereken pek çok farklı değişken olabildiğinden, bu değişkenler

dahilinde hazırlanabilecek geniş içerikli bir eğitim programı daha iyi bir vizyon sunabilecektir. Örneğin, Bradvik ve Berglund (2003) tarafından belirtilen ilginç bir nokta en çok intihar oranının pazartesi günleri görüldüğü, hafta sonları ise bu oranı haftanın diğer günlerine göre düşük olduğudur (Berman vd., 2006, s. 33). Günlerin ya da tekrarlılığı görülen belli durumların ya da belirtilen bu şekilde tanımlanması noktası intihar girişimlerine yönelik müdahale önlemlerinin alınmasını sağlayabilecektir. Ayrıca, aileler intihar vakalarının önlenmesi noktasında merkeze alınmalıdır. Hem toplumsal farkındalığı arttırmak hem de olası durumlara erken müdahaleyi sağlayabilmek amacıyla aileler ile yapılacak farkındalık çalışmaları da bireyin en yakınındaki kişiler olan aile fertlerinin bu konuda bilgilenmesine ve müdahale yöntemlerini öğrenmelerine olanak sağlayacaktır. Ailenin intiharla ilgili geçmişi, aile bireylerinde var olan psikiyatrik rahatsızlıklar, aile içindeki ekonomik durum, ebeveynlerle yaşanan çatışmalar, kayıplar ailesel risk faktörleri olarak ifade edilmekte ve ergenin intihara karşı algısının değişmesinde etkin olabilmektedir (Siyez, 2006, s. 416).

Farklı meslek gruplarının bir araya gelerek ruh sağlığını geliştirmeye yönelik etkileşimde bulunması ve çalışmalar yürütmesinin gerekliliği bu alanın pek çok farklı açıdan odak noktasını içerdiğinin göstergesi olmaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerinde, bazı sağlık ve sosyal bakım profesyonelleri ile hizmet kullanıcıların hareketleri arasındaki anlaşma, ruh sağlığında sosyal hizmet gibi meslekler için sadece ruhsal hastalıkların belirtilerine değil, nedenlerine de müdahale etmek için 'fırsat penceresi' sağlamaktadır (Shaw & Taplin, 2007, s. 368).

Bahsedilen konulardan hareketle, psikiyatri alanında ilaç yönetiminin düzenlenmesi, bu alanda çalışan hekimlerin iyi koordine edilmesi ve hastaların hekimlerin ilaç önerilerine karşı gösterdikleri uyumsuzlukların giderilmesi psikiyatri alanındaki bir ortak bilinci gerekli kılmaktadır (Karasu, 2008). Sağlık kurumunun temelinde bulunan karmaşıklığın giderilmesinden öte, bunun içinde bir düzenin oluşturulabilmesi ve gerekli eşgüdümün sağlanabilmesi bilgi donanımı yüksek ve vizyonu geniş bir sağlık yönetiminin yürütülmesi önem kazanmaktadır.

Son söz olarak söylenebilecek şey yaşamın insanoğluna verdiklerini en iyi şekilde değerlendirmek olmalı ve zorluklara çözüm yaratamayacak olan ölüme yönelik



Bauman'ın ifadesi "Ölüm, aklın en büyük yenilgisidir" akla getirilmeli ve insanların bir kurgunun getirdiği biçimsizliğin içinde kaybolması değil, doğanın kanunu olan yaşamlarını bu kanunun gereklerine göre sürdürmeleri için doğal ortam sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Aksaray, G., Kaptanoğlu, C., & Oflu, S. (1999). Koruyucu Ruh Sağlığı. *Yeni Symposium*, 37 (3), 55-59.
- Allott, P. (2004). What is Mental Health, Illness and Recovery? T. Ryan, & J. Pritchard içinde, *Good Practice in Adult Mental Health* (s. 13-31). Jessica Kingsley Publishers .
- Alptekin, K., & Duyan, V. (2009). *İntihar ve İntiharı Önleme*. İstanbul: Yeni İnsan Yayınevi.
- Alptekin, K. Sosyal Hizmet Bakış Açısından Genç Yetişkinlerde İntihar Girişimlerinin İncelenmesi: Bir Model Önerisi, Doktora Tezi, Ankara, 2008.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi* (64), 33-58.
- Alvarez, A. (1992). *İntihar: Kan Dökücü Tanrı*. (Z. Ç. Sarıkaya, Çev.) Ankara: Öteki.
- Anderson, K. (1999). Marx on Suicide in the Context of His Other Writings on Alienation and Gender. E. A. Plaut, & K. Anderson içinde, *Marx on Suicide* (E. A. Plaut, G. Edgcomb, & K. Anderson, Çev., s. 3- 27). Evaston, Illinois: Northwestern University Press.
- Annor, S., & Allen, P. (2009). Why is It Difficult to Promote Public Mental Health? A Study of Policy Implementation at Local Level. *Journal of Public Mental Health* , 7 (4), 17-29.
- Aydın, S., Demirel, H., & Korukluoğlu, S. (2004). *Sağlık 2003*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.
- Batıgün, A. D. (2005). İntihar Olasılığı: Yaşamı Sürdürme Nedenleri, Umutsuzluk ve Yalnızlık Açısından Bir İnceleme. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 16 (1), 29-39.
- Bauman, Z. (1992). *Ölümlülük, Ölümsüzlük ve Diğer Hayat Stratejileri*. (N. Demirdöven, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

- Berman, A. L. & Jobes, D. A. (1994). Treatment of the Suicidal Adolescent. *Death Studies*, 18 (4), 375-389.
- Berman, A. L., Jobes, D. A., & Silverman, M. M. (2006). *Adolescent Suicide: Assessment and Intervention*. Washington: American Psychological Association.
- Bostancı, N. (2005). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar. *Düşünen Adam*, 18 (1), 32-38.
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 13 (1), 1-486.
- Boyne, R. (2009). *Foucault ve Derrida: Aklın Öteki Yüzü*. (İ. Yılmaz, Çev.) Ankara: Bilgesu Yayıncılık.
- Bowles, N. (2004). *Mental Health In- Patient Settings, in: New Approaches to Preventing Suicide, Ed.: David Duffy, Tony Ryan, 69- 82*.
- Brener, N. D., Weist, M., Adelman, H., Taylor, L., & Smiley, M. V. (2007). Mental Health and Social Services: Results From the School Health Policies and Programs Study 2006. *J Sch Health* (77), 486-499.
- Brown, J. D., & Wissow, L. S. (2011). Rethinking the Mental Health Treatment Skills of Primary Care Staff: A Framework for Training and Research. *Adm Policy Ment Health*.
- Brown, L. D., Isett, K. R., & Hogan, M. (2010). Stewardship in Mental Health Policy: Inspiration, Influence, Institution? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35 (3), 389- 405.
- Brunner, E., & Marmot, M. (2009). Sosyal Yapı, Stres ve Sağlık. M. Marmot, & R. G. Wilkonson içinde, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* (s. 18- 44). İstanbul: İnsev Yayınları.
- Bruns, A., Goodall, E., & Moore, T. (2008). A Study of Suicides in Londonderry, Northern Ireland, for the Year Period Spanning 2000-2005. *Journal of Forensic and Legal Medicine* (15), 148-157.

- Burcu, E. (2001). Gençlik- İntihar İlişkisi Çerçevesinde Özürlü Olma Durumu: Bir Grup Özürlü Üniversite Öğrencisinin İntihar Hakkındaki Düşünceleri. *Polis Bilimleri Dergisi* , 13-38.
- Cooper, J., & Kapur, N. (2004). *Assessing Suicide Risk, in: New Approaches to Preventing Suicide, Ed.: David Duffy, Tony Ryan, 20- 38.*
- Crompton, N. & Walmsley, P. (2004). 'Community Mental Health Services' in New approaches to preventing suicide, chapter 6.
- Çam, O., & Bilge, A. (2007). Ruh Hastalığına Yönelik İnanç ve Tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* (8), 215-223.
- Department of Health. (2010). *No Health without Mental Health: A Cross- Government Mental Health Outcomes Strategy for People of all Ages.*
- Dilbaz, N., & Seber, G. (1993). Umutsuzluk Kavramı: Depresyon ve İntiharda Önemi. *Kriz Dergisi* , 1 (3), 134-138.
- Doğan, O., Kocacık, F. (2006). Ruh Sağlığı ve Bozukluklarının Sosyolojisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 7, 109-120.
- Doğan, O. (2011). *Psikiyatrik Epidemiyoloji* . Sivas.
- Dökmen, Z. Y. (2003). Çalışma Durumları Farklı Üç Grup Kadında Ruh Sağlığı, Kontrol Odağı İnanç ve Cinsiyet Rolü. *Türk Psikoloji Dergisi* , 18 (51), 111-124.
- Droughton, J., Gsak, L., Green, G., & Dixon, C. (2004). *Developing Training Packages, in: New Approaches to Preventing Suicide, Ed.: David Duffy, Tony Ryan, 244-257.*
- Durkheim, E. (2011). *İntihar: Toplumbilimsel İnceleme*. (Ö. Ozankaya, Çev.) Cem Yayınevi.
- Ensari, H. (2008). Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Mevcut Durum. 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, 4 (4), 86-93.*
- Ercan, E. S. (1998). İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Ailesel Özelliklerin Araştırılması. *Uzmanlık Tezi* . İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Ertemir, D., & Ertermir, M. (2003). Gençlerin İntihar Girişimlerinin Özellikleri. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* , 231-234.
- Foucault, M. (1992). *Ders Özetleri 1970-1982.* (S. Hilav, Çev.) Yapı Kredi Yayınları.
- Foucault, M. (2002). *Kliniğin Doğuşu.* (İ. M. Uysal, Çev.) Ankara: Eros Yayınları.
- Golightley, M. (2008). *Social Work and Mental Health* . Learning Matter Ltd.
- Goldney, R. D., Davis, A. T., & Scott, V. (2011). *The International Association for Suicide Prevention: 1960-2010.* IASP.
- Göka, S., & Göka, E. (2009). Yakınıni Kyabedenlere Yaklaşım. (A. İ. Müdürlüğü, Dü.) *Sağlığın Başkenti* , 54-58.
- Gönener, H. D., Güner, İ., & Hayta, S. (2006). Ergenlerde İntihar Eğilimi ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* , 1 (3), 33- 41.
- Greatley, A. (2009). Mental Health Policy Developments. *British Journal of Healthcare Management* , 15 (6), 134-138.
- Guo, B., & Harstall, C. (2004). *For Which Strategies of Suicide Prevention is There Evidence of Effectiveness?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Güçlü, F. (2001). *İntihar: Umutsuzluğun Tımanışı.* Ankara: Sabev.
- Güleç, H., Güleç, M. Y., Kaymak, S. U., Topaloğlu, M., Ak, İ. (2011). Şiddet İçeren Suç Davranışı Öngörülebilir mi? Erkek Mahkumlarda Yürütülen Bir Cezaevi Çalışması. *Klinik Psikiyatri, 14, 94- 102.*

- Gültekin, B. K. (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2 (4), 583- 594.
- Gürkan, B., & Dirik, G. (2009). Üniversite Öğrencilerinde İntihar Düşünce ve Davranışları ile İlişkili Faktörler: Yaşamı Sürdürme Nedenleri ve Baş Etme Yolları. *Türk Psikoloji Yazıları* , 12 (24), 58-69.
- Hanlon, C., Wondimagegn, D., & Alem, A. (2010). Afrika'da Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin Geliştirilmesinde Öğrenilenler. *World Psychiatry* , 9 (3), 185-189.
- Hofling, C. K., & Leininger, Ö. M. (1981). *Hemşirelikte Ana Psikiyatrik Kavramlar*. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı.
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. *The New England Journal of Medicine* , 351 (1), 13-22.
- Hunt, I. M., Windfuhr, K., Swinson, N., Shaw, J., Appleby, L., & Kapur, N. (2011). Electroconvulsive Therapy and Suicide Among the Mentally Ill in England: A National Clinical Survey. *Psychiatry Research* (187), 145-149.
- İmamecioğlu, A. R., Sezgin, B., Obuz, C., Altınyollar, H., Kartal, M., Yardım, N., et al. (2004). Turkey Health Report. Ankara: Refik Saydam Hygiene Center, School of Public Health.
- ITHACA Çözüm Paketi. (2010). *Ruh Sağlığı ve Sosyal Hizmet Kurumlarında İnsan Haklarının ve Genel Sağlık Hizmetlerinin Gözetimi için Çözüm Paketi*. şubat 7, 2012 tarihinde İthacastudy: <http://www.ithacastudy.eu/toolkits/turkish/ITHACA%20toolkit%20turkish.pdf> adresinden alındı.
- Kararımak, Ö. (2006). Psikolojik Sağlamlılık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3 (26), 129- 142.
- Karasu, U. (2008). Sağlıkta Dönüşümün Üç Ayağından Biri: Aile Hekimliği Modeli ve Psikiyatri Üzerine Etkileri. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* 11 (3), 25-29.

- Knapp, M., McDaid, D. (2007). The Mental Health Economics European Network. *Journal of Mental Health* 16 (2), 157-165.
- Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. (2011). *Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economic Case*. London: Department of Health.
- Kuşcu, M. K. (2006). İş Yaşamında Sosyal Sermiyenin Çalışanın Fiziksel ve Ruhsal Sağlığındaki Yeri. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Lester, D. (2005). The Classic Systems of Psychotherapy and Suicidal Behavior. R. I. Yufit içinde, *Assessment, Treatment and Prevention of Suicidal Behavior* (s. 145-161). Canada: John Wiley & Sons, Inc.
- Lewis, B. (2004). *Primarty Care, in: New Approaches to Preventing Suicide, Ed.: David Duffy, Tony Ryan, 39- 53*.
- Llopis, E. J. (2007). Mental Health Promotion: Concepts and Strategies for Reaching the Population. *Health Promotion Journal of Australia*, 18 (3), 191-197.
- Marcuse, H. (1998). *Eros ve Uygarlık: Freud Üzerine Felsefi bir İnceleme*. İdea.
- Maris, R. W. (1969). *Social Forces in Urban Suicide*. USA.
- Marmot, M., Siegrist, J., & Theorell, T. (2009). Sağlık ve İş Yerindeki Psiko- Sosyal Ortam. M. Marmot, & R. G. Wilkinson içinde, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri* (s. 119- 153). İstanbul: İnsev Yayınları.
- Mental Health Policies and Action Plans*. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html), Erişim tarihi 29 Nisan 2012; Mental Health Policy, Planning and Service Development Information Sheet, Sheet 1).
- Namal, A., Doğan, H., & Mahmutoğlu, F. S. (2013). Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırmaları Yıllığı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- National Health Service. (1999). *A National Service Framework for Mental Health*.

- National Institute for Mental Health in England. (2006). *National Suicide Prevention Strategy for England*. Annual Report on Progress.
- Neuman, W. L. (2010). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri: Nitel ve Nicel Yaklaşımlar* (Cilt 1). (S. Özge, Çev.) Yayınodası.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., & Borges, A. B. (2009). Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine*, 6 (8).
- Ocaktan, M. E., Özdemir, O., & Akdur, R. (2004). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 12 (2), 63-73.
- Orbach, I. (2006). Suicide Prevention for Adolescents. R. A. King, & A. Apter içinde, *Suicide in Children and Adolescents* (s. 227-250). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Özden, T. (2008). *Bedenleri Genç, Ruhları Darmadağın*. 12.14.2011 tarihinde Prof. Dr. Kemal Sayar: <http://www.kemalsayar.com/sayfalar.asp?s=61> adresinden alındı.
- Özver, İ. (2010). *Genç Erişkinlerde İntihar Davranışı ile Problem Çözme, Dürtüsellik ve Atılganlık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. İstanbul.
- Pearsall, A., & Ryan, T. (2004). *Accident and Emergency and Health Liasion*, in: *New Approaches to Preventing Suicide*, Ed.: David Duffy, Tony Ryan, 54- 68.
- Pektaş, İ., Bilge, A., & Ersoy, M. A. (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* (7), 43-48.
- Plaut, E. A. (1999). Marx on Suicide in the Context of Other Views of Suicide and of His Life. E. A. Plaut, & K. Anderson içinde, *Marx on Suicide* (E. A. Plaut, G. Edgromb, & K. Anderson, Çev., s. 29- 39). Evanston, Illinois: Northwestern University Press.



- Ramchand, R., Acosta, J., Burns, R. M., Jaycox, L. H., & Pernin, C. G. (2011). *The War within Preventing Suicide in the US Military*. RAND Corporation.
- Roberts, K. T., Robinson, K. M., Stewart, C., & Smith, F. (2009). An Integrated Mental Health Clinical Rotation. *Journal of Nursing Education* , 48 (8), 454-459.
- Robinson, J., & Bickley, H. (2004). *The Role of National Confidential Inquiry in Relation to Suicide Prevention, in: New Approaches to Preventing Suicide, Ed.: David Duffy, Tony Ryan, 194- 212.*
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. (2011). *T.C. Resmi Gazete, 28103, 2 Kasım 2011.*
- Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H. R., Stuart, H., Akiyama, T., Florez, J. A., et al. (2010). Psikiyatri ve Psikiyatristlerin Damglanması ile Nasıl Mücadele Edileceği Üzerine WPA Kılavuzu. *World Psychiatry* , 9 (3), 131-144.
- Savaş, B. S., Karahan, Ö., & Saka, R. Ö. (2002). Health care systems in transition: Turkey. *European Observatory on Health Care Systems* , 4 (4).
- Sayar, K. (2008). *Toplumsal ve Ruhsal Dinamikleriyle İntihar*. 12 14, 2011 tarihinde Prof. Dr. Kemal Sayar: <http://www.kemalsayar.com/sayfalar.asp?s=92> adresinden alındı
- Shaw, I., & Taplin, S. (2007). Happiness and Mental Health Policy: A Sociological Critique. *Journal of Mental Health* , 16 (3), 359- 373.
- Siyez, D. M. (2006). Ergenlik Döneminde İntihar Girişimleri: Bir Gözden Geçirme. *Kastamonu Eğitim Dergisi* , 14 (2), 413-420.
- Smith, M. (2004). *Young Men, in: New Approaches to Preventing Suicide, Ed.: David Duffy, Tony Ryan, 99- 113.*
- Solin, P., & Letho, J. (2011). Mental Health in Complex Health Promotion Policy Programmes: The contribution of Programme Evaluations. *Scandinavian Journal of Public Health* , 39, 255-261.

- Soygür, H., Aybaş, M., Hınçal, G., Aydemir, Ç. (2000). Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği: Güvenirlik ve Yapısal Gerçeklik Çalışması. *Düşünen Adam*, 13 (4), 204-210.
- Stansfield, J., & Sargent, P. (2004). *Community Whole- System Approaches*, in: *New Approaches to Preventing Suicide*, Ed.: David Duffy, Tony Ryan, 320- 342.
- Stengel, E. (1964). *Suicide and Attempted Suicide*. Oxford, England: Penguin Books.
- Stone, G. (1999). *Suicide and Attempted Suicide: Methods and Consequences*. New York: Carroll & Graf.
- Sungur, Z. (1998, Mart). İntihar Olgusunun Sosyal ve Demografik Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi ve Eskişehir Bölgesi'nde Bir Uygulama Çalışması. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Ens.
- Sürek, E. (09.04.2012). Hürriyet Gazetesi.  
<http://hurarsiv.hurriyet.com.tr/goster/ShowNew.aspx?id=20303876> adresinden alındı.
- Şahin, N. H., & Batıgün, A. D. (2009). Lise ve Üniversite Öğrencilerinde İntihar Riskini belirlemeye Yönelik Bir Modelin Sınanması. *Türk Psikiyatri Dergisi* , 20 (1), 28-36.
- Şahin, N. H., Onur, A., & Basım, H. N. (2008). İntihar Olasılığının, Öfke, Dürtüsellik ve Problem Çözme Becerilerindeki Yetersizlik ile Yordanması. *Türk Psikoloji Dergisi* , 23 (62), 79-88.
- Şen, N. (2008). Batı Düşünce Tarihinde İntiharın Algısal İnşası. *Kaygı* (11), 191- 202.
- Taylor, S., & Askworth, C. (1987). Durkheim ve Sosyal Gerçeklik: Sağlık ve Hastalığa Bir Yaklaşım. *Sosyoloji Dergisi* (12-13), 187- 211.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Bakanlık Merkez Teşkilatı ve Bağlı Kuruluşlar Tanıtım Kitapçığı.
- The Optimal Mix of Services*. Geneva, World Health Organization, 2007
- ([http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html), Erişim Tarihi

29 Nisan 2012; Mental Health Policy, Planning and Service Development Information Sheet, Sheet 2).

Trainor, J. Pomeroy, E. & Pape, B. (2004). A framework for support: Third edition. Toronto, ON: Canadian Mental Health Association, National Office.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge, 16/02/2011.

TÜİK. (2009). *İntihar İstatistikleri*. Ankara.

TÜİK. (2011). *İntihar İstatistikleri*. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2006). Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası, Ankara.

Türkiye Cumhuriyeti Ulusal Eylem Planı 2008-2013.

Ulaş, H. (2008a). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11 (2), 2-12.

Ulaş, H. (2008b). Türkiye Psikiyatri Derneği ve Basın Bülteni: Ekonomik Kriz ve Ruh Sağlığı. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11 (3), 35- 38.

Ulusoy, D., Demir, N. Ö., & Baran, A. G. (2005). Ergenlik Döneminde İntihar Algısı: Lise Son Sınıf Gençliği Örneği. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 22 (1), 259-270.

Wenzel, A., Berchick, E. R., Tenhave, T., Halberstadt, S., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2011). Predictors of Suicide Relative to Other Deaths in Patients with Suicide Attempts and Suicide Ideation: A 30- Year Prospective Study. *Journal of Affective Disorders* (132), 375-382.

WHO Regional Office for Europe. (2011). *Impact of Economic Crises on Mental Health*. World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (2009). *The European Health Report 2009: Health and Health Systems.*

WHO Mental Health Atlas. (2011).

WHO, World Health Report. (2001).

<http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index4.html>

Yanık, M. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirmeler ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar Dergisi* (Özel Sayı).

Yardım, N., Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü., Aydın, S., & Ünüvar, N. (2007). 21 Hedefte Türkiye: Sağlıkta Gelecek. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü.

Yıldırım, H. H., & Yıldırım, T. (2011). *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye.* Gözden Geçirilmiş ve Güncellenmiş İkinci Baskı, Ankara : İmaj Yayınevi.

Yüksel, E. G., & Taşkın, E. O. (2005). Türkiye’de Hekimler ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* (6), 113-121.

Zheng, X., Chen, G., Song, X., Liu, J., Yan, L., Du, W., Pang, L., Zhang, L., Wu, J., Zhang, B., Zhang, J. (2011). Twenty- Year Trends in the Prevalence of Disability in China. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 788-797.

[www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

[www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org) (Mental Health Europe)

[www.psikiyatri.org](http://www.psikiyatri.org) (Türk Psikiyatri Derneği)

[www.wfmh.org](http://www.wfmh.org) (World Federation for Mental Health)

[www.wpanet.org](http://www.wpanet.org) (World Psychiatric Association)

[www.who.int](http://www.who.int)

*Ek 1:*

*Sayın Katılımcı,*

*Aşağıdaki sorular Türkiye’de intihar olgusu bağlamında Ruh Sağlığı Politikalarının incelenmesi konusunda olan çalışmam için derlenmiş olup, bilimsel bir değerlendirme olabilmesi açısından gerekli uzman görüşlerinin alınması noktasında cevaplarınıza başvurulmaktadır. Türkiye’de Ruh Sağlığı açısından genel bir çerçeve sunacağını düşündüğüm bu sorulara vereceğiniz her cevap çalışmam için anlamlı ve önemli olacaktır. Katılımınızdan ve yaptığınız katkılardan dolayı yürekten teşekkür ederim.*

*Demet AKARÇAY*

1. Toplum temelli hizmet kapsamında hastalara hizmet sunumu açısından yeni açılan toplum ruh sağlığı merkezlerini nasıl değerlendirdiğinizi kısaca açıklar mısınız?
2. Ruh sağlığı alanında çalışan personel düşünüldüğünde, bu hizmetlerin daha iyi yerine getirilmesi için personele yönelik olarak yapılabilecek faaliyetlerin neler olduğunu ve olmasını gerektiğini, yani mevcut durum ile olması gereken durum arasında bir karşılaştırma yaparak açıklayabilir misiniz?
3. Genel olarak Türkiye’deki ruh sağlığı (hizmetleri) politikalarını nasıl değerlendiriyorsunuz?
4. Genel olarak değerlendirdiğinizde, Türkiye’deki ruh sağlığı politikaları ile ilgili temel problemler nelerdir?
5. Genel olarak değerlendirdiğinizde, Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetleri ile ilgili olarak ne tür politikalar önerirsiniz?