



**SAĞLIK HİZMETLERİ VE RUHSAL HASTALIKLARDA HİZMET
MODELLERİ: BİR UYGULAMA**
**SERVICE MODELS IN MENTAL DISORDERS AND HEALTH CARE
SERVICES: AN APPLICATION**

Dr. Elçin GÜVEN

E.A. Mali Müşavirlik A.Ş., elcinguven@windowslive.com, orcid.org/0000 0003 09200861

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (20.02.2021-10.04.2021)

Özet

Sağlık sektörü, günümüzde, dünya ekonomisinin önemli bir parçası haline gelmiştir. Toplumsal ve ekonomik gelişmenin temel unsurlarından biri sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin en önemli alanlarından birisi de Ruh sağlığı hizmetleridir. Ruh sağlığı hizmetlerinde amaç, herkes için fiziksel ve ruhsal sağlık bakımının sağlanmasıdır. Bu çalışmada, sağlık hizmetleri, ruhsal hastalıklar ve hizmet modelleri, ruh sağlığının tarihi ve önemi ele alınmıştır. Analiz kısmında, jamovi uygulaması yapılmıştır. Bağımlı değişken ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki yatak oranları, bağımsız değişkenler ise; ruh sağlığı ayakta tedavi tesisi, günlük tedavi olanakları, genel hastanelerdeki psikiyatri yatakları, konaklama tesisleri, konaklama tesislerinde yatak oranları, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri oranları incelenmiştir. Uygulama sonucunda, bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişkeni %78,9 etkilediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmetleri, Ruh Sağlığı Hizmetleri, Ruhsal Hastalıklar, Hizmet Modelleri

Abstract

Health sector has become an important segment of the world economy nowadays. One of the main factors of social and economic development is health care services. One of the most significant fields of health care services is considered to be mental health services. The purpose of the mental health services is to provide everybody with both physical and mental health care services properly. Health care services, mental disorders and service models, historical background and importance of mental health care services have all been discussed within the content of this research study. The application of jamovi method has been performed in the analysis phase of this study. Various independent and dependent variables have been dealt with such as the rates of beds in psychiatric hospitals as dependent variables and in ambulatory medical centres as

independent variables, daily health care opportunities, numbers of psychiatry beds in general hospitals, accommodation centres, rates of beds in accommodation centres and also the rates of psychiatric hospitals have all been examined. As a result of this application, it has been observed that those independent variables affect the dependent variables at the rate of 78.9 %.

Key Words: Health Care Services, Mental Health Services, Mental Health Disorders, Service Models

GİRİŞ

Türkiye’de ve birçok ülkede yapılan çalışmalarda ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumların olumsuzdan olumluya doğru değişmekte olduğu bilinmektedir. Fakat bu değişim istenen düzeyde değildir. 1940’tan sonra, ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik toplumsal tutumlar, birçok araştırmaya konu olmuştur. Bu araştırmalar sonucunda ruhsal hastalığı olan bireylere karşı toplumun hem olumlu, hem de olumsuz bir tutuma sahip olduğu şeklinde çelişkili görüşleri olduğu ortaya çıkmıştır (Yüksel vd., 2015:27). Dünya genelinde, ruhsal bozukluklar, hastalık yükü oranlarında artış gösteren gruptadır. Toplumlar da yıkıcı etkisi bulunan ruhsal hastalıklara, her iki kişiden birinin yaşamları süresince yakalandığı bilinmektedir (Taipale, 2001:531-532). Gelişmemiş ülkelerde sağlık hizmetleri bedellerinin, devlet desteği olmadan, hastaların kendi bütçeleri çerçevesinden karşıladıkları görülmektedir. (Dixon vd, 2006:171). Ruh sağlığı hizmetlerine gereken önemin verilmemesinin nedenlerinden bazıları; maddi olarak yeterli desteğin yapılmaması, uzman hekimlerin, hemşirelerin ve sağlık personelinin yetersizliği olarak gösterilmektedir (Çakmak ve Konca, 2019:54). Toplumsal açıdan ruh sağlığı ile ilgili problemlerin çok sık görülmesi, ekonomik kayıplara sebep olmaktadır. İnsanlık tarihi boyunca fiziksel sağlık somut nedenlerden dolayı sürekli geliştirilen bir konu iken ruhsal hastalıklara gereken önem verilmemiştir. Bu duruma toplumun tutum ve davranışları da dahil olunca, problemler gizlenmiş, hastaların durumları gün geçtikçe kötüye gitmiştir (Ocaktan vd, 2004:63-64). Bu çalışmada; sağlık hizmetleri, ruhsal hastalıklar ve hizmet modelleri, psikiyatri ve ruh ve sinir hastalıkları hastane oranları ele alınacaktır. Çalışmada jamovi uygulaması yapılacaktır. Ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki yatak oranları bağımlı değişken olarak ele alınacaktır. Bağımsız değişkenler; ruh sağlığı poliklinik olanakları, ruhsal hastalıklarda günlük tedavi olanakları, genel hastanelerdeki psikiyatri yatakları, konaklama olanakları ve konaklama için ayrılan yer ve yatak oranlarıdır.

Sağlık Hizmetleri, Ruhsal Sağlığı Alanında Hizmet Modelleri

Sağlık hizmetlerinin ana konusu insan sağlığıdır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri sunumu ve devamlılığı büyük önem taşımaktadır (Taş, 2012:79). Sağlık hizmetleri üçe ayrılmaktadır. Bunlar (Altay, 2007:34) ;

- Koruyucu Sağlık Hizmetleri
- Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
- Rehabilitasyon Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetleri diğerlerine göre öncelikli ve önemlidir. Çünkü tedavi etmekten, korumak daha az maliyetlidir. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine bağlı olarak tüm sağlık hizmetlerinin verimliliği ve etkinliği de artmaktadır (Altay, 2007:34).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri; tüm tedavi hizmetlerini kapsamaktadır. Aile hekimleri, birinci basamağın yetersiz olduğu durumlarda, tedavi edici sağlık hizmetlerine sevk eder. Üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri, özel hastaneler, evde bakım hizmetleri, özel muayenehaneleri kapsayan hizmetlerdir. Tedavi edici sağlık hizmetleri üç basamağa ayrılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde; tedavinin ayakta veya evde yapıldığı, iyileştirici sağlık hizmetleridir. Öncelikle hastalar, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurur. Hekimin kararıyla, bir üst basamağa gönderilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri; hastaların sağlık kuruluşlarına yatışının yapılarak tedavi edildiği hizmetlerdir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; dal hastaneleri, üniversiteler, tıp fakülteleri gibi en iyi tıbbi teknolojilerin uygulandığı sağlık hizmetleridir (Başol, 2015:130). Toplumun sağlığını geliştirmek ve korumak yalnızca hastalıkların tedavisinden oluşmaz. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden sonra hastalarda bazı fiziksel engeller meydana gelmektedir. Yaşanan fiziksel engellerden dolayı, ruhsal veya bedensel yardıma ihtiyacı olan hastaların hayatlarını devam ettirmeleri için verilen hizmete rehabilitasyon hizmeti denir.

Rehabilitasyon hizmetleri ikiye ayrılmaktadır. Bunlar;

- Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri
- Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri

Sosyal Rehabilitasyon hizmetleri; engelli kişilerin hayatlarını devam ettirebilmeleri için iş edinme ve topluma uyum sağlamaları için sosyal ve ekonomik yapılan çalışmaları kapsamaktadır. Tıbbi rehabilitasyon hizmetleri; yaşanan hastalık veya kaza sonucunda, kişilere fizik tedavi yapılması ya da protez takılması ile kişilerin iyileşmeleri için yapılan çalışmalardır (Atlı ve Yücel, 2018:52-53). Ruhsal hastalıkları tedavi eden hastanelerin amacı; ruh hastalıkları ile ilgili teşhis, tedavi ve araştırma yapmaktır. Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, vakıf hastaneleri, özel hastaneler, devlet hastaneleri çoğunlukla kamu sektörü tarafından ruhsal hastalıklar için sağlık hizmet sunumları yapılmaktadır (Var ve Ceyhan, 2016:1062). Gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda madde bağımlılığı, demans, şizofreni ve depresyon vb. hastalıklarla mücadele eden kişilerin büyük çoğunluğu bu hastalıklarla kendileri baş etmeye çalışmaktadırlar. Milyonlarca kişiyi etkileyen ruhsal hastalıkların, giderek büyüyen hastalık yükü ekonomik kayıplara sebep olmaktadır. Ruhsal hastalıklar yeni sağlık programlarında diğer hastalıklar ölçüsünde kapsamamaktadır. Bu yüzden hem hastalar hem aileleri için ekonomik kayba neden olmaktadır (Erginöz, 2008:32-33). Ruh sağlığı hizmetlerinde üç amaç vardır. Bunlar(Samele vd, 2013:21);

- Sağlık sistemleri herkes için fiziksel ve ruhsal sağlık bakımı sağlar
- Ruh sağlığı hizmetleri diğer sektörlerle iyi koordine edilmiş ortaklıklarda çalışır
- Ruh sağlığı yönetimi ve iyi sunulan hizmet, bilgi birikimi yüksek sağlık personeli ile yürütülür.

Ruh hastaları, ilk çağlar'da, bedeni şeytan tarafından ele geçirilmiş kişi olarak görülmekteydi. Orta Çağ'da, ruh hastaları aileleri tarafından dışlanmış ve çeşitli işkenceler uygulandığı bilinmektedir. Londra'daki Hospital of St. Mary of Bethlehem ilk akıl hastanesidir. St. Mary of Bethlehem Hastanesi, akıl hastaları için sığınak olarak düşünülmüş fakat genellikle hücrelere kapatılarak tedavi olabileceklerine inanılmaktaydı. Philippe Pinel ile Fransa'da ve William Tuke ile İngiltere'de modern psikiyatrik tedavi hizmetleri başladı. Moral tedavi yaklaşımını, P. Pinel, 1793'te, hastalara uygulamaya başladı. William Tuke, York Retreat Hastanesini kurmuştur ve hastaların tedavisinde pozitif yaklaşımı savundu. Amerika'da genel hastanelerin tümüne, Benjamin Franklin, sayesinde ruh hastaları tedavi edilmeye başlandı. Philadelphia'da bulunan, Pennsylvania

Hospital, 1751’de, ruh hastalarını tedavi eden ilk genel hastanedir (Özbaş ve Buzlu, 2011:188). İnsan sağlığını, ‘Dünya Sağlık Örgütü’ fiziksel ve ruhsal açıdan iyilik halinin sürekliliği olarak tanımlamaktadır. Dünyada yaklaşık 500 milyon kişinin ruhsal hastalıklarla mücadele ettiğini her dört kişiden birinin ruhsal hastalığı olduğunu Dünya Sağlık Örgütü açıklamıştır. Fiziksel hastalığı olan kişilerle ruhsal hastalığa sahip kişiler karşılaştırıldığında, ruhsal hastalığa sahip kişiler yaşamlarında iki kat daha fazla zorlanmaktadır. Ruhsal hastalığı olan kişiler hem hastalığın semptomları hem ruhsal hastalıklar hakkındaki önyargılarla mücadele etmek zorundadırlar. Bu yüzden ruhsal hastalığı olan kişiler, kaliteli yaşam standartları ve iletişim kurmada zorluklar yaşamaktadırlar (Malas, 2019:1172).

Amerika ve Avrupa başta olmak üzere dünyada, yirminci yüzyılın ortalarında, ruhsal hastalıkların tedavilerinin toplum içinde yapılması için gerekli olan politikalar geliştirilmeye başlandı. Geliştirilen bu politikalar ile ailesiyle yaşamak zorunda olan hastalar için destekleyici hizmetler, uzun yıllar klinikte tedavi gören kimsesiz-bakıma muhtaç hastalar için devlet tarafından evler açıldı. Yatılı bakım hizmetlerinin verilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması amaçlandı. Yapılan düzenlemeler sayesinde 2000’li yılların sonlarına doğru, özel yatılı bakım merkezleri sayıları artırıldı. (Kılıç ve Yılmaz, 2018:2).

Tablo 1: Birinci Basamakta En Sık Raslanılan Psikiyatrik Hastalıkların Dağılımı

Ülkeler	Depresyon	Anksiyete	Alkol Bağımlılığı	Bütün Mental Hastalıklar
Ankara-Türkiye	11.6	0.9	1.0	16.4
Atina-Yunanistan	6.4	14.9	1.0	19.2
Bangalore, Hindistan	9.1	8.5	1.4	22.4
Berlin, Almanya	6.1	9.0	5.3	18.3
Groningen, Hollanda	15.9	6.4	3.4	23.9
Ibadan, Nijerya	4.2	2.9	0.4	9.5
Mainz, Almanya	11.2	7.9	7.2	23.6
Manchester, Birleşik Krallık	16.9	7.1	2.2	24.8
Nagasaki, Japonya	2.6	5.0	3.7	9.4
Paris, Fransa	13.7	11.9	4.3	26.3
Rio de Janeiro, Brezilya	15.8	22.6	4.1	35.5
Santiago, Şili	29.5	18.7	2.5	52.5
Seattle, ABD	6.3	2.1	1.5	11.9
Shanghai, Çin	4.0	1.9	1.1	7.3
Verona, İtalya	4.7	3.7	0.5	9.8
Toplam	10.4	7.9	2.7	24.0

Kaynakça: (Erginöz, 2008:33)

Ruhsal bozukluklar, dünya çapında en yaygın sağlık sorunları arasındadır ve bu nedenle, en önemli küresel sağlık önceliği olarak kabul edilmelidir. Her yıl toplam AB nüfusunun üçte birinden fazlası, bu dünya bölgelerindeki morbidite yüküne en büyük katkı sağlayan ruhsal bozukluklardan muzdariptir (Colosial vd, 2019:210-211).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Antik çağlarda eski Yunan ve Romalı hekim ve filozofları tanımladığı depresyon, en eski hastalıklardan birisidir. Depresyon melankoli içinde ele alınmıştır. 19.yüzyılın sonuna kadar modern düşüncelerin çoğu Fransız ve Alman okullarının çalışmaları ile gelişmiştir. Zamanla, depresyon ile ilgili araştırmalar doğaüstü açıklamalardan naturalistik açıklamalara kaymıştır. Yirminci yüzyılda teknolojik gelişmeler ile depresyonun çağdaş modelleri oluşmuştur (Yetkin ve Özgen, 2007:1-2).

Depresyon oranları incelendiğinde, 29.5 ile Şili ilk sırada, ikinci sırada Birleşik Krallık, üçüncü sırada Hollanda, dördüncü sırada Brezilya vardır.

Anksiyete tanımlanması zor bir korku ve endişe duygusudur. Göğüste sıkışma hissi, kalp çarpıntısı, terleme, baş ağrısı, huzursuzluk, dolanıp durma isteği de anksiyetenin sık görülen belirtileridir (Türkçapar, 2004:13). Anksiyete oranlarında ilk sırayı Brezilya, ikinci sırayı Şili, üçüncü sırayı Yunanistan, dördüncü sırada da Fransa bulunmaktadır.

Alkol bağımlılığı, kronik bir hastalıktır. Bağımlılık; kişinin kendisine zarar verdiğini bildiği halde madde kullanmaya devam etmesi, kullandığı madde dozunu giderek arttırması ile fiziksel, bilişsel ve davranışsal belirtilerle seyreden bir hastalıktır (Dişsiz, 2015:91). Alkol bağımlılığında, ilk sırada Almanya, ikinci Fransa, üçüncü Brezilyadır. Bütün mental hastalık oranlarında 52.5 ile Şili birincidir ve sıralamayı 26.3-Fransa, 24.8-Birleşik Krallık, 23.9-Hollanda izlemektedir.

Tüm Dünya’da ruh sağlığı alanında üç hizmet modeli bulunmaktadır. Bunlar (Sağlık Bakanlığı, 2011:21) ;

- Hastane Temelli Model
- Toplum Temelli Model,
- Toplum- Hastane Denge Modeli

Hastane Temelli Model; Dünya’da kullanılan en eski modeldir. 1800’lü yıllardan 1960’lı yıllara kadar bu model kullanılmıştır. Bu dönemde ortalama 2000 yatak kapasiteli ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri kurulmuştur. İngiltere’de bu dönemde 120.000 yataklı hastaneler kurulmuştur. Model, 1960’lardan itibaren kullanılmaya başlanmıştır. Başlıca sebepleri; hasta haklarının ihlali, tedavi kurumlarının kalabalık olması vb’dir. Türkiye’de bu model, atak esnasında hastaneye kaldırılma, poliklinik hizmetleri, kimsesiz hastaların çok uzun sürelerle hastanede bakımlarının devam ettirilmesi olarak özetlenmektedir. Sunulan hizmetler hastalıkların atak dönemine odaklanmaktadır. Hastalığın temelini oluşturan etkenlere çözüm sunmamakta, hastanın yaşamına katkıda bulunmamaktadır. Hastaların kontrole gelmeleri ve ilaç kullanımına devam etmeleri çoğunlukla kendi sorumluluklarında veya bilinçlendirme yapılmamış ailelerinin denetimindedir (Sağlık Bakanlığı, 2011:21).

Philip Pinel ve William Tuke tarafından savunulan, moral tedavi yaklaşımında, hastalığın temel sebebinin çevresel faktörler olduğunu ve hastalığın tedavisinin hastaların buldukları çevreden uzaklaşmaları ile gerçekleşeceğini savunmuşlardır. Amerika’da ruhsal hastalıklarla ilgili hastanelerin yaygınlaşmasını sağlayan Dix, ruhsal hastaların tedavilerinin psikososyal tedavi yöntemleriyle kontrollü ortamlarda olacağını savunmuştur (Ritter ve Lampkin, 2012:9).

Toplum Temelli Model; 20. yüzyılın ortalarında Batı Avrupa’daki ülkeler akıl sağlığı hizmetlerini akıl hastanelerinden toplum temelli ortamlara kaydırmaya başladı. Ruh sağlığı hizmetlerini

79

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(GÜVEN, E)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

kurumsallaştırmaya yönelik bu hareket, ruh sağlığı hastalarının karşılaştığı kötü koşullar ve insan hakları ihlallerine karşı artan kamuoyu bilinci ve rahatsızlığı, akıl hastanelerinin artan maliyeti ve etkili psikotropik ilaç tedavisinin başlatılması gibi çeşitli faktörlerden kaynaklandı (Salisbury vd, 2016:2) .

Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiye ettiği bu model, İtalya'da 1960'larda uygulanmaya başlanmıştır. Aynı zamanda İngiltere, Almanya, Fransa'da da uygulanmaya başlanmıştır. Toplum temelli ruh sağlığı sisteminde üç unsur bulunmaktadır: Coğrafi temelli hizmet, ruh sağlığı ekibi ile verilen hizmet, tanımlanmış bölgeye hizmet için kurulmuş 20 yataklı kapalı psikiyatri servisi (Karataş ve Çalışkan, 2020:36-37). Her hasta için yapılacaklar planlıdır. Amaç ruhsal rahatsızlığı olan hastaların tedavilerinin yapılmasıdır (Yanık, 2007:16-17).

Toplum-Hastane Denge Modeli; tüm ruh ve sinir hastalıkları hastanelerini tamamen kapatıp, ruh sağlığı hizmetlerini ülkeye yaymayı amaçlamaktadır. Fakat bu modelin maliyeti yüksektir. Bu modelde amaç; toplum psikiyatrisi modelinin kurularak ağır hastaların tedavilerinin toplum içinde sağlandığı, diğer hastaların tedavilerinin aile hekimlerine entegre edildiği özgün sistem, ülkemiz için en uygun toplum-hastane denge modelidir. Ağır ruh hastalarının tedavisi ve bakımı ile ilgili hastane temelli model veya toplum temelli model yeterli değildir. Bu sebeple, ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda bu iki modelin faydalı yönleri ele alınarak karma bir modelin oluşturulmalıdır. Oluşturulacak modelde, önemli olan noktalar, hastane yatış sürelerinin azaltılması ve ruh sağlığına ayrılan bütçenin hastanelere değil, toplum temelli hizmetlere aktarılmasıdır. Ruh sağlığı hastalarına, toplum temelli hizmet modeli kapsamında, tedavi ve bakım sağlanması, akıl hastanelerinin kapatılması ve hastaların hastaneye yatırılmadan tedavi edilmesi yönünde dünya çapında bir istek vardır. Fakat, ağır ruh hastalıklarının bazı durumlarda hastaneye yatırılması gereklidir. Hastaya bakım verecek kimsesinin olmaması, hastanın kendisi ve toplum için tehlike oluşturması, hastanın toplumdan ve kendisinden korunmasının gerekmesi, hastanın tedavide iş birliği yapmaması, hastaya uygun tanı konulması, yüksek riskli ilaçların kullanılması gibi durumlarda kişinin hastaneye yatışı gereklidir (Songur vd, 2017:279).

Ruh sağlığı hizmetlerinde beş müdahale modeli bulunmaktadır. Bunlar (Akarçay, 2013:31-32-33) ;

- İlaç ve Tedavi Temelli Yaklaşımlar
- Beceri Temelli Yaklaşımlar
- İhtiyaç Temelli Yaklaşımlar
- Sosyal Yeti Yitimi ve Erişim Modeli Yaklaşımı
- Afetlerde Ruh Sağlığı ve Travmaya Sosyal Yaklaşımlar

İlaç ve tedavi temelli yaklaşımlar hastalıkların tanı-tedavisini amaçlamaktadır. Tıp fakültelerindeki eğitimin temelini ilaç ve tedavi temelli yaklaşımlar oluşturmaktadır. Fakat bu yaklaşım, kronik hastalıklarda çözüm yetersiz kalmaktadır.

Beceri temelli yaklaşımlar; kişilere sağlıkta uygulanan çeşitli becerilerin öğretilmesi ile ilgilidir. Fakat bu yaklaşımın gerçek hayata geçirilmesi ile ilgili sorunlar vardır.

İhtiyaç temelli yaklaşımlar; sağlık ve tedavi hizmetleri sunulduktan sonra topluma uyumları için hizmetlerin aynı anda yapıldığı yaklaşımdır. Bu yaklaşımdaki sorun; belirli sağlık standartlarının sağlanamamasıdır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Sosyal yeti yitimi ve erişim modeli yaklaşımı; ruhsal hastalıkları olan hastaların yaşadığı zihinsel ve davranışsal problemlerin çözülmesi amacıyla yapılacak tüm faaliyetleri kapsamaktadır.

Afetlerde ruh sağlığı ve travmaya sosyal yaklaşımlar; engellilik, yaşanan kazalar veya afet gibi durumlar sonucunda meydana gelen travmalara yönelik stratejilerin uygulanmasıdır. Ruh sağlığı hizmetlerinde, ruhsal hastalıkları önleme aşamasında üç düzey vardır. Bunlar; birincil, ikincil ve üçüncül düzeydir. Birincil önleme; işsizlik, kayıp, travma gibi sebeplere bağlı olarak ruhsal hastalık oluşma riski olan kişilere yönelik hizmetlerdir. İkincil düzeyde; hastalığın erken tanı ve tedavisinin yapıldığı ve hastalığın tekrarlanmasının azaltıldığı hizmetlerdir. Üçüncül düzeyde; kronikleşmiş hastalıklarla ilgili hizmetlerdir. Türkiye’de, Ruh Sağlığı Politikası Raporu’nda, ruh sağlığı hizmetlerinde, hizmet alanların memnuniyeti, koordinasyon, tedavinin devamlılığı, ulaşılabilirlik önemli ölçütlerdir (Akarçay, 2013:31-32-33).

Son yıllarda mental hastalıklarla ilgili farkındalıklar devletlerin uyguladıkları sağlık politikaları ve sağlık harcamaları ile önem kazanmıştır. Her yıl mental hastalıkların sebep olduğu durumlar nedeniyle çalışan üretkenliğinde 16.8 milyar dolar kaybedilmektedir (Greenwood, Bapat, Maughan, 2021).

Literatür taramasında, sağlık hizmetleri ve ruhsal hastalıklar ile ilgili olarak yapılan önemli çalışmalar ise şöyle sıralanabilir;

2004 yılında yapılan birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri

2007 yılında yapılan ruhsal hastalıklara yönelik tutumların ruh sağlığı hizmetlerine etkisi,

2018 yılında yapılan Türkiye’de ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik kurum bakım hizmetleri ve bu hizmetlerde sosyal hizmet uygulamaları

2018 yılında yapılan psikiyatrik sosyal hizmet- koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı alanında sosyal çalışmacıların rolü

2019 yılında yapılan Seçilmiş OECD Ülkelerinin Ruh Sağlığı Hizmetleri Performansının Değerlendirilmesidir.

Tablo 2: Psikiyatr ve Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastane Oranları

Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Psikiyatrlar (100.000 kişiye düşen oran)			Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri (100.000 kişiye düşen oran)		
Brezilya	2016	3.16	Brezilya	2016	0.069
Bulgaristan	2016	7.2	Bulgaristan	2016	0.167
Mısır	2016	1.6	Kanada	2017	0.057
Hindistan	2016	0.29	Çin	2015	0.068
İsrail	2016	9.87	Almanya	2015	0.335
Japonya	2016	11.87	Yunanistan	2016	0.027
Meksika	2016	0.21	İsrail	2016	0.161
Yeni Zelandada	2016	28.54	Japonya	2016	8.314
Norveç	2016	48.04	Meksika	2016	0.079
Polonya	2016	24.18	Norveç	2016	0.577
Romanya	2016	5.66	Rusya	2015	0.136
Arabistan	2016	1.32	Singapur	2016	0.018
Singapur	2016	4.19	İspanya	2015	0.183
İsveç	2016	20.86	Türkiye	2016	0.011
Türkiye	2016	1.64	Arabistan	2016	0.011
Amerika	2016	10.54	Amerika	2016	0.189

Kaynak: (www.who.int, Erişim Tarihi: 05.11.2020)

Tablo 2’de, 2016 yılında 100.000 kişiye düşen psikiyatr oranları incelendiğinde en yüksek oranlar, 48.04 ile Norveç, 28.54 ile Yeni Zelandada, 24.18 ile Polonya ve 20.86 ile İsveç’te bulunmaktadır. Ruh ve sinir hastalıkları hastane oranları 100.000 kişiye düşen en yüksek oranlar, 8.314 ile Japonya, 0.577 ile Norveç’tir. En düşük oranlar, 0.011 ile Türkiye ve Arabistan’dır.

Tablo 3: Ruhsal Hastalıklara Yapılan Harcamalar (2015)

Ülkeler	Million EUR	% of GDP
EU28	607.074	4.10
Avusturya	14.930	4.33
Belçika	20.740	5.05
Bulgaristan	1.067	2.36
Hırvatistan	1.785	4.01
Kıbrıs	596	3.21
Çek Cumhuriyeti	4.132	2.45
Danimarka	14.627	5.38
Estonya	572	2.81
Finlandiya	11.140	5.32
Fransa	81.345	3.71
Almanya	146.536	4.81
Yunanistan	5.311	3.01
Macaristan	3.454	3.12
İrlanda	8.299	3.17
İtalya	54.487	3.30
Letonya	789	3.24
Litvanya	990	2.64
Lüksemburg	1.634	3.14
Malta	314	3.29
Hollanda	34.969	5.12
Polonya	12.952	3.01
Portekiz	6.580	3.66
Romanya	3.400	2.12
Slovak Cumhuriyeti	2.061	2.61
Slovenya	1.602	4.13
İspanya	45.058	4.17
İsveç	21.677	4.83
İngiltere	106.024	4.07
İzlanda	753	4.93
Norveç	17.299	4.97
İsviçre	21.679	3.54

Kaynak: (WHO, Mental Health Atlas 2011)

Tablo 3'te, ruhsal hastalıklara yapılan gayri safi yurt içi hasıla içindeki oranlarında en fazla harcamayı 5.38'lik oranla Danimarka, 5.32'lik oranla Finlandiya, 5.05'lik oranla Belçika ve 4.97'lik oranla Norveç yapmıştır. En düşük harcama, 2.12'lik oranla Romanya'da bulunmaktadır.

Tablo 4: 2019 Yılında Açılan Psikiyatri Merkezleri

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi-2019	Ayakta Arındırma Merkezi	Yataklı Arındırma Merkezleri
Adana Seyhan Devlet Hastanesi	Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim Araştırma Hastanesi	Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (KADIN AMATEM)
İstanbul Kâğıthane Devlet Hastanesi	Hakkari Devlet Hastanesi	Cizre Devlet Hastanesi (AMATEM)
İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi	Çankırı Devlet Hastanesi	Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (ÇEMATEM)
İstanbul Bayrampaşa Devlet Hastanesi	Siirt Devlet Hastanesi	Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi
	Ordu Devlet Hastanesi	
	Bayburt Devlet Hastanesi	
	Adıyaman Kahta Devlet Hastanesi	
	Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi	
	Zonguldak Karadeniz Ereğli Devlet Hastanesi	

Kaynak:(Sağlık Bakanlığı, 2019:114)

Tablo 4'te, toplum ruh sağlığı merkezi-2019, ayakta arındırma merkezi, yataklı arındırma merkezlerinin bulunduğu iller ve hastaneler yer almaktadır. Türkiye'de, şehir hastaneleri kapsamında ilk kez, yüksek güvenlikli adli psikiyatri hastaneleri açıldı. Hastanelerimiz; Adana, Kayseri, Elazığ ve Eskişehir illerinde hizmet vermektedir.

Mental ve nörolojik bozukluklar, küresel hastalık yükünün %10'unu ve ölümcül olmayan hastalık yükünün %30'unu oluşturmaktadır. Ayrıca mental bozukluklar, Uluslararası Hastalık Kodları-10'da (ICD) 12.9 gün ile hastanede en fazla yatış süresine sahiptir (Boz vd., 246:2020).

Araştırmanın Amacı ve Kısıtları

Sağlık hizmetleri, ruhsal sağlığı alanında hizmet modelleri literatür kısmında ele alınmıştır. Uygulama kısmında ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki yatak oranları değişkeni bağımlı değişkendir. Bağımsız değişkenler ise; ruh sağlığı ayakta tedavi tesisi, günlük tedavi olanakları, genel hastanelerdeki psikiyatri yatakları, konaklama tesisleri, konaklama tesislerinde yatak oranları, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri oranları karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Amaç, dünya genelinde Dünya Sağlık Örgütünde bulunan en güncel verilerle, ruh ve sinir hastalıkları için yapılan sağlık hizmetlerini değerlendirmektir. Veriler, Dünya Sağlık Örgütü'nde bulunan mental hastalıklar atlası 2011 yılına aittir.

Yöntem

Çoklu regresyon analizi için geliştirilen modeller, daha fazla terim içermeleri dışında basit lineer regresyon modellerine benzemektedirler ve düz bir doğrudan daha karmaşık ilişkileri incelemek için kullanılabilirler. Örneğin, veri işleme (data-processing) işini yerine getirmek için ihtiyaç

duyulan ortalama zaman $E(y)$ ' nin bilgisayar kullanımı arttıkça arttığını ve ilişkinin eğri-doğrusal olduğunu düşündüğümüzü varsayalım. Deterministik unsuru modellemek için, düz-doğru modeli $E(y) = \beta_0 + \beta_1 X_1$ kullanma yerine aşağıdaki quadratik modeli kullanılabilir (Jamovi Project, 2020).

$$E(y) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_1^2$$

Burada X_1 bilgisayar kullanımını ölçen bir değişkendir. Sıkça ikinci sıradan model olarak atfedilen quadratik model parabol olarak grafik verir ve düz-doğru veya birinci sıradan_modelin aksine, ilişkideki eğriliğe izin vermektedir.

Buna ilaveten, eğer işi yerine getirmek için ihtiyaç duyulan zamanın işin büyüklüğü X_2 ile de ilişkili olduğunu düşünüyorsak, modele X_2 , yi dahil ederiz. X_1 ve X_2 , nin bir fonksiyonu olarak $E(y)$ ' nin grafiği (x_1, x_2) düzlemi üzerinde bir yüzeyi (cevap yüzeyi olarak adlandırılır) andırır (Jamovi Project, 2020).

Örneğin, birinci-dereceden model

$$E(y) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2$$

(x_1, x_2) -düzlemi üzerinde düz bir yüzeyi andırmaktadır. Örneğimiz için (ve birçok gerçek yaşam uygulamaları için), cevap yüzeyinde eğim olmasını beklenir ve ilişkinin modelini oluşturmak için ikinci-sıradan bir model kullanılır.

$$E(y) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_1 X_2 + \beta_4 X_1^2 + \beta_5 X_2^2$$

Şimdiye kadar yazılan bütün modeller genel lineer modeller olarak isimlendirilmektedir, çünkü $E(y)$ bilinmeyen parametrelerin $\beta_0, \beta_1, \beta_2, \dots$ lineer bir fonksiyonudur. Aşağıdaki model lineer değildir.

$$E(y) = \beta_0 e^{-\beta_1 x}$$

Çünkü $E(y)$, bilinmeyen model parametreleri β_0 ve β_1 'in lineer bir fonksiyonu değildir.

Bilgisayar kullanımı (X_1) ve işin büyüklüğünü (X_2) ölçen bağımsız değişkenlerin her ikisi de kantitatif değişkenlerdir. Yani, ölçümlerin miktar veya niceliğini ölçerler. Örneğin, bir işin yapılması için ihtiyaç duyulan ortalama zaman uzunluğunun işin yapıldığı haftanın günü ile ilişkili olduğunu varsayıldığında, kalitatif bağımsız değişken, haftanın günü, yapay (veya index) değişkenler kullanılarak modele dahil edilebilir. Modeldeki diğer terimleri (kantitatif bağımsız değişkenlere karşılık gelenleri) ihmal ederek, aşağıdaki modeli yazılmaktadır (Jamovi Project, 2020).

$$E(y) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6$$

Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışmamızda kullanılan veriler Dünya Sağlık Örgütü' nden alınmıştır. Jamovi programı kullanarak değerlendirilmiştir. Jamovi, R istatistik dilinin üzerine yapılandırılmış, açık kaynak kodlu istatistik yazılımıdır. Ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki yatak oranları değişkeni bağımlı değişkendir. Bağımsız değişkenler ise; ruh sağlığı ayakta tedavi tesisi, günlük tedavi olanakları, genel hastanelerdeki psikiyatri yatakları, konaklama tesisleri, konaklama tesislerinde yatak oranları, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri oranları değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışmada ilk olarak Jamovi yöntemi ile ülkelerin 6 farklı mental sağlık oranları ele alınmıştır. Afganistan, Arnavutluk, Almanya, Amerika, Arabistan, Avustralya, Azerbaycan, Bangladeş, Belçika, Bosna Hersek, Brezilya, Çek Cumhuriyeti, Çin, Etiyopya, Finlandiya, Fransa, İzlanda, İngiltere, Irak, İran, İrlanda, İspanya, İsrail, İtalya, Japonya, Katar, Kırgızistan, Kore, Kosta Rika, Lüksemburg, Macaristan, Meksika, Özbekistan, Polonya, Portekiz, Rusya, Singapur, Slovenya, Şili, Türkiye, Yemen, Yunanistan'ı içeren 42 devletin oranları değerlendirilmiştir.

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	1593.101	4291.323	0.371	0.713
Ruh Sağlığı Ayakta Tedavi Tesisi	-1.451	1.046	-1.387	0.174
Günlük Tedavi Olanakları	18.551	9.326	1.989	0.055
Genel Hastanelerdeki Psikiyatri Yatakları	1.970	0.409	4.813	<.001
Konaklama Tesisleri	-2.189	0.818	-2.677	0.011
Konaklama Tesislerinde Yatak Oranları	-0.762	0.367	-2.076	0.045
Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri	53.557	20.009	2.677	0.011

R²=0,789

$$Y = -1593.101 -1,451X_1 +18.551X_2 +1.970X_3 -2.189 X_4 -0.762X_5 +53.557X_6$$

Y= Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerindeki Yatak Oranları

X₁=Ruh Sağlığı Ayakta Tedavi Tesisi

X₂=Günlük Tedavi Olanakları

X₃= Genel Hastanelerdeki Psikiyatri Yatakları

X₄=Konaklama Tesisleri

X₅=Konaklama Tesislerinde Yatak Oranları

X₆=Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri

Bağımlı değişken olan ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki yatak oranlarını, ruh sağlığı ayakta tedavi tesisi -1.451, günlük tedavi olanakları +18.551, genel hastanelerdeki psikiyatri yatakları +1.970, konaklama tesisleri -2.189, konaklama tesislerinde yatak oranları -0.762, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri +53.557 oranlarında etkilediği görülmektedir.

Çalışmamızda bağımsız değişkenlerin Ruh Sağlığı Ayakta Tedavi Tesisi, Günlük Tedavi Olanakları, Genel Hastanelerdeki Psikiyatri Yatakları, Konaklama Tesisleri, Konaklama Tesislerinde Yatak, Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri, bağımlı değişkeni (Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerindeki Yatak Oranları) açıklama oranı %78,9'dur. Ülke ayrımı olmadan denklem belirlenmiştir.



SONUÇ

Tarihsel süreçte, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerine büyük önem verilmiştir. Sağlık hizmetleri içinde, ruhsal hastalık hizmetleri önemli paya sahiptir. Tüm dünyada, ruhsal hastalıklar artmaktadır. Böylelikle, ruhsal hastalık hizmetlerine ihtiyaç çoğalmıştır. Sağlık hizmetlerine ayrılan pay, ruhsal hastalıklardaki hizmetin kalitesine de doğrudan etkilemektedir. Ruhsal hastalıklarda hizmet modelleri üçe ayrılmaktadır. Hastane temelli modelde, tüm harcamalar, devlet tarafından finans edilirken, toplum temelli modelde, harcamalar, sosyal hizmetler ve yerel yönetimler tarafından karşılanmaktadır. Uzun yıllar, birçok ülkede ve Türkiye’de, hastane temelli model uygulanmıştır. Günümüzde bu model kullanılmamaktadır. Hastane temelli model, yerine, toplum temelli model ve toplum-hastane denge modeli kullanılmaktadır (Karataş ve Çalışkan, 2020:40). Toplum-Hastane Denge Modeli; tüm ruh ve sinir hastalıkları hastanelerini tamamen kapatıp, ruh sağlığı hizmetlerini ülkeye yaymayı amaçlamaktadır. Fakat bu modelin maliyeti yüksektir. Bu modelde amaç; toplum psikiyatrisi modelinin kurularak ağır hastaların tedavilerinin toplum içinde sağlandığı, diğer hastaların tedavilerinin aile hekimlerine entegre edildiği sistemdir (Songur vd., 2017:279). Ruhsal hastalıklara yapılan harcamalarla ilgili tabloda, en çok harcama 146.536 milyon Euro ile Almanya tarafından yapılmaktadır. İngiltere 106.024 milyon Euro ikinci, Fransa 81.345 milyon Euro ile üçüncü, İtalya 54.487 milyon Euro ile dördüncü, İspanya 45.058 milyon Euro ile beşinci sıradadır. 100.000 kişiye düşen ruh sağlığı alanında çalışan psikiyatr oranlarında Norveç 48.04 ile ilk sırada, Yeni Zellanda 28.54 ile ikinci ve Polonya 24.18 ile üçüncü sıradadır. 100.000 kişiye düşen ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri oranlarında, Japonya 8.314 ile ilk sıradadır. Norveç 0.577 ile ikinci sıradadır. Bu verilere göre, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ile ruhsal hastalıklara yapılan harcamalar doğru orantılı olduğu görülmektedir. Analiz ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki yatak oranlarının, günlük tedavi olanakları, genel hastanelerdeki psikiyatri yatakları, ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, ruh sağlığı ayakta tedavi tesisi, konaklama tesisleri, konaklama tesislerinde yatak oranları değişkenleri içinde hangilerinden etkilendiği üzerine gerçekleştirilmiştir. Analiz sonucunda elde edilen bulgular incelendiğinde; bağımlı değişken olan ruh ve sinir hastalıkları hastanelerindeki yatak oranlarının, günlük tedavi olanakları, genel hastanelerdeki psikiyatri yatakları, ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinden pozitif etkilendiği, ruh sağlığı ayakta tedavi tesisi, konaklama tesisleri, konaklama tesislerinde yatak oranlarından negatif etkiye sahip olduğu görülmektedir. Analizdeki değişkenler içinde, en etkili değişken ruh ve sinir hastalıkları hastanelerine ait oranlardır.

Mental hastalıklar, kişilerin yaşadıkları çevre tarafından şekillendirilmektedir. Bu sebeple, ülkelerin sağlık sistemlerinde, sağlık göstergeleri ile ilgili kendi modellerini geliştirip bunun yanısıra diğer ülkelerin deneyimlerinden-bilgilerinden de faydalanmaları, kişilere eğitim verilmesi önemli yer tutmaktadır (Boz vd., 254:2020).

Ruhsal hastalıkların ekonomik ve sosyal yükünü azaltmak isteyen toplumlar ve ülkeler ruh sağlığı ile ilgili politikaları oluştururken, ruhsal hastalıklarla ilgili çeşitli analizler yapılmalı ve sağlık hizmetleri için daha fazla pay ayırmalıdır (Gültekin, 586:2010).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

KAYNAKÇA

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

Altay A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi, Sayıştay Dergisi, Sayı: 64, 33-58. 05.11.2020 tarihinde sayistay.gov.tr adresinden alınmıştır.

Atlı Y., Yücel N. (2018). Sağlık Kurumları, Sağlık Kurumlarında Marka ve Elazığ İli Sağlık Sektörü, Fırat Üniversitesi İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2(2), 45-64. 05.11.2020 tarihinde iib.firat.edu.tr adresinden alınmıştır.

Başol E. (2015). Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri, BJSS Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 4(8). 07.11.2020 tarihinde nku.edu.tr adresinden alınmıştır.

Boz C., Özdemir M., Çalgı B. (2020). Mental Hastalıkların Prevalansına Göre OECD Ülkelerinin Çok Boyutlu Analizi ve Moora Yöntemi ile Sıralanması. Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi, 11(Ek), 245-256

Çakmak C., Konca M. (2019). Seçilmiş OECD Ülkelerinin Ruh Sağlığı Hizmetleri Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 7(2), 53-58. 02.11.2020 tarihinde <http://dergipark.org.tr/tr/pub/anemon> adresinden alınmıştır.

Dixon A. Mcdaid D., Knapp M., Curran C. (2006). Financing Mental Health Services in Low- and Middle-Income Countries, Health Policy Plan, 21(3), 171-82 24.12.2020 tarihinde nih.gov adresinden alınmıştır.

Dişsiz M. (2015). Alkol Bağımlılığı ve Yaşam Kalitesi, G.O.P. Taksim E.A.H., JAREN, 1(2), 91-95. 11.11.2020 tarihinde journalagent.com adresinden alınmıştır.

Greenwood K., Bapat V., Maughan M. (2021). Çalışanlar İşverenlerinin Mental Sağlık Hakkında Konuşmasını İstiyor, Erişim Tarihi: 25.03.2021hbrturkiye.com, dan alınmıştır.

Gutiérrez-Colosía M., Salvador-Carulla L., Salinas-Pérez J.A., García-Alonso J. R., Cid J., Salazzari D., et al. (2019). Standard Comparison of Local Mental Health Care Systems in Eight European Countries, Epidemiology and Psychiatric Sciences, 28, 210-223. 28.10.2020 tarihinde PubMed nih.gov adresinden alınmıştır.

Gültekin B.K. (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(4):583594

Erginöz E. (2008). Halk Sağlığı ve Mental Hastalıklar, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62, 31-40. 09.12.2020 tarihinde ctf.edu.tr adresinden alınmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Erkoç Y., Çom S., Torunoğlu M., Alataş G., Kahiloğulları A. (2011). Sağlık Bakanlığı, Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). 13.12.2020 tarihinde Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (saglik.gov.tr) adresinden alınmıştır

Karataş S., Çalışkan B. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Modelleri: Dünyada ve Türkiye'deki Mevcut Durum, Türkiye Klinikleri İç Hastalıkları Dergisi, 5(1), 34-41. 09.10.2020 tarihinde turkiyeklinikleri.com adresinden alınmıştır.

Kılıç A., Yılmaz S. (2018). Türkiye'de Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Kurum Bakım Hizmetleri ve Bu Hizmetlerde Sosyal Hizmet Uygulamaları, Pamukkale Journal of Eurasian Socioeconomic Studies, 5(1), 1-14. 12.11.2020 tarihinde www.dergipark.org.tr adresinden alınmıştır.

Malas E. (2019). Ruhsal Bozukluklara Karşı Stigma-Derleme, Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi, 8(1), 1170-1188. 09.11.2020 tarihinde journals.manas.edu.kg adresinden alınmıştır.

Özbaş D., Buzlu S. (2011). Geçmişten Günümüze Psikiyatri Hemşireliği, İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi, 19(3), 187-193. 03.11.2020 tarihinde http://atif.sobiad.com adresinden alınmıştır.

Ocaktan E., Özdemir O., Akdur R. (2004). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri, Kriz Dergisi 12(2), 63-73. 01.11.2020 tarihinde ankara.edu.tr adresinden alınmıştır.

Ritter La, Lampkin M. (2012). Community Mental Health. 1st ed. usa: Jones & Bartlett Learning.

Songur C., Saylavcı E., Kıran Ş. (2017). Avrupa'da ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, Social Sciences Studies Journal, 3(7), 276-289. 04.12.2020 tarihinde sssjournal.com adresinden alınmıştır.

Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu. (2019). Sağlık Bakanlığı, Ankara. 19.12.2020 tarihinde saglik.gov.tr adresinden alınmıştır.

Samele C., Frew S., Urquía N. (2013). Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health, Funded by the Health Programme of the European Union

Salisbury T, Killaspy H., King M. (2016). An international comparison of the deinstitutionalisation of mental health care: Development and findings of the Mental Health Services Deinstitutionalisation Measure (MENDit), Taylor Salisbury et al. BMC Psychiatry, 16:54. 29.10.2020 tarihinde biomedcentral.com adresinden alınmıştır.

Taş D. (2012). Sağlık Hizmet Kalitesinin Ölçümüne İlişkin Bir Araştırma, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 4(2), 79-102. 10.10.2020 tarihinde saglik.gov.tr adresinden alınmıştır.

Taipale, V. (2001). Mental Health and Quality of Mental Health Care, Medicine & Law 20(4), 531-542. 09.10.2020 tarihinde heinonline.org adresinden alınmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 1 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

The jamovi project (2020). *jamovi* (Version 1.2) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>

Türkçapar H. (2004). Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri, Klinik Psikiyatri, Ek 4, 12-16. 10.09.2020 tarihinde www.klinikpsikiyatridergisi.org.tr adresinden alınmıştır.

WHO, Mental Health Atlas (2011). Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, 15.11.2020 tarihinde <https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHFAC?lang=en> adresinden alınmıştır.

Var E., Ceyhan E. (2016). Ruh Sağlığı Alanında Kanıta Dayalı Sosyal Hizmet Uygulamaları, Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 9(42), 1062-1069. 10.11.2020 tarihinde sosyalarastirmalar.com adresinden alınmıştır.

Yanık M. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar, (Ekim Özel Sayı), 1-80. 08.12.2020 tarihinde rhpjournal.com adresinden alınmıştır.

Yetkin S., Özgen F. (2007). Tarihsel Bakış İçinde Depresyon, Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, 3(47), 1-5. 14.10.2020 tarihinde www.turkiyeklinikleri.com adresinden alınmıştır.

Yüksel N., Yılmaz M., Örekici Temel G. (2015). Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalıklara ve Hastalara İlişkin Görüşleri, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2015;6(1):26-32.