

■ Araştırma Makalesi

Ruh sağlığı ve sosyal politika

Mental Health and Social Policy

İsmail Akgül*

Gazi Üniversitesi Hastanesi Başhekimlik Ankara, Türkiye.

Öz

Amaç: Sağlık ve sağlıklı yaşam hakkı, her canlının türünün devamını sağlayabilmesi için korunması gereken temel değerlerdir. Bu yaklaşım sağlık konusunun devletlerin temel sorumlulukları arasında yer almasına neden olmuştur. Sağlıklı yaşama hakkı, birçok ulusal ve uluslararası anlaşma ve sözleşmede en temel insan hakkı olarak tanımlanmış ve sağlığın korunması, insanların hastalıklarının tedavi edilmesi ve rehabilitasyonunun sağlanması görevleri devletlerin asli sorumlulukları arasına alınmıştır. İnsan Hakları Evrensel Beyanname'sinin 25. maddesine göre sağlık hakkı, temel insan haklarından biri olarak kabul edilmiştir (İleri, Seçer ve Ertaş, 2016).

Gereç ve Yöntemler: Sağlık ikame edilemeyecek bir ihtiyaç olduğu için sunulan hizmetlerin güncel tutulması, en az sunulması kadar önemlidir. Sağlık alanında hazırlanan politikalar ve çalışmalar ile sağlığın hukuki konusunun kapsamı genişlemeye devam etmektedir. Sağlık politikaları dar anlamda sağlık hizmetlerini kapsamı alanına alırken; geniş anlamda sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel unsurları doğrudan veya dolaylı olarak kapsamaktadır. Bu geniş anlamda sağlık politikalarında devlet yaklaşımının ön plana çıktığı söylenebilir (Atabey, 2020). Bu nedenle 1950'lerin başında birçok OECD ülkesi sağlık sistemlerinin; politika tasarımı, planlaması, araştırması ve geliştirilmesi için doğrudan sorumluluk alan bir devlet yaklaşımını benimsemiştir. Çünkü sağlık politikası sadece sağlık hizmetlerini değil, sağlığı doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen sosyal, ekonomik ve çevresel faktörleri de kapsamaktadır. Bu geniş kapsam nedeniyle devlet bu yaklaşımı benimsemiş ve bu işleyiş üzerinden politikalar ve sağlık sistemleri başlatılmıştır (İleri vd., 2016).

Bulgular: Sağlık politikası, sağlık sisteminin; kurumlarını, hizmetlerini ve finansman düzenlemelerini etkileyen tüm eylemleri içermektedir. Sağlık politikası aynı zamanda, sağlık hizmetlerinin ötesinde sağlık üzerinde etkisi olan tüm kamu, özel ve gönüllü kuruluşların faaliyetlerini de içermektedir. Başka bir deyişle sağlık politikasının, sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik stratejiler veya yaklaşımlar oluşturan birbiriyle ilişkili kararlar ağı olduğu söylenebilir. Ayrıca sağlık politikaları, politika oluşturma sürecinin en doğru sonuca ulaşabilmesi için mevcut sağlık hizmetlerinin yanı sıra sağlığı etkileyen her türlü sosyal, ekonomik ve çevresel etkilerin de araştırılmasını gerektirmektedir (Atabey, 2020).

Sonuçlar: Bu açıklamalardan da anlaşılacağı üzere, her ne kadar hem ülkemizde hem de Dünya'nın pek çok ülkesinde biyolojik temelli sağlık politikaları ve buna dayalı hizmet sunumunun olgusal gerçekliğine rağmen, sağlık; biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenleri ile beraber sistemli bir bütünün çerçevesini oluşturmaktadır. Başka bir deyişle sağlık salt biyolojik bir iyilik hali olmayıp, psikolojik ve sosyal boyutları da ayrılmaz, bölünemez özelliklere sahip olup, kritik öneme sahiptir. Ruh sağlığı, bireylerin zihinsel, duygusal ve sosyal iyi olma halini ifade eder. Ruh sağlığı politikaları ise toplumun ruh sağlığını koruma ve iyileştirme amacıyla geliştirilen stratejiler, yasalar ve uygulamalardır. Sosyal politika ise, toplumun genel refahını artırmayı hedefleyen, özellikle sağlık, eğitim, sosyal güvenlik ve istihdam gibi alanlarda yapılan düzenlemeler ve uygulamaları içermektedir. Genel sağlığın uzmanlık alanlarından olan ruh sağlığı alanı ise sosyal, ekonomik ve çevresel koşulları ve özellikleri ile kompakt ve simbiyotik bir ilişki içinde olup, ruh sağlığı ve ruh sağlığı hizmetlerinin bu yapısal değişkenlere yönelik duyarlılığı yüksektir. Dolayısıyla ruh sağlığı ve ruh sağlığı hizmet sunumu sosyal politikanın fonksiyonları ve araçları ile simbiyotik bir ilişki içinde olup, bu ilişkinin varlığı zorunlu bir sonuçtur.

Anahtar Kelimeler: Ruh sağlığı, Ruh sağlığı politikaları, Sosyal politika

Sorumlu Yazar*: İsmail Akgül, Gazi Üniversitesi Hastanesi Başhekimlik, Ankara, Türkiye.

E-posta: i_akgul@yahoo.com

Orcid: 0000-0002-0592-2130

Doi: 10.18663/tjcl.1497328

Geliş Tarihi: 07.06.2024 Kabul Tarihi: 02.07.2024

Abstract

Aim: The right to health and healthy life are fundamental values that must be protected in order for every living thing to survive. This approach has caused the issue of health to be among the basic responsibilities of states. The right to a healthy life is defined as the most fundamental human right in many national and international agreements and conventions, and the duties of protecting health, treating people's diseases and ensuring rehabilitation are among the primary responsibilities of states. According to Article 25 of the Universal Declaration of Human Rights, the right to health is accepted as one of the fundamental human rights (İleri, Seçer and Ertaş, 2016).

Material and Methods: Since health is a need that cannot be replaced, keeping the services offered up to date is as important as providing them. The scope of the legal issue of health continues to expand with the policies and studies prepared in the field of health. While health policies cover health services in a narrow sense; It covers, directly or indirectly, social, economic, cultural and environmental elements in a broad sense. In this broad sense, it can be said that the state approach comes to the fore in health policies (Atabey, 2020). For this reason, in the early 1950s, the health systems of many OECD countries; It has adopted a state approach that takes direct responsibility for policy design, planning, research and development. Because health policy covers not only health services but also social, economic and environmental factors that directly or indirectly affect health. Due to this broad scope, the state approach was adopted and policies and health systems were initiated through this process (İleri et al., 2016).

Results: Health policy, health system; It includes all actions affecting institutions, services and financing arrangements. Health policy also includes the activities of all public, private and voluntary organizations that have an impact on health beyond health services. In other words, it can be said that health policy is a network of interrelated decisions that create strategies or approaches to the delivery of health services. In addition, health policies require the investigation of all kinds of social, economic and environmental effects affecting health, as well as existing health services, in order for the policy-making process to reach the most accurate result (Atabey, 2020). As can be understood from these explanations, despite the factual reality of biologically based health policies and service provision based on these, both in our country and in many countries of the world, health; It forms the framework of a systematic whole with its biological, psychological and social components. In other words, health is not merely a biological state of well-being, but its psychological and social dimensions have inseparable and indivisible characteristics and are of critical importance.

Conclusions: Mental health refers to the mental, emotional and social well-being of individuals. Mental health policies are strategies, laws and practices developed to protect and improve the mental health of the society. Social policy, on the other hand, includes regulations and practices aimed at increasing the general welfare of the society, especially in areas such as health, education, social security and employment. The field of mental health, which is one of the specialties of general health, has a compact and symbiotic relationship with social, economic and environmental conditions and characteristics, and mental health and mental health services have a high sensitivity to these structural variables. Therefore, mental health and mental health service provision are in a symbiotic relationship with the functions and tools of social policy, and the existence of this relationship is a necessary consequence.

Keywords: Mental health, Mental health policies, Social policy

Giriş

Ruh Sağlığı

Ruh sağlığı, sağlığın ayrılmaz ve temel bir bileşenidir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; "sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması" olarak tanımlamaktadır. Bu tanımın önemli bir anlamı ruh sağlığının, yalnızca ruhsal bozuklukların veya engellerin yokluğundan daha fazlası olduğudur. Bu tanımda sağlığın iyileştirilmesinin merkezinde üç fikir yer almaktadır: (1) Ruh sağlığı, sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır, (2)

ruh sağlığı, hastalık yokluğundan daha fazlasıdır ve (3) ruh sağlığı, fiziksel sağlık ve davranışla yakından ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü ruh sağlığını ise "bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın normal gerginlikleriyle başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve içinde yaşadığı topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır (World Health Organization, 2001, 2021).

Ruh sağlığı, bireyin ve toplumun iyilik hali ve etkin işlevselliği için esastır. Ruhsal hastalığın yokluğundan daha fazlasıdır, çünkü tanımda belirtilen durum ve yetilerin her biri kendi içinde bir değere sahiptir (Ruh sağlığını güçlendirme, 2020).

Toplum ruh sağlığı terimi ise bireye ve etkileşimde bulunduğu çevreye sunulan tüm koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı hizmetlerini ifade eden bir kavramdır. Bireylerin ruhsal sorunlarını aşmalarına ve hastalık nedeniyle kaybettikleri sosyal rollerine kavuşmalarına yardımcı olmak için yapılan tüm faaliyetler toplum ruh sağlığı hizmetlerinde yer almaktadır (Pektaş vd., 2006).

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

Ruh sağlığı; duygusal, psikolojik ve sosyal refahımızı içerir ve nasıl düşündüğümüzü, hissettiğimizi ve hareket ettiğimizi etkiler. Ayrıca stresle nasıl başa çıktığımızı, başkalarıyla nasıl ilişki kurduğumuzu ve sağlıklı seçimler yaptığımızı belirlemeye yardımcı olur. Ruh sağlığı, çocukluk ve ergenlikten yetişkinliğe kadar yaşamın her aşamasında önemlidir (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

Birden fazla sosyal, psikolojik ve biyolojik faktör, herhangi bir zamanda bir kişinin ruhsal sağlık düzeyini belirler. Kötü ruh sağlığı aynı zamanda hızlı sosyal değişim, stresli çalışma koşulları, cinsiyet ayrımcılığı, sosyal dışlanma, sağlıksız yaşam koşulları, fiziksel sağlıksızlık ve insan hakları ihlalleri ile ilişkilidir. İnsanları ruhsal sağlık sorunlarına karşı savunmasız kılan belirli psikolojik ve kişilik faktörleri vardır. Biyolojik riskler genetik faktörleri içerir. Şiddet ve kalıcı sosyo-ekonomik baskılar, ruh sağlığı için kabul edilen risklerdir (World Health Organization, 2021).

Ruhsal hastalıkların tek bir nedeni yoktur. Bir dizi faktör ruhsal hastalık riskine neden olabilir. Örneğin; travma veya istismar öyküsü gibi erken olumsuz yaşam deneyimleri (örneğin, çocuk istismarı, cinsel saldırı, şiddete tanık olma vb.), kanser veya diyabet gibi devam eden diğer tıbbi durumlarla ilgili deneyimler, beyindeki biyolojik faktörler veya kimyasal dengesizlikler, alkol veya uyuşturucu kullanımı, yalnızlık veya izolasyon duygularına sahip olmak vb. (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

Akıl sağlığı insanların; düşünme, duygularını ifade etme, birbirleriyle etkileşim kurma, geçimini sağlama ve hayattan

zevk alma gibi kolektif ve bireysel yeteneklerinin temelidir. Bu temelde ruh sağlığının geliştirilmesi, korunması ve restorasyonu tüm dünyadaki bireylerin, toplulukların ve toplumların hayati bir görevi olarak kabul edilebilir (World Health Organization, 2021).

Ruh sağlığının geliştirilmesi, psikolojik iyi oluşu iyileştiren eylemleri içerir. Bu, ruhsal sağlığı destekleyen bir ortam oluşturmayı içerebilir. Temel medeni, siyasi, sosyo-ekonomik ve kültürel haklara saygı duyan ve bunları koruyan bir çevre, ruh sağlığı için esastır. Bu hakların sağladığı güvenlik ve özgürlük olmadan, yüksek düzeyde bir ruh sağlığını korumak zordur. Ruh sağlığı politikaları hem ruhsal bozukluklarla hem de ruh sağlığını destekleyen daha geniş konularla ilgilenmelidir. Ruh sağlığının teşviki, hükümet ve hükümet dışı politika ve programlarda ana akım haline getirilmelidir. Sağlık sektörünün yanı sıra eğitim, çalışma, adalet, ulaşım, çevre, barınma ve sosyal yardım sektörlerinin de dahil edilmesi esastır (World Health Organization, 2021).

Ruh Sağlığı ve Önemi

Ruh sağlığı, bireylerin genel sağlığının ayrılmaz bir parçasıdır ve yaşam kalitesini doğrudan etkiler. İyi bir ruh sağlığı, bireylerin strese karşı dayanıklı olmalarını, verimli bir şekilde çalışmalarını ve sosyal ilişkilerini sürdürebilmelerini sağlar. Ruh sağlığı bozuklukları ise bireylerin günlük yaşamlarını, iş performanslarını ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyebilir.

Ruh Sağlığı Hizmetleri

Ruh sağlığı hizmetleri, diğer sağlık hizmetleri gibi koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üç grupta toplanmaktadır. Ruh sağlığı hizmetleri bu şekilde ayrı ayrı sınıflandırılrsa da birbirini etkileyen, geliştiren ve tamamlayan hizmetlerdir. Ruh sağlığı hizmetlerinin amaçları; yaşadığı toplumda ve çevrede bireyin mutlu, uyumlu ve başarılı olmasını sağlamak, ruhsal bozukluk ve hastalıkları önlemek, yani bireyi ve toplumu ruhsal hastalıklardan korumak ve ruhsal hastalıkları tedavi ederek bireyleri yeniden topluma kazandırmak şeklinde sıralanabilir (Köknel, 2000).

Günümüzde ruh sağlığı hizmetleri üç modelle sunulmaktadır. Bunlar; hastane temelli model, toplum temelli model ve toplum hastane denge modelidir (Songur vd., 2017).

Ruh Sağlığı Politikası

Ruh sağlığı politikaları, ruh sağlığı hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmak, stigma ve ayrımcılığı azaltmak, ruh sağlığı bozukluklarının erken teşhis ve tedavisini sağlamak gibi amaçlarla geliştirilir.

Ruh sağlığı politikası, ülkelerin ruh sağlığı durumunu iyileştirme hedeflerini, bu hedefler arasındaki öncelikleri ve bunlara ulaşmak için ana yönergeleri içeren yazılı kamu belgesidir. Ruh sağlığı hedefleri için savunuculuk, ruh sağlığının teşviki, ruhsal bozuklukların önlenmesi ve tedavisi ve ruhsal hastalığı olan bireylerin optimum sosyal ve psikolojik işlevsellik kazanmalarına yardımcı olmak için rehabilitasyon bileşenlerini içerir (Saxena ve Sharan, 2008).

Ruh sağlığı politikaları gelecek için bir vizyon tanımlar ve bu da zihinsel bozuklukların önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonu ve toplumda ruh sağlığının geliştirilmesi için kriterler oluşturmaya yardımcı olur (Turnpenny vd., 2018).

Ruh sağlığı politikaları, ruh sağlığı hizmetlerinin erişilebilirliğini artırmak, stigma ve ayrımcılığı azaltmak, ruh sağlığı bozukluklarının erken teşhis ve tedavisini sağlamak gibi amaçlarla geliştirilir. Etkili ruh sağlığı politikaları şu unsurları içermelidir.

1. Erken Müdahale ve Önleme: Ruh sağlığı bozukluklarının erken teşhisi ve tedavisi, uzun vadeli etkilerini azaltmada kritik öneme sahiptir.

2. Hizmetlere Erişim: Ruh sağlığı hizmetlerine eşit ve adil erişim sağlanması, tüm toplum kesimlerinin bu hizmetlerden yararlanabilmesini sağlar.

3. Eğitim ve Farkındalık: Toplum genelinde ruh sağlığı konusunda farkındalık yaratmak, stigma ve ayrımcılığı azaltmaya yardımcı olur.

Her ülkenin özel ihtiyaçları, sorunları, kaynak kısıtlamaları ve zorlukları olsa da ruh sağlığına ilişkin sosyal politikanın genel hedefleri ise genellikle aşağıdakilerden bazılarını veya tümünü içerir (Jenkins, 2008):

- Ruh sağlığını geliştirmek;
- Ruhsal ve nörolojik bozuklukları önlemek;
- Ruhsal hastalığı olan kişilerin sağlık ve sosyal işleyişini iyileştirmek;
- Erken teşhis, bakım, tedavi ve rehabilitasyon için uygun hizmetler sunmak;
- Ruhsal bozukluğu olan kişilerin erken ölüm oranlarını azaltmak;
- Damgalanmayı azaltmak;
- Ruhsal hastalığı olan kişilerin insan haklarını ve onurunu korumak;
- Genel sağlık hizmetlerinin psikolojik yönlerini desteklemek; insan kaynaklarının uygun şekilde geliştirilmesini sağlamak;
- Yukarıdaki amaçları desteklemek için bir araştırma programı geliştirmek.

Etkili bir ruh sağlığı politikasının bileşenleri şunları içerir (Jenkins, 2008):

1. Ulusal bileşenler:

- Ruh sağlığını geliştirmek, morbidite ve mortaliteyi azaltmak için ulusal bir stratejinin oluşturulması;
- İçişleri, adalet, eğitim, barınma ve finans kurumları dahil olmak üzere diğer devlet kurumlarıyla politika bağlantılarının kurulması;
- Ruhsal bozukluğu olan kişilerin tedavisi ve bakımına yönelik açık ve net hükümler içeren ve insan haklarını koruyan ruh sağlığı mevzuatının çıkarılması;
- İyi uygulama modellerini yaygınlaştırmak için sürdürülebilir finansman sağlanması, toplumda ruh sağlığının teşvik edilmesi ve sektörler arası bağlantılar kurulması;
- Etkili; uygulama planlarının yapılması, hesap verebilirliğin sağlanması ve yönetim sisteminin kurulması.

2. Destekleyici altyapı bileşenleri:

- İnsan kaynakları stratejisi;
- Hasta katılımı stratejisi;
- Araştırma ve geliştirme stratejisi;
- Ruh sağlığı bilgi stratejisi.

3. Hizmet bileşenleri:

- Birincil bakım ve uzman bakımı arasındaki bağlantılar;
- İyi uygulama yönergeleri;
- Sivil toplum örgütleri, polis, cezaevleri ve sosyal sektörle irtibat;
- Okullarda, işyerlerinde ve toplumda ruh sağlığının teşviki;
- Mültecilerin ve ülke içinde yerinden edilmiş kişilerin ihtiyaçlarının ele alınması;
- Afete hazırlık.

Ruh sağlığı politikası geliştirmeye ve uygulamaya yönelik çabalar, yalnızca vatandaşların ruh sağlığını korumak ve geliştirmek için değil, aynı zamanda tanımlanmış ruhsal hastalığı olan kişilerin ihtiyaçlarını da ele almaya yönelik olmalıdır. Uygun maliyetli, uygulanabilir ve karşılanabilir müdahale örnekleri şunları içerir (World Health Organization, 2021)

- Depresyonun psikolojik olarak tedavisi ve orta ile şiddetli vakalar için antidepresan ilaçlar,
- Psikozun antipsikotik ilaçlar ve psikososyal destekle tedavisi,
- Alkollü içeceklerin vergilendirilmesi ve bulunabilirliğinin ve pazarlanmasının kısıtlanması,

- İntiharların önlenmesi,
- Çocuklarda ruhsal bozuklukların önlenmesi ve tedavisi,
- Demansın önlenmesi ve tedavisi ve
- Madde kullanım bozukluklarının tedavisi için bir dizi etkili önlem.
- Ruh sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik politikalar şunları içerebilir (World Health Organization, 2021):
- Erken çocukluk müdahaleleri (örneğin; tehditlerden koruma, erken öğrenme fırsatları, duyarlı ve duygusal olarak destekleyici ve gelişimsel olarak teşvik edici etkileşimler, çocukların sağlığına ve beslenme ihtiyaçlarına duyarlı ve istikrarlı bir ortam sağlamak);
- Çocuklara destek (örneğin; yaşam becerileri programları, çocuk ve gençlik geliştirme programları);
- Kadınların sosyo-ekonomik olarak güçlendirilmesi (örneğin, eğitime ve mikro kredi planlarına erişimin iyileştirilmesi);
- Yaşlı nüfus için sosyal destek (örneğin arkadaşlık girişimleri, yaşlılar için toplum ve gündüz merkezleri);
- Azınlıklar, yerli halk, göçmenler ve çatışmalardan ve afetlerden etkilenen insanlar da dahil olmak üzere savunmasız insanları hedef alan programlar (örneğin, afetlerden sonra psiko-sosyal müdahaleler);
- Okullarda ruh sağlığını geliştirme faaliyetleri (örneğin, okullarda destekleyici ekolojik değişiklikleri içeren programlar);
- İşyerinde ruh sağlığı müdahaleleri (örneğin, stres önleme programları);
- Konut politikaları (örneğin, konut iyileştirme);
- Şiddet önleme programları (örneğin, alkol ve silahlara erişimin azaltılması);
- Toplumsal kalkınma programları (örneğin, entegre kırsal kalkınma);
- Yoksullar için yoksulluğun azaltılması ve sosyal koruma;
- Ayrımcılıkla mücadele yasaları ve kampanyaları;
- Ruhsal bozukluğu olan bireylerin haklarının, fırsatlarının ve bakımının teşviki.

Ruh sağlığı bilgi stratejisi; bağlam, ihtiyaçlar, girdiler, süreçler ve sonuçları içermelidir. Bilgi sistemleri klinisyenler, yöneticiler, planlayıcılar ve politika yapımcılar için temel bir kaynak sağlar ve denetim döngüsünün ilerlemesine olanak tanır (Jenkins, 2008). Ülkelerin, politikanın uygulanmasını ve hizmetlerin sunulmasını yürütmek için sürdürülebilir bir insan kaynakları stratejisine

ihtiyacı vardır. Düşük gelirli ülkeler, sağlık ve sosyal bakım profesyonelleri için tüm eğitim gereksinimlerini karşılamakta zorluk yaşamaktadırlar. Bu nedenle hem evde hem de başka yerlerde birinci ve ikinci basamak sağlık personelinin yetişmesi ve bu personellerin eğitimi için sürdürülebilir bir plana ihtiyaçları olacaktır (Gureje ve Jenkins, 2007).

Kullanıcı katılımı, ruh sağlığındaki en büyük yeniliklerden biridir ve ruh sağlığı hizmetlerini kullanan insanları, onları etkileyen kararların ve faaliyetlerin merkezine yerleştirmek için bir çerçeve sağlar. Ruhsal hastalığı olan kişiler ve bu kişilerin aileleri, sağlık ve bakım personeli ve toplum; ruh sağlığı hizmetlerinin bileşenleridir. Eksiklikleri ve sorunları tespit edebildikleri ve neyin iyi çalıştığı hakkında yorum yapabildikleri için onların katılımı, hizmetlerin planlanmasını ve sunumunu büyük ölçüde iyileştirebilir (Mirza vd., 2006).

Tüm ülkeler, politika geliştirme ve uygulama programını desteklemek için sürdürülebilir bir araştırma ve geliştirme stratejisi oluşturmalarıdır. Epidemiyoloji ve ruh sağlığı, politika ve planlamaya önemli katkılarda bulunur. Politika yapımcıların hem niteliksel hem de niceliksel bilgilere ihtiyacı vardır. Ayrıca sosyal politikalar, mümkün olan her yerde kanıta dayalı olma ilkesine tabi olmalıdır (Jenkins, 2008).

Her ülkenin, bireylerin haklarının yasal olarak korunması ihtiyacına ve kasıtsız gözaltı ve tedavinin gerçekleştirilebileceği durumların düzenlenmesine rıza gösterilmediği zaman, profesyonellerin insanları tedavi etme ihtiyaç ve isteklerini dengeleyen bir yasal çerçeveye ihtiyacı vardır. Ülkeler ayrıca engellilik, ayrımcılıkla mücadele ve sosyal yardımlar hakkında mevzuat geliştirmelidir (Mathers ve Loncar, 2006).

Ruh sağlığı politikasını geliştirirken, ruh sağlığı sorunları ve ruhsal hastalık hakkında damgalanmanın dikkate alınması önemlidir. Damgalanma sadece ruhsal hastalığı olan birey üzerinde etkili olmaz; ruh sağlığı hizmeti sunan kurumları ve çalışanları, aynı zamanda sistemi etkiler. Ruhsal hastalığı olan kişilerin sosyal olarak dışlanmasına neden olan damgalama, yalnızca ruhsal hastalığı olan kişiler için değil, aynı zamanda bir bütün olarak toplum sağlığı için de zararlıdır (Jenkins, 2008).

Dünyada ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikaları

Dünyada Ruh Sağlığı Politikaları

Dünyada ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu noktasında dünyada üç farklı hizmet modeli bulunmaktadır. Bunlar 1800’lü yıllardan 1960’lı yıllara kadar yaygın kullanılan “Hastane Temelli Model”, 1960’lı yıllardan sonra gelişmiş ülkelerde yaygın kullanılmaya başlanan “Toplum Temelli Model” ve son

olarak karma bir model olan "Toplum-Hastane Denge Modeli" olarak karşımıza çıkmaktadır (Thornicroft ve Tansella, 2002).

Dünya genelinde ruhsal hastalıkların yükü ile ruh sağlığına ayrılan kaynaklar arasında büyük bir orantısızlık vardır. Dünyada sağlık hizmetlerine ayrılan toplam bütçenin %2,82'si ruh sağlığına ayrılmaktadır. Yüksek gelir grubundaki ülkelerin toplam sağlık harcamaları içinden ruh sağlığına ayırdığı pay %5,1 iken, düşük gelirli ülkelerde %0,53'tür. Düşük ve orta gelir grubunda bulunan ülkelerde ruh sağlığına ayrılan bütçenin büyük bir bölümü akıl hastanelerine harcanmaktadır. Ruh sağlığı alanında çalışan personel sayısında da ülkelerin gelir grubuna göre büyük farklılıklar vardır. Ülkelerin gelir düzeyi arttıkça, ruh sağlığı alanında çalışan personel sayısının arttığı görülmektedir. Dünyada 100.000 kişiye düşen toplam ruh sağlığı çalışanı sayısı 10,3'tür. Yüksek gelir grubundaki ülkelerde 100.000 kişiye düşen ruh sağlığı çalışanı sayısı 50,8 iken düşük gelirli ülkelerde bu sayı 1,3'tür (Songur vd., 2017).

Ruh sağlığına ayrılan kaynakların akıl hastanelerine yönlendirildiği ülkelerde, hastanelere ulaşım zorluğu ve yatak sayısının yetersizliği gibi nedenlerden dolayı hastalar ihtiyacı olan hizmetleri alamamaktadırlar. Ruh sağlığı hastalarının çok çeşitli ihtiyaçları vardır ve akıl hastanelerinin tek başına tüm bu ihtiyaçları karşılaması beklenemez. Buna rağmen dünyadaki ülkelerin %80'inde akıl hastanesi vardır ve genellikle kaynakların büyük bir kısmı bu hastanelere ayrılmaktadır. Akıl hastaneleri sadece şizofreni gibi ağır ruh sağlığı hastalarına hizmet vermek için oluşturulmuş yapılardır. Hastanelerde verilen EKG ve ilaç tedavisi hastalığın sadece alevlenme dönemine yöneliktir (Songur vd., 2017).

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

Ruh sağlığı sorunları dünyada artmaktadır. Temel olarak demografik değişiklikler nedeniyle son on yılda ruh sağlığı sorunlarında ve madde kullanım bozukluklarında %13'lük bir artış olmuştur. Dünyadaki çocuk ve ergenlerin yaklaşık %20'sinin ruh sağlığı sorunu var ve intihar, 15-29 yaşındakiler arasında ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Çatışma sonrası ortamlarda yaklaşık her beş kişiden birinin ruhsal sağlık

sorunu vardır. Ruh sağlığı sorunları; okul veya iş performansı, aile ve arkadaşlarla ilişkiler ve topluluğa katılma yeteneği gibi yaşamın tüm alanları üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. En yaygın ruh sağlığı sorunlarından ikisi olan depresyon ve anksiyete, küresel ekonomiye her yıl 1 trilyon ABD dolarına mal oluyor. Bu rakamlara rağmen, ruh sağlığına giden devlet sağlık harcamalarının küresel medyanı %2'den azdır (World Health Organization, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü, 2013 yılında Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planı'nı onaylamıştır. Plan, tüm üye devletlerin ruh sağlığını iyileştirmek ve bir dizi küresel hedefe ulaşılmasına katkıda bulunmak için belirli eylemlerde bulunma taahhüdüdür. Eylem Planı'nın genel amacı; ruhsal sağlığı geliştirmek, ruhsal bozuklukları önlemek, bakım sağlamak, iyileşmeyi hızlandırmak, insan haklarını geliştirmek ve ruhsal bozukluğu olan kişiler için ölüm, hastalık ve sakatlık oranlarını azaltmaktır. Eylem Planı'nda insan haklarının korunması ve geliştirilmesine, sivil toplumun güçlendirilmesine ve toplum temelli bakımın merkezi konumuna özellikle vurgu yapılmaktadır. Plan, dört temel hedefe odaklanır (World Health Organization, 2021):

1. Ruh sağlığı için etkili liderliği ve yönetimi güçlendirmek,
2. Toplum temelli ortamlarda kapsamlı, entegre ve duyarlı ruh sağlığı ve sosyal bakım hizmetleri sağlamak,
3. Ruh sağlığının teşviki ve hastalıkların önlenmesi için stratejiler uygulamak ve
4. Ruh sağlığı için bilgi sistemlerini, kanıtları ve araştırmaları güçlendirmek.

Dünyada ruh sağlığı politikalarına yönelik uygulamalar, bazı ülkeler üzerinden aşağıda örneklendirilmiştir.

İngiltere'de Ruh Sağlığı Politikaları

İngiltere, geçmiş siyasi ve ekonomik göstergeleri açısından olduğu kadar sağlık politikaları ve uygulamaları açısından da dünyada önemli bir yere sahiptir. Beveridge ve Ulusal Sağlık Sistemi ile sembolize edilen İngiltere sağlık politikası, diğer ülkelerde olduğu gibi kronolojik olarak değişim göstermiştir. İngiltere'deki ruh sağlığı politikaları literatür (Eke ve Kişi, 2019; Glasby vd., 2021; Brown vd., 2023; Garratt, 2023; Jones, 2023) bilgileri doğrultusunda aşağı özetlenmiştir.

Birleşik Krallık'taki ruh sağlığı politikaları, yıllar içinde ruh sağlığı sorunlarıyla mücadele eden bireylerin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde gelişmiştir. Bu politikalar ruh sağlığı hizmetlerine erişim sağlamayı, damgalamayı azaltmayı ve genel ruhsal refahı geliştirmeyi amaçlamaktadır. Ocak 2022'de ruh sağlığı politikalarında güncellemelere gidilmiştir. Ulusal Sağlık Hizmeti

(NHS), Birleşik Krallık'ta ruh sağlığı hizmetlerinin birincil sağlayıcısıdır. Ciddi ruhsal sağlık sorunları olan kişiler için kriz müdahalesi, ayakta tedavi ve yatarak tedavi dâhil olmak üzere bir dizi hizmet sunmaktadır. "Ruh Sağlığında Beş Yıllık İleriye Bakış" gibi girişimler yoluyla ruh sağlığı hizmetlerine erişimin iyileştirilmesine yönelik bir taahhüt bulunmaktadır. 2007'de revize edilen 1983 tarihli Ruh Sağlığı Yasası, kendilerinin veya başkalarının güvenliği için gerekli olması halinde ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin gözüaltına alınmasına yönelik yasal bir çerçeve sunmaktadır. Yasa aynı zamanda gözüaltı kriterlerini, gözüaltına alınan kişilerin haklarını ve sağlık çalışanlarının, aile üyelerinin ve sürece dâhil olan diğer kişilerin rollerini belirlemektedir (Eke ve Kişi, 2019; Brown vd., 2023).

2016'da yayınlanan Ruh Sağlığında Beş Yıllık İleriye Bakış, Birleşik Krallık'ta ruh sağlığı hizmetlerini iyileştirmeye yönelik bir planın ana hatlarını çizmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerine yatırımın artırılması, tedaviye erişimin genişletilmesi ve bekleme sürelerinin kısaltılması gibi hedefleri içermektedir. Plan, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak ve diğer sağlık hizmetleriyle entegrasyonunu vurgulamaktadır. Birleşik Krallık hükümeti, ruh sağlığı hizmetlerine zamanında erişimi sağlamak için erişim ve bekleme süresi standartlarını uygulamaya koymuştur. Örneğin, psikoterapi hizmetlerine erişim ve psikoz hizmetlerinde erken müdahale için maksimum bekleme süreleri konusunda standartlar bulunmaktadır (Glasby vd., 2021; Garratt, 2023).

Ruh sağlığı sorunlarıyla ilgili damgalamayı azaltmak, ruh sağlığı politikalarının çok önemli bir parçasıdır. Çeşitli damgalama karşıtı kampanya ve programlar, farkındalığı artırmayı ve halkın ruh sağlığına ilişkin algılarını değiştirmeyi amaçlamaktadır. Erken müdahalenin önemi kabul edilen çocuklara ve gençlere yönelik ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesine odaklanılmaktadır. "Geleceğin Ruhunda" raporu gibi girişimler bu çalışmalar için bir çerçeve sağlamaktadır. Bireylerin evlerine daha yakın bir yerde desteğe erişmelerine olanak tanıyacak şekilde topluluklar içinde ruh sağlığı hizmetleri sağlanmasına önem verilmektedir. Buna Kriz Çözümü ve Evde Tedavi Ekipleri gibi girişimler de dâhildir. İngiltere, ruh sağlığı politikalarının değişebileceğini ve gelişebileceğini Ocak 2022'deki son güncellemeler sonrası göstermiştir (Brown vd., 2023; Garratt, 2023; Jones, 2023).

Almanya'da Ruh Sağlığı Politikaları

Almanya'da ruh sağlığı politikaları sağlık sisteminin bir parçası olarak, genellikle federal, eyalet ve yerel düzey olmak üzere çeşitli düzeylerde kamu ve özel sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından sunulmaktadır. Almanya, ruh sağlığı sorunlarını ele almak için kapsamlı bir sisteme sahiptir. Herkesin zorunlu bir sağlık sigortası

olması gerekir ve bu sigorta, temel sağlık hizmetlerini kapsar ve ruh sağlığı hizmetlerini de içerir. Ruh sağlığı hizmetleri; hastanede yatarak tedavi, ayakta tedavi, psikoterapi gibi çeşitli şekillerde sunulabilir (Schilling vd., 2021; Porst vd., 2022).

Ruh sağlığı hizmetleri; psikiyatristler, psikologlar, psikoterapistler ve diğer uzmanlar tarafından sunulmaktadır. Bu profesyoneller genellikle özel pratisyenler olarak çalışabilir veya kamu sağlık kuruluşları ve özel hastanelerde istihdam edilebilirler. Psikoterapi, ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Psikoterapi, bireylerin duygusal ve zihinsel problemleriyle başa çıkmalarına yardımcı olmak için kullanılan bir tedavi yöntemidir ve bu hizmet, lisanslı psikoterapistler tarafından sunulmaktadır. Bireyler, hekimleri aracılığıyla yardım isteyebilir ve pratisyen hekimleri de gerektiğinde onları uzmanlara yönlendirebilir. Almanya iyi gelişmiş bir psikoterapi sistemine sahiptir. Psikoterapistler kapsamlı bir eğitimden geçmekte ve çeşitli psikoterapi biçimleri sunmak için lisans almaktadırlar. Ayrıca psikoterapistlere sağlık sigortası sistemi üzerinden ödeme yapılmasına yönelik hükümler de bulunmaktadır (Peitz vd., 2021; Mauz vd., 2023; Thom vd., 2023).

Ruh sağlığı hizmetlerine erişim genellikle iyi düzenlenmiştir. Ancak, uzun bekleme süreleri veya belirli bölgelerde hizmet eksikliği gibi sorunlar olabilmektedir. Ruh sağlığını teşvik etmeye ve ruh sağlığı sorunlarını önlemeye yönelik girişimler bulunmaktadır. Bu girişimler arasında eğitim programları, farkındalık kampanyaları ve toplum temelli müdahaleler yer almaktadır. Ruh sağlığı konularında kamu bilincini artırmaya yönelik kampanyalar ve eğitim programları, toplumun ruh sağlığı konularına duyarlılığını artırmayı amaçlamaktadır (Gühne ve Heller, 2019; Schilling vd., 2021).

Ruh sağlığı, birinci basamak sağlık sistemine entegre edilmiştir. Pratisyen hekimler genellikle ruh sağlığı sorunları için yardım arayan bireylerin ilk temas noktasıdır. İlk değerlendirmeleri yapabilir ve gerekirse hastaları uzmanlara yönlendirebilirler. Almanya, hem yatarak hem de ayakta tedavi dâhil olmak üzere bir dizi ruh sağlığı hizmeti sunmaktadır. Yatarak tedavi psikiyatri hastanelerinde veya genel hastanelerdeki özel birimlerde sağlanırken, ayakta tedaviye özel muayenahaneler ve klinikler aracılığıyla erişilebilir. Ruhsal krizler ve acil durumlar için acil servisler ve kriz müdahale merkezleri bulunmaktadır. Akut ruh sağlığı krizleri yaşayan bireyler için krize müdahale hizmetleri mevcuttur. Bu hizmetler arasında yardım hatları, mobil kriz ekipleri ve kriz stabilizasyon birimleri yer almaktadır (Peitz vd., 2021; Porst vd., 2022; Thom vd., 2023).

Almanya'da ruh sağlığı sorunları olan bireylerin haklarını korumak

için yürürlükte olan yasa ve yönetmelikler bulunmaktadır. Das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG), ruhsal hastalığı olan bireylerin hak ve sorumluluklarını özetleyen bu tür bir yasadır. Almanya ruh sağlığı alanında güçlü bir araştırma geleneğine sahiptir. Ruh sağlığı sorunlarını anlamak, tedavi etmek ve bakım için yenilikçi yaklaşımlar geliştirmeye yönelik araştırmalar, çalışmalar, projeler ve çabalar devam etmektedir. Ayrıca ruhsal sağlık sorunlarıyla mücadele eden bireylere yönelik toplumda olumsuz tutumların azaltılması ve stigmanın kırılması için çeşitli programlar yürütülmektedir. Anlayış ve kabulü artırmak için farkındalık kampanyaları ve eğitim programları uygulanmaktadır (Gühne ve Heller, 2019; Schilling vd., 2021; Mauz vd., 2023).

İtalya'da Ruh Sağlığı Politikaları

İtalya'daki ruh sağlığı politikaları, ruh sağlığı sorunları olan bireylerin refahını ve tedavisini teşvik etmek üzere tasarlanmıştır. İtalya, diğer birçok ülke gibi ruh sağlığı sorunlarının ele alınmasının önemini kabul etmiş ve ihtiyacı olanlara daha iyi bakım ve destek sağlamak için politikalar ve girişimler uygulamaya koymuştur. Ruh sağlığı politikaları, ruh sağlığı hizmetlerinin düzenlenmesini, finansmanının sağlanmasını ve destekleyici stratejilerini içermektedir. İtalya, ruh sağlığı hizmetlerini iyileştirmeye yönelik stratejileri ve hedefleri belirleyen Ulusal Ruh Sağlığı Planına (Piano Nazionale della Salute Mentale) sahiptir. Plan, toplum temelli bakım, önleme ve ruh sağlığı sorunları yaşayanların damgalanmasının azaltılmasına odaklanmaktadır (Girolamo vd., 2020; Sani vd., 2020; Scandoni vd., 2022; Carbone, 2023).

Ruh sağlığı sorunlarının erken teşhisi ve müdahalesi, uzun vadeli olumlu sonuçlar sağlamış ve bu nedenle erken tanı ve müdahale programları teşvik edilmektedir. Ruh sağlığına yönelik toplumunun bilincini ve farkındalığı artırmak ve ruh sağlığı sorunlarını çevreleyen damgalamayı azaltmak için ruh sağlığını geliştirme ve eğitim girişimleri desteklenmektedir. Okullar ve topluluklar, halkın ruh sağlığı ve refahı konusunda eğitilmesini sağlamak için genellikle programlara dâhil olmaktadır (Mancini ve Prati, 2022; Ussai vd., 2022; Amerio vd., 2023).

Ruh sağlığı hizmetlerine erişim, herkes için kolay ve adil olmalıdır. Bu nedenle hizmet kapasitesinin artırılması, hizmet sunumunda kalitenin sağlanması ve hizmetlerin yaygınlaştırılması önemlidir. Ruh sağlığı sorunları, sadece psikiyatrik tedavi ile değil, aynı zamanda psikososyal destek, terapi, sosyal hizmet ve diğer disiplinlerin entegre edildiği bir tedaviyle ele alınmalıdır. Bu nedenle İtalya, büyük psikiyatri hastanelerini kapatarak ve toplum temelli bakıma geçerek ruh sağlığı hizmetlerini kurumsuzlaştırmak için önemli çabalar

sarf etmiştir. Bu yaklaşımla, ruh sağlığı sorunları olan bireyleri büyük kurumlarda izole etmek yerine bu bireylere kendi toplulukları içinde bakım ve destek sağlamayı amaçlamaktadır (Rossi vd., 2020; Scandoni vd., 2022; Ferrara vd., 2023).

İtalya, ruh sağlığı sorunları olan bireylerin haklarını korumak için yürürlükte olan bir ruh sağlığı mevzuatına sahiptir. 1978 tarih ve 180 sayılı Basaglia Yasası, kurumsuzlaştırma ve toplum temelli bakımı teşvik ederek ruh sağlığı politikalarının şekillendirilmesinde önemli bir rol oynamıştır. Bu yasa ayrıca, insan haklarının önemini ve ruh sağlığı sorunları olan bireylerin onurunu vurgulamaktadır. Bu doğrultuda kolay erişilebilir ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri sağlamak için Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ağı kurmuştur. Bu merkezlerde değerlendirme, danışmanlık, terapi ve sosyal destek de dahil olmak üzere bir dizi hizmet sunulmaktadır (Sani vd., 2020; Carbone, 2023).

İtalya, ruh sağlığı krizlerinde bireylere anında destek sağlamak için yardım hatları ve mobil kriz birimleri de dâhil olmak üzere krize müdahale hizmetlerini uygulamaya koymuştur. Bu hizmetler acil servis ziyaretlerini ve hastaneye yatışları önlemeye yardımcı olmaktadır. Ayrıca ruh sağlığı sorunları olan bireylerin rehabilitasyonunu ve işgücüne yeniden entegrasyonunu desteklemek için çaba gösterilmektedir. İş eğitimi ve istihdam fırsatlarına odaklanan programlar bu çabaların bir parçasıdır (Girolamo vd., 2020; Ussai vd., 2022; Amerio vd., 2023).

Ruh sağlığı alanındaki bilimsel araştırmaların desteklenmesi ve politikaların devam ettirilmesi; ruh sağlığı politikaları oluşturulurken insan haklarına saygı gösterilmesi ve kültürel etkilere duyarlı olması; bireylere bütünlük içinde bir sağlık hizmeti sunabilmek için ruh sağlığı hizmetlerinin genel sağlık hizmetlerine entegre edilmesi; politika kararlarının etkilerini görebilmek ve ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesini artırmak için ruh sağlığı konusunda araştırmaların yürütülmesi ve veri toplanması önemlidir (Rossi vd., 2020; Moro vd., 2022; Scandoni vd., 2022).

Sağlık sisteminin merkezi olmayan yapısı nedeniyle ruh sağlığı politikalarının ve hizmetlerinin İtalya'da bir bölgeden diğerine farklılık gösterebileceğini belirtmek önemlidir. Toplum temelli bakımin ve damgalanmanın azaltılmasının teşvik edilmesinde önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da daha fazla finansman ihtiyacı, daha fazla damgalama çabası ve ruh sağlığı hizmetlerine ihtiyaç duyan tüm bireyler için bakıma erişimin iyileştirilmesi gibi zorluklar devam etmektedir (Sani vd., 2020; Mancini ve Prati, 2022; Amerio vd., 2023).

Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları

Türkiye'de ruh sağlığı hizmetleri temel olarak hastaneler ve

topluluk temelli kurumlarda (Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri) verilmekte ve hizmetler genelde çok kalabalık ve aşırı yüklü olup, ağırlıklı ilaç kullanımına dayalı katı bir tıbbi yönelimle çalışmaktadır. Ruh sağlığı yasal düzenlemeleri güncel değildir ve ruh sağlığı problemi yaşayan kişiler, aileleri ve hizmet veren uzmanlar için de insan hakları farkındalığı çok düşüktür. İstemsiz yatış/yerleştirme ve zorla tedavi önemli meselelerden biridir; ancak bu konuda yeterli resmi veri bulunmamaktadır. Türkiye halen yasal ehliyetten tamamen mahrum bırakma uygulamasını yapmakta ve vasilik düzenlemesi yürürlüktedir. Türkiye’de ruhsal sorun yaşayan yetişkinlerin çoğunluğu aileleriyle birlikte yaşamaktadır. Topluluk temelli yatılı destekler çok sınırlıdır. Türkiye’deki topluluk temelli ruh sağlığı desteği temel olarak ayaktan tedavi verilen toplum ruh sağlığı merkezlerini (TRSM) kapsamaktadır. Bu merkezler hastanelerle ilişkili statülerine göre tanımlanmaktadır (Turnpenny vd., 2018).

Dünya Sağlık Örgütü’nün, Ruh Sağlığı Gereksinimi Eylem Programı Türkiye’de, 2017 itibarıyla, Sağlık Bakanlığı ve DSÖ iş birliğiyle birinci basamak sağlık uzmanları için başlatılmıştır. Psikiyatrist, psikolog, psikolojik danışman ve sosyal çalışmacılardan oluşan bir grup eğitimci birinci basamak uzmanlarına eğitimler vermektedir. Türkiye’de akran destek grupları, daha çok madde ve alkol bağımlısı kişiler için bulunmaktadır. Bazı şizofreni dernekleri kendilerinin de akran desteği sunduğunu savunmaktadır. Bu derneklerin büyük çoğunluğu aile üyelerince yürütülmektedir. Bazen de gönüllü psikiyatristler, hemşireler, psikologlar psikoeğitim grupları yapmaktadır. Bu dernekler, ayrıca kültürel ve beceri eğitimi fırsatları da sunmaktadır. TRSM’ler ve psikiyatri hastaneleri de bu tür kültürel ve mesleki beceri eğitimleri sağlamaktadır (World Health Organization, 2021).

Engellilikle ilgili ödemeler olmasına rağmen (örneğin engelli maaşı, bakıcı ödemesi gibi) kişisel asistanlık ve kişisel bütçe sistemi Türkiye’de uygulanmamaktadır. Aile üyeleri sadece “ağır engelli” kişilerin bakım vereni olarak ve engelli kişinin vasisi olmaları durumunda ödeme alabilmektedir. Bu alanda çalışan bazı hizmet elemanları ve bazı STK üyeleri vasilerin engelli bakım parasını nadiren hastaların iyilik halini artırmak için kullandığını genelde kendilerinin gündelik yaşam ihtiyaçlarına harcadığını dile getirmektedir. Türkiye, BM EKHS’ni 2008’de ve ek protokolü de 2014’te onaylamış olsa da zorunlu yatış/yerleştirme ve tedaviyi düzenleyen bazı yasal düzenlemelere karşın bir ruh sağlığı yasasına sahip değildir. Tecrit, uzun süreli fiziksel tespit (kısıtlama) ve kimyasal tespit istatistikî bilgiler olmasa da oldukça yaygın uygulanmaktadır (Turnpenny vd., 2018).

Sosyal Politika

Sosyal politika bir çalışma alanı olarak insan ihtiyacına ve devletlerin bunu karşılamak için neler yapabileceğine odaklanır. İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra, refah devletinin yükselişiyle birlikte batı ülkelerinde akademik bir uygulama alanı olarak gelişmiştir (Taylor, 2019).

19. yüzyılda yaşanan ekonomik ve sosyal gelişmeler sonucunda ortaya çıktığı düşünülen sosyal politika, sanayi devrimi ile anlam kazanmaya başlamıştır. Sanayi devrimi ile birlikte ekonomik ilişkilerin değişmesi sonucunda toplumsal değişimler kaçınılmaz hale gelmiştir. Sanayi devrimi ile artan üretim, daha fazla emek ihtiyacını doğurmuş, sermaye sahiplerinin emek piyasasındaki hâkimiyeti, ticaretin serbestleşmesiyle daha da artmıştır (Aravacık, 2018).

Liberal piyasa ekonomisi yaklaşımının benimsendiği bu dönemde, devlet müdahalelerinin serbest piyasayı olumsuz etkileyeceği görüşü hâkim olmuştur. Müdahalesiz oluşan bir piyasanın halkı zenginleştireceği inancı, bir yandan sermaye sahiplerinin zenginleşmesini sağlarken, diğer yandan emek sektörünün fakirleşmesine neden olmuştur. Çocukların ve kadınların karşılaştığı yoksulluk, insani duyguları incitmiştir. İşçi ücretlerine ve çalışma koşullarına herhangi bir müdahalenin yapılmadığı bu dönemde artan yoksulluk, toplumsal sorunların artmasına ve dolayısıyla sosyal politikaların hızla gelişmesine neden olmuştur (Robinson ve Moggridge, 2013). Ekonomide liberal yaklaşımın bir sonucu olarak toplumda iki karşıt kesim ortaya çıkmıştır: Sermaye sahipleri olan burjuva sınıfı ve emek sahipleri olan işçi sınıfı. Ücretlerin düşmesi, olumsuz çalışma koşulları ve uzun çalışma saatleri işçi sınıfında toplumsal sorunlara ve sınıf çatışmalarına yol açmıştır. 19. yüzyılda devletin liberal ekonomi anlayışının yol açtığı toplumsal sorunları çözmek için sosyal politikalar uygulanmıştır. Devletin çalışma hayatına, çalışma ilişkilerine ve ücretlere müdahalesi ile toplumsal barış ve adaletin sağlanması kaçınılmaz olmuştur (Erdut, 2002).

1880-1920 yılları arasında İngiltere ve Kanada’da başlayan sosyal reform hareketleri ile sosyal politikalar yasaklayıcı yaklaşımdan tanımlayıcı bir yaklaşıma dönüşmüştür. Bu yaklaşımda, çalışma hayatındaki rolünün sınırlı ve katı olduğu konusunda devlet eleştirilmiş ve çalışma hayatındaki olumsuzlukların giderilmesi için devletin sosyal koşulları düzenlemesi gerektiği önerilmiştir. Bu dönemde Fransa, Almanya, ABD gibi kapitalist gelişmiş ülkelerde devletin sosyal politikadaki rolünün artması gerektiği görüşü hakim olmuştur (Ersöz, 2011).

Sonuç olarak modern anlamda sosyal politikanın ortaya çıkışı, entelektüel-politik alanda Fransız Devrimi’nin, sosyal

ve ekonomik alanda ise sanayi devriminin meydana getirdiği sosyal koşullara atfedilir. İkinci Dünya Savaşı sonrasında gelişmiş ülkelerde liberal ekonomik yaklaşımlar terk edilmiş, devletin sosyal politikalara müdahale etmesi gerektiği inancıyla Keynesyen politika yaklaşımı benimsenmiştir. Bu yaklaşımın benimsenmesinde bir diğer önemli faktör ise 1929 ekonomik krizi ve bunun olumsuz sonuçlarıdır. Sanayi devriminden sonra sosyal politikaların kapsamı genişlemiş, sadece emek sektörünün değil tüm toplumun sorunlarına değinilmiştir. Sağlık hizmetleri, yaşlı ve çocuk bakımı, işsizlik ve yoksullukla mücadele, kadınların çalışma yaşamına katılımı, çevrenin korunması, cinsiyet ayrımcılığı gibi konuların tamamı devletin sosyal politika kapsamında mücadele ettiği konular haline gelmiştir (Çubuk, 1979).

'Sosyal politika', politika kavramının yalnızca bir yönünü temsil etmektedir. Bir devletin birçok politikası olabilir. Örneğin, dış politika, finans ve ticaret politikası, askeri veya savunma politikası, gelir politikası, eğitim politikası, gençlik politikası, nüfus politikası, işgücü politikası gibi farklı alanlarda farklı şekillerde çalışan birçok politika türünü sıralayabiliriz. Toplumsal sorunlara yönelik olan konular, sosyal politikanın sınırları içerisine girmektedir. Sosyal politikanın alanı çok geniştir. Aslında, büyük ölçüde bir toplumu tanımlamaya hizmet eder. Bir topluluğun en zayıf üyelerini korumayı amaçlarken; aynı zamanda herkesin sosyal ihtiyaçlarını da karşılaması gerekir. Sosyal politikanın kökenleri; sosyoloji, demografi, siyaset bilimi, sosyal felsefe, psikoloji, ekonomi ve tarihe dayanır (Taylor, 2019; Haque, 2021).

Sosyal politika, sosyal hayatın ihtiyaçlarına yönelik çözümler üretme anlamına gelen kapsayıcı bir disiplindir. Sosyal sorunlar, ekonomik ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişmekte ve bu değişimler toplumsal yapıya ve devlet politikalarına göre de farklılık göstermektedir (Aravacık, 2018).

Sosyal politika, topluma veya toplumun belirli bir kesimine fayda sağlayacak değişiklikleri uygulamaya yönelik hükümet ve yasama çabalarını ifade eder ve bu anlamda bir sosyal müdahaledir (Kazdin, 2001).

Ruh Sağlığı ve Sosyal Politika İlişkisi

Ruh sağlığı, bireylerin zihinsel, duygusal ve sosyal iyi olma halini ifade eder. Ruh sağlığı politikaları ise toplumun ruh sağlığını koruma ve iyileştirme amacıyla geliştirilen stratejiler, yasalar ve uygulamalardır. Sosyal politika, toplumun genel refahını artırmayı hedefleyen, özellikle sağlık, eğitim, sosyal güvenlik ve istihdam gibi alanlarda yapılan düzenlemeler ve uygulamalardır. Ruh sağlığı ve sosyal politikalar, bireylerin ve toplulukların genel refahını artırmak için önemli iki alandır.

Ruhsal hastalıklar, dünya çapında engelliliğin önde gelen nedenidir (Vigo vd., 2016). Ruh sağlığı politikasının genel sağlık politikasıyla ilişkilendirilmesi ve herhangi bir genel halk sağlığı konusunda fiziksel sağlığın yanı sıra ruhsal sağlığın da ele alınması özellikle önemlidir. Epidemiyolojik çalışmalar, genel popülasyonda yaygın ruhsal bozuklukların prevalansının yüksek olduğunu ve ayrıca bunların şiddetli, sakatlayıcı ve uzun süreli olabildiğini göstermektedir (Jenkins, 2008).

OECD, çalışma çağındaki her beş kişiden birinin herhangi bir zamanda bir ruh sağlığı sorunu yaşadığını ve her iki kişiden birinin de yaşamı boyunca bir akıl hastalığı yaşayacağını tahmin etmektedir (Simpson vd., 2021). Buna ek olarak, düşük sosyo-ekonomik statüye sahip kişilerin ekonomik yönden daha savunmasız olması nedeniyle ruh sağlığı sorunları geliştirme ve deneyimleme konusunda risk oranları daha yüksektir. Örneğin; işsiz veya ekonomik olarak aktif olmayan bireylerin, çalışan bireylere göre daha kötü ruh sağlığı sonuçlarına sahip olma durumları olabilir (Flatau vd., 2000). Benzer şekilde, yoksulluk içinde olanların veya maddi sıkıntı yaşayanların da yüksek gelir gruplarındaki insanlara göre orantısız bir ruhsal hastalık yükü yaşama durumu vardır (Silva vd., 2016).

Yoksulluk ve ruh sağlığı iç içedir ve ilişki nedenselliği her iki yönde de yansır: Yoksulluk akıl sağlığını kötüleştirir ve akıl hastalığı yoksul insanları daha da yoksullaştırır. Bu nedenle, ruh sağlığı hizmetlerinin etkin bir şekilde sağlanması, genel sağlık stratejilerinin yanı sıra ulusal yoksulluğun azaltılmasının ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır (Gureje ve Jenkins, 2007). Ruhsal bozukluklar dünyanın her yerinde yaygındır ve sakatlık, ölüm oranı, ekonomik üretkenlik kaybı ve yoksulluğa neden olur. Savaşlar, artan mülteciler sayısı, HIV/AIDS'in etkisi ve beslenme yetersizlikleri, yoksul ülkelerde yaşayanların ruh sağlığı sorunlarının yükünü daha da artırmaktadır (Mathers ve Loncar, 2006).

Diğer taraftan ebeveynlerin hastalığı, çocukların yani gelecek nesillerin entelektüel ve duygusal gelişimlerine olumsuz etkide bulunur. Ayrıca tedavi edilmemiş ruhsal bozuklukların varlığı, fiziksel hastalıklara yönelik önleme ve tedavi programlarının başarısını da etkiler (Jenkins, 2008). Ruh sağlığı politikalarının benimsenmesi ve ruh sağlığı politikasının halk sağlığı politikasına ve genel sosyal politikaya entegre edilmesi önemlidir, çünkü ruh hastalığı diğer sağlık ve kalkınma hedeflerinin gelişmesini engeller, neden olur, fiziksel sağlığı etkiler ve sonuçta toplumlar için ağır bir yüke neden olur (Gureje ve Jenkins, 2007).

Kültürel konular da çok önemlidir. Toplumun ruh sağlığına verdiği değeri, semptomların ortaya çıkışını, hastalık davranışını,

hizmetlere erişimi, bakıma giden yolları, bireylerin ve ailelerin hastalığı yönetme biçimini, toplumun hastalığa tepki verme şeklini, kabullenme derecesini, hastaya verilen desteği ve diğer yandan ruhsal hastalığı olan kişinin yaşadığı damgalanma ve ayrımcılığın derecesi etkilerler. Bu nedenle her ülkenin kendine özgü bir bağlamı, kültürü, kaynakları ve mevcut hizmet yapıları vardır ve her biri ruh sağlığı politikalarına ihtiyaç duymaktadır (Mirza vd., 2006; Jenkins, 2008).

Sosyal refah devleti, bu tür olumsuz sosyo-ekonomik koşullar ile ruh sağlığı arasındaki bağlantıya aracılık edebilir. Örneğin, savunmasız nüfus gruplarına aynı ve nakdi yardımlar ile eğitim, barınma ve halk sağlığı politikası gibi temel kamu hizmetlerini finanse eder (Eikemo ve Bamba, 2008).

Dolayısıyla, sağlık sistemlerinin temel sosyal belirleyicilerini etkileyebilir ve giderek artan bir şekilde sağlık eşitsizliklerini önleyici adımlar atabilir. Ancak sağlıkta eşitsizlikler çoğu refah devletinde hala yaygın olarak varlığını sürdürmektedir (Bamba, 2011).

Bu nedenle, sosyal refah devletinin önemli bir rolünü temsil eden ve bir sosyal politika aracı olan sosyal güvenlik politikaları; işsizlik, engellilik ve emeklilik gibi yaşam olaylarıyla ilişkili gelir kaybına yönelik düzenlemelerle bireylerin yaşam standartlarını korumalarını sağlayabilir (Hillier-Brown vd., 2019).

Sosyal güvenlik politikası reformları hem toplumsal hem de bireysel düzeyde işleyen mekanizmalar yoluyla ruh sağlığını potansiyel olarak etkileyebilir (Lundberg ve ark., 2010).

Sosyal güvenlik politikaları, gelir eşitsizliği gibi durumlara veya sağlığın iki temel sosyal belirleyicisi olan gelir ve istihdama müdahale ederek ve bu müdahalelerin sonucu oluşacak olan maddi, psikososyal ve davranışsal yollarla ruh sağlığını etkileyebilir (Simpson vd., 2021).

Çalışmalar, sosyal güvenlik politikalarındaki değişikliklerin nüfusun ruh sağlığını etkilediğini öne sürmektedir. Örneğin, sosyal güvenlik yardımlarındaki genişlemeler hem yetişkinlerde (Evans ve Craig, 2014) hem de çocuklarda (Cooper ve Stewart, 2013) olumlu ruh sağlığı sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir.

Öte yandan, sosyal güvenlikteki daralmalar depresyon (Reeves vd., 2016) ve intihar (Barr vd., 2016) prevalansındaki artışla ve daha büyük ruh sağlığı eşitsizlikleriyle (Kokkinen vd., 2015) ilişkilendirilmiştir.

Ancak ruhsal hastalıkların her toplumda yaygın olarak görülmesi ve hastalıkların bireye, ailesine ve topluma büyük yükü olmasına rağmen dünyada ruh sağlığı alanına gerekli önem verilmemektedir (Saxena vd., 2013).

Sağlık politika ve programlarında ruh sağlığına yeterince önem verilmemesi, personel yetersizliği, hastalıklar hakkında bilgi eksikliği nedeniyle ruhsal hastalıkların yeterince tanınmaması, ruh sağlığı hastalarına karşı damgalama ve ayrımcılık olması ve hastaların yaşadığı çevrede ruh sağlığı hizmeti sunan kurumların bulunmaması ve mevcut tedavi kurumlarına da ulaşımın zor olması nedeni ile ruh sağlığı hastaları ihtiyacı olan bakımı alamamaktadır (World Health Organization, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü, ülkelere ruh sağlığı alanında politika ve programlar geliştirmelerini, ruh sağlığı yasası oluşturmalarını, ruh sağlığı alanındaki politika, program ve yasal düzenlemelerin oluşturulması sürecinde toplumun, ailelerin ve hizmeti kullananların etkin bir şekilde katılmasını, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonunun sağlanmasını, sağlık hizmetlerinin tüm basamağında önemli psikoaktif ilaçların ulaşılabilirliğinin sağlanmasını, bireyin ihtiyacı olan hizmetleri kolayca alabilmesi için ruh sağlığı hizmetlerinin akıl hastaneleri yerine bireyin yaşadığı çevrede verilmesini, sağlık personelinin ruhsal hastalıklar konusunda eğitilmesini, ruh sağlığı alanında çalışanların sayılarının artırılmasını, ruh sağlığı hastalarının damgalanmasına karşı çalışmalar yapmalarını ve ruh sağlığına bütüncül bir şekilde yaklaşarak eğitim, belediye ve sosyal hizmetler gibi diğer sektörlerle iş birliği yapılmasını tavsiye etmiştir (World Health Organization, 2001).

Ruh sağlığını korumak ve iyileştirmek, çoklu kararları içeren karmaşık bir görevdir. Sosyal politika; ruh sağlığı ihtiyaçları, koşulları, hizmetleri, tedavileri ve önleme ve teşvik stratejileri ile bunların finansmanı konusundaki yapılacak seçimler arasında önceliklerin belirlenmesini gerektirir. Ruh sağlığı hizmetleri ve stratejileri kendi aralarında ve sosyal güvenlik, eğitim, istihdam ve barınma gibi diğer hizmetlerle iyi koordine edilmelidir. Kararların mevcut zorlukları karşılayacak şekilde sürekli olarak ayarlanabilmesi için ruh sağlığı sonuçları izlenmeli ve analiz edilmelidir. Yönetimde kritik rol; karmaşık faaliyetlerin gerçekleştirilmesini sağlamak için sorumluluğu üstlenmek, politika geliştirmek ve uygulamaktır. Politika; temel konuları ve hedefleri belirler, finansman ve tedarikte kamu ve özel sektörün ilgili rollerini tanımlar, ruh sağlığı hedeflerini karşılamak için kamuda ve özel sektörde gerekli politika araçlarını ve düzenlemeleri yapar, kapasite belirler, bina ve organizasyonel gelişim ve harcamaların önceliklendirilmesi için rehberlik sağlar, sorunların analizini yapar ve sonuca bağlar ve kaynak tahsisi ile ilgili kararları alır (World Health Organization, 2021).

Ruh sağlığı ve sosyal politika arasındaki ilişkinin boyutlarına dair bilgiler, (Flatau vd., 2000; Mathers ve Loncar, 2006; Mirza vd., 2006; Gureje ve Jenkins, 2007; Eikemo ve Bamba, 2008; Jenkins, 2008; Saxena vd., 2013; Silva vd., 2016; Turnpenny vd.,

2018; Hillier-Brown vd., 2019; Simpson vd., 2021; World Health Organization, 2021) aşağıda belirtildiği şekilde özetlenebilir:

1. Ruh sağlığı politikalarının belirlenmesi: Ruh sağlığı politikaları, bir ülke veya toplumun ruh sağlığına yönelik nasıl yaklaşımda bulunulması gerektiğini belirler. Bu politikalar, toplumun genel refahını artırmak ve psikolojik sağlığını desteklemek amacıyla oluşturulur. Sosyal politikalar, ruh sağlığı politikalarının oluşturulmasında etkin rol alabilir.

2. Erişilebilir ruh sağlığı hizmetleri: Sosyal politikalar, ruh sağlığı hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırır. Özellikle düşük gelirli bireyler veya dezavantajlı gruplar için bu hizmetlere erişimin arttırılması, sosyal politikanın bir parçası olabilir.

3. Erişilebilir ve Kapsayıcı Ruh Sağlığı Hizmetleri: Sosyal politikalar, ruh sağlığı hizmetlerine erişimin artırılmasını ve bu hizmetlerin kapsayıcı olmasını sağlamalıdır. Özellikle dezavantajlı grupların (örneğin, engelliler, mülteciler, düşük gelirli bireyler) ruh sağlığı hizmetlerine erişimini kolaylaştıran politikalar geliştirilmelidir.

4. Entegre Yaklaşım ve İşbirliği: Ruh sağlığı politikalarının etkinliği, diğer sosyal politika alanlarıyla işbirliği içinde geliştirilmesine bağlıdır. Örneğin, sağlık, eğitim, istihdam ve sosyal hizmetler arasında entegrasyon sağlanarak, bireylerin çok yönlü desteklenmesi mümkündür.

5. Toplumsal bilinçlenmenin artırılması ve damgalanmanın azaltılması: Ruh sağlığı hakkında toplumsal bilginin arttırılması ve damgalanmanın azaltılmasında sosyal politikaların rolü büyüktür. Bu rol, bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine açıkça ve utanmadan başvurmalarını teşvik edebilir, ayrımcılığı azaltabilir ve toplumun ruh sağlığı hakkında doğru bilgilere sahip olmasında etkili olabilir.

6. Kriz durumlarına ve acil durumlara hazırlık: Sosyal politikalar, toplumsal krizler veya doğal afetler gibi olağanüstü durumlarda ruh sağlığının etkinliğini ve sürdürülmesini sağlayabilir, müdahalelere yönelik stratejiler geliştirebilir.

7. Barınma ve Yaşam Koşulları: Barınma ve yaşam koşulları, bireylerin ruh sağlığını doğrudan etkileyen faktörlerdir. Sosyal politikalar aracılığıyla sağlanan uygun barınma koşulları ve yaşam standartları, bireylerin ruh sağlığını korumada önemli bir rol oynar.

8. Eğitim ve farkındalık: Ruh sağlığına yönelik eğitim ve standart kampanyalar, sosyal politikaların bir parçası olarak uygulanabilir. Bu durum bireylerin ruh sağlığına daha iyi bir şekilde dikkat etmelerini sağlayabilir ve yardım aramalarını teşvik edebilir.

9. Eğitim ve İstihdam: Eğitim ve istihdam politikaları, bireylerin ruh sağlığını doğrudan etkileyebilir. Eğitimde fırsat eşitliği sağlanması ve işsizlik oranlarının düşürülmesi, bireylerin kendilerini güvende hissetmelerine ve psikolojik iyilik hallerinin korunmasına katkıda bulunur.

10. Sosyal yardım ve destek programları: Sosyal politikalar, ekonomik zorluklarla karşılaşan bireylere ve ailelere mali yardım ve destek sunabilir. Bu durum, stresi yönetimini ve ruh sağlığını iyileştirebilir.

11. Sosyal Güvenlik ve Destek: Sosyal güvenlik ve destek mekanizmaları, özellikle ekonomik sıkıntı yaşayan bireyler için ruh sağlığını destekleyici bir rol oynar. Örneğin, sosyal yardımlar ve sağlık sigortası gibi uygulamalar, bireylerin stres seviyelerini azaltarak ruh sağlığını iyileştirebilir.

12. Toplumsal uyumu destekleme: İyi bir ruh sağlığına sahip bireyler, toplumsal sürdürülebilirliği sağlayabilirler. Sosyal politikalar, toplumsal kalkınmayı teşvik etmek ve sosyal çatışmaları azaltmak için ruh sağlığına odaklanabilir.

13. Bireylerin ruh sağlığı sorunlarıyla başa çıkma yeteneklerini güçlendirme: Sosyal politikalar bireylerin; stresle başa çıkma, problem çözme ve duygusal becerileri geliştirmelerine yardımcı olabilir. Bu, ruhsal durumun korunması için önemlidir.

14. Eşitsizliklerle mücadele etme: Eşitsizlikler, bireylerin ruhsal sorunlar yaşamasına neden olabilir. Örneğin, düşük gelirli ailelerin ekonomik yönden daha savunmasız olmaları nedeniyle ruh sağlığı sorunları geliştirme riski olabilir. Sosyal politikalar, ekonomik koşullar ile ruh sağlığı arasındaki bağlantıya aracılık edebilir.

15. Önleyici hizmetler: Sosyal politikalar, önleyici hizmetleri teşvik edebilir. Örneğin, erken çocukluk dönemlerinde çocuklara ve ailelere yönelik sağlık ve eğitim programlarını destekleyerek ilerleyen yaşlarda ortaya çıkabilecek ruhsal sağlık sorunlarının önlenmesine yardımcı olabilir.

16. Önleyici Tedbirler ve Eğitim Programları: Sosyal politika kapsamında, ruh sağlığını koruyucu ve önleyici tedbirler alınmalıdır. Bu kapsamda, okullarda ve iş yerlerinde ruh sağlığı eğitim programları düzenlenmeli, stres yönetimi ve duygusal zeka gibi konularda farkındalık artırılmalıdır.

17. Politika Entegrasyonu: Ruh sağlığı politikalarının sosyal politikalarla entegre edilmesi, kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşım sağlar.

18. Kaynakların Etkin Kullanımı: Sosyal politika alanında ayrılan kaynakların, ruh sağlığı hizmetleri için de kullanılabilmesi, hizmetlerin erişilebilirliğini artırır.

19. Toplumsal Farkındalık: Hem ruh sağlığı hem de sosyal politika alanında farkındalık kampanyalarının yürütülmesi, toplumun bilinçlenmesine ve stigma ile mücadelede etkili olabilir.

20. Çocuk ve gençlerin ruh sağlığı: Çocukların ve gençlerin ruhsal sağlığı, geleceğin toplumunun temeli olması nedeniyle

sosyal politikaların çocuklara ve gençlere yönelik ruhsal sağlık hizmetlerinin desteklenmesi önemlidir.

21. Toplumsal refahın artırılması: Sosyal politikalar, toplumun genel refahını artırmayı amaçlamaktadır. Bu amaç; sağlık hizmetleri, eğitim ve istihdam gibi temel özellikleri içermektedir. Ruh sağlığı da bu genel refahın bir parçasıdır; çünkü psikolojik olarak iyi oluş, toplumsal refahın önemli bir bileşenidir.

Ruh sağlığı ve sosyal politika; ruh sağlığına yönelik uygulamaları yaygınlaştırma, toplumun genel refahını artırma, bireylerin psikolojik yönden iyi oluşunu sağlama ve ruh sağlığını koruma yönlerinden güçlü bir şekilde birbirine bağlıdır. Ruh sağlığını iyileştirmeye yönelik etkili sosyal politikalar; toplumun daha sağlıklı, huzurlu ve üretken olmasına katkıda bulunabilir.

Diğer taraftan sosyal politikanın temel amacı ise; sosyal uyum, sosyal denge, düzen ve istikrarı sağlamaktır. Bunun yanı sıra birey ve toplumun refahını ve hayat standardını geliştirmeyi ve korumayı hedefler. Toplumsal düzen, uyum ve istikrar, ruhsal yönden sağlıklı ve sosyal işlevselliği yerinde olan bireylerle mümkündür.

Sosyal destek ve sosyal bakım ruh sağlığının ve ruh sağlığı hizmetlerinin ana bileşenidir ve hayati öneme sahiptir. Örneğin engelli bireylerin (genellikle psikiyatrik hastalıkların da eşlik ettiği komorbidite) koruma altına alındığı ASHB bünyesindeki Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri hem sosyal hizmetin hem de sosyal politikanın primer düzeyde ilgi ve sorumluluk alanındadır. Bu örnekten de anlaşılacağı üzere ruh sağlığı ve sosyal politika arasındaki yapısal ve fonksiyonel bir ilişkinin varlığı ontolojik bir gerçekliktir. Başka bir deyişle ruh sağlığı politikaları ile sosyal politika arasındaki ilişki zorunlu bir sonuçtur.

Ruh sağlığı alanına ilişkin stigmatizasyon (damgalama) aynı zamanda önemli bir sosyal sorundur. Stigmatizasyonun azaltılması ve bu sorunla mücadelede sosyal politika faaliyetleri önem arz etmektedir.

Sağlık: hastalık ve sakatlığın olmayışı değil aynı zamanda biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir (WHO). Tanımdan da anlaşılacağı üzere psikolojik iyilik hali ve ruh sağlığı, sağlığın ana bileşenleridir ve sosyal yönden iyilik hali de sağlığın yadsınamaz ana unsurlarındandır. Sağlık ise sosyal politikanın yapısal ve işlevsel öğelerinden, organlarından biridir. Bu yönüyle de ruh sağlığı ile sosyal politika arasında organik bir ilişkinin varlığı kendiliğinden açığa çıkmaktadır.

Bunlarla birlikte ruh sağlığı hizmet sürecinde hizmet alanlar ve hizmet verenlerin sosyal sigortaları ve sağlık sigortaları, SGK gibi sosyal politika kurumları ile sağlanmaktadır.

Diğer taraftan istihdam ve çalışma hayatı, bireyler için sadece

ekonomik kazanç elde etmek değil, aynı zamanda sosyalleşme imkanı sağlar. Sosyalleşme ve sosyal ilişkiler de ruh sağlığı için kritik öneme haiz değişkenlerdir.

Toplumsal uyum ve toplumsal düzen ruh sağlığı yerinde olan bireylerle mümkündür.

Tartışma

Ruh sağlığı ve sosyal politikalar arasındaki ilişki, bireylerin ve toplulukların refahını artırmak için kritik öneme sahiptir. Mesleki açıdan, sosyal hizmet uzmanları ve ruh sağlığı profesyonelleri, bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak için sosyal politikalarla desteklenir. Akademik açıdan, disiplinler arası çalışmalar ve araştırmalar, ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Bilimsel açıdan, ruh sağlığı epidemiyolojisi ve kanıta dayalı uygulamalar, sosyal politikaların etkinliğini artırmada rol oynamaktadır. Adalet, eşitlik ve insanın iyi olma hali, sosyal politikaların felsefi temelini oluşturmaktadır. Sağlık hakkı ve sosyal adalet ise insan hakları kuramları açısından ise ruh sağlığı hizmetlerine erişimin önemini vurgulamaktadır.

Ruh sağlığı politikaları ve sosyal politika arasındaki ilişki, bireylerin genel refahını artırmak için kritik bir öneme sahiptir. Etkili sosyal politikalar, bireylerin ruh sağlığını iyileştirerek toplumsal refahı artırabilir. Bu iki politika alanı arasındaki uyum, hem bireylerin hem de toplumun genel sağlığı ve refahı için vazgeçilmezdir. Ayrıca, ruh sağlığı politikalarının sosyal politikalarla bütünleşik bir şekilde uygulanması, toplumda ruh sağlığı sorunlarının önlenmesine ve tedavi edilmesine yönelik daha etkili çözümler sunabilir.

Ruh sağlığı, ruh sağlığı politikaları ve sosyal politika arasında güçlü ve karşılıklı bir ilişki bulunmaktadır. Etkili ruh sağlığı politikaları, bireylerin ve toplumların ruh sağlığını iyileştirirken, kapsamlı sosyal politikalar ise ruh sağlığı üzerindeki olumsuz sosyal ve ekonomik faktörleri azaltmada önemli rol oynar. Bu iki alanın entegrasyonu, toplum genelinde daha sağlıklı ve mutlu bireyler yaratmak için kritik öneme sahiptir.

Ruh sağlığı politikaları, bireylerin ruh sağlığını koruma ve iyileştirme amaçlı stratejileri kapsar ve sosyal politika çerçevesinde yer alır. Bu politikaların etkin bir şekilde uygulanabilmesi için sosyal politikalarla uyumlu olması gerekmektedir.

Ruh sağlığı politikaları ve sosyal politikalar arasındaki işbirliği, şu noktalarda güçlendirilebilir:

Sağlık Hakkı

İnsan hakları kuramları, sağlığı temel bir insan hakkı olarak tanımlar. Ruh sağlığı, bu hakkın önemli bir bileşenidir. Sosyal politikalar, bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine

erişimini sağlamak ve bu hizmetlerin kalitesini artırmak için oluşturulmalıdır. Bu bağlamda, ruh sağlığı hizmetlerine erişim, ayrımcılıktan arındırılmış ve kapsayıcı olmalıdır.

Sosyal Adalet

İnsan hakları perspektifinden bakıldığında, sosyal adalet, herkesin toplumsal kaynaklardan adil bir şekilde yararlanması gerektirir. Ruh sağlığı hizmetlerine erişim, sosyal adaletin bir göstergesidir. Sosyal politikalar, dezavantajlı ve marjinalize edilmiş grupların ruh sağlığı hizmetlerine erişimini artırmak için özel önlemler almalıdır.

Adalet ve Eşitlik

Ruh sağlığı ve sosyal politikalar, adalet ve eşitlik ilkelerine dayanır. Bu nedenle, herkesin ruh sağlığı hizmetlerine eşit erişim hakkına sahip olması gerekmektedir. Sosyal politikalar, bu eşitliği sağlamak için stratejiler ve programlar geliştirir. Adalet ve eşitlik, toplumdaki tüm bireylerin ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanabilmesini güvence altına alır.

İnsanın İyi Olma Hali

İnsanın iyi olma hali, fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı kapsar. Sosyal politikalar, bireylerin bütünsel iyi olma halini desteklemeyi hedefler. Bu, ruh sağlığı hizmetlerinin yanı sıra, eğitim, istihdam, barınma ve sosyal destek gibi alanlarda da kapsamlı politikaların uygulanmasını gerektirir.

Disiplinler Arası Çalışmalar

Ruh sağlığı ve sosyal politikalar, disiplinler arası çalışmalar gerektirir. Psikoloji, sosyal hizmet, sosyoloji, halk sağlığı ve siyaset bilimi gibi disiplinler, ruh sağlığı ve sosyal politikalar konusunda ortak araştırmalar ve işbirliği yapmayı gerekli kılar. Bu disiplinler arası yaklaşım, ruh sağlığı hizmetlerinin kapsamını ve işlevini artırır.

Ruh Sağlığı Epidemiyolojisi:

Ruh sağlığı epidemiyolojisi, ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığını, dağılımını ve belirleyicilerini inceleyen bir bilim dalıdır. Bu alandaki araştırmalar, sosyal politikaların ruh sağlığı üzerindeki etkilerini anlamak için önemlidir. Örneğin, yoksulluk, işsizlik ve sosyal dışlanma gibi sosyoekonomik faktörlerin ruh sağlığı üzerindeki etkileri bilimsel olarak incelenir. Bu da psikiyatrik hastalıkların teşhis ve tedavisinde kritik rol oynar.

Kanıt Dayalı Uygulamalar:

Sosyal politikalar, ruh sağlığı alanında kanıt dayalı uygulamaları teşvik eder. Bu, ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğini ve verimliliğini artırmak için bilimsel araştırmalara dayalı yöntemlerin kullanılmasını içerir. Kanıt dayalı uygulamalar da

sosyal hizmet uzmanlarının ve ruh sağlığı profesyonellerinin en iyi müdahale stratejilerini belirlemelerine yardımcı olur.

Sonuç

Ruh sağlığı, ruh sağlığı politikaları ve sosyal politika arasındaki ilişki, bireylerin ve toplumların genel sağlığı ve refahı açısından büyük önem taşımaktadır. Etkili ruh sağlığı politikalarının ve kapsamlı sosyal politikaların geliştirilmesi, toplumun ruh sağlığını iyileştirecek ve bireylerin daha sağlıklı, üretken ve mutlu bir yaşam sürmelerini sağlayacaktır. Gelecekte, bu iki alanın entegrasyonu ve iş birliği, toplumun genel refahını artırmada önemli bir rol oynayacaktır.

Ruh sağlığı, ruh sağlığı politikaları ve sosyal politika arasındaki ilişki, toplumsal refahın sağlanmasında önemli bir rol oynar. Sosyal politikaların, bireylerin ruh sağlığını destekleyecek şekilde tasarlanması ve ruh sağlığı politikalarının sosyal politika çerçevesine entegre edilmesi, toplumun genel sağlığı ve refahı açısından büyük önem taşır. Bu iki politika alanı arasındaki iş birliği ve entegrasyon, gelecekte daha sağlıklı ve mutlu toplumlar inşa etmek için kritik bir strateji olarak değerlendirilmelidir.

Ruh sağlığı ve sosyal hizmet arasındaki ilişki, bireylerin ve toplulukların refahını artırmayı amaçlayan bütüncül bir yaklaşıma dayanır. Sosyal hizmet uzmanları, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylere müdahale ve destek sunar, önleme ve bilinçlendirme çalışmaları yapar, savunuculuk yapar ve toplumsal entegrasyonu destekler. Bu ilişki, multidisipliner bir işbirliği ve koordinasyon gerektirir. Gelecekte, ruh sağlığı ve sosyal hizmet alanlarındaki işbirliğinin artırılması, toplumların genel sağlık ve refah düzeyini önemli ölçüde iyileştirecektir.

Ruh sağlığı ve sosyal politikalar arasındaki ilişki, bireylerin ve toplulukların genel refahını artırmayı amaçlayan çok yönlü ve kapsamlı bir etkileşimdir. Bu ilişki, mesleki, akademik, bilimsel, felsefi ve insan hakları kuramları açılarından incelendiğinde, ruh sağlığı hizmetlerinin ve sosyal politikaların entegrasyonunun önemi ortaya çıkmaktadır. Gelecekte, ruh sağlığı ve sosyal politikalar arasındaki işbirliğinin güçlendirilmesi, toplumların genel sağlık ve refah düzeyini önemli ölçüde iyileştirecektir.

Bu iki politika alanı, birbirleriyle güçlü bir ilişki içindedir. Özellikle bu mesleki ve akademik ilişkinin varlığı, sosyal politikanın koruyucu ve önleyici hekimlik ile sosyal destek mekanizmaları bakımından hayati öneme haiz rolüne içkin bir gerçeklik olarak öne çıkmaktadır.

Kaynaklar

1. Atabey, S. E. (2020). Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası (4. Baskı). Ankara: Gazi Kitabevi

2. Amerio, A., Vai, E., Bruno, E., Costanza, A., Escelsior, A., Odone, A., Berardis, D. D., Aguglia, A., Serafini, G., Amore, M., & Ghaemi, S. N. (2023). COVID-19 impact on the Italian community-based system of mental health care: Reflections and lessons learned for the future. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 21(1), 2–9.
3. Aravacik, E. D. (2018). Social Policy and the Welfare State. In *Public Economics and Finance*. Intech Open, London. Retrieved February 25, 2022 from <https://www.intechopen.com/chapters/64579>
4. Çubuk, A. (1979). *Sosyal Politika*. Ankara: İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayını.
5. Bambra, C. (2011). Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health 'puzzle'. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(9), 740-745.
6. Barker, R. L. (2003). *The Social Work Dictionary*. NASW Press.
7. Brown, R., Martin, D., Hickman, N., & Barber, P. (2023). *Mental health law in England and Wales: A guide for mental health professionals*. Sage.
8. Carbone, S. (2023). The management of mental health, and service networks in Italy. *International Journal of Mental Health Promotion*, 25(8), 927-935.
9. Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2021). About Mental Health. Retrieved July 5, 2021 from <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>
10. Cooper, K., & Stewart, K. (2013). Does money affect children's outcomes? A Systematic Review. *CASEreports* (80). Centre for Analysis of Social Exclusion, London, UK.
11. Eikemo, T. A., & Bambra, C. (2008). The welfare state: a glossary for public health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(1), 3-6.
12. Erci, B. (2009). *Halk Sağlığı Hemşireliği*. Amasya: Göktuğ Yayıncılık.
13. Eke, E. ve Kişi, M. (2019). Geçmişten günümüze İngiltere sağlık politikaları: Ulusal sağlık sistemi odaklı güncel bir perspektif. *OPUS – Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 11(18), 2687-2707.
14. Erdut, Z. (2002). *Küreselleşme Bağlamında Uluslararası Sosyal Politika ve Türkiye*. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.
15. Ersöz, H. Y. (2011). *Sosyal Politikada Yerelleşme*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayını.
16. Evans, W. N., & Garthwaite, C. L. (2014). Giving mom a break: The impact of higher EITC payments on maternal health. *American Economic Journal: Economic Policy*, 6(2), 258-290.
17. Flatau, P., Galea, J., & Petridis, R. (2000). Mental health and wellbeing and unemployment. *Australian Economic Review*, 33(2), 161-181.
18. Ferrara, F., Trama, U., Nava, E., Langella, R., Valentino, F., & Zovi, A. (2023). Distress psicologico durante la pandemia da Covid-19: Un'analisi sull'uso di farmaci antipsicotici in un campione di popolazione italiana. *Rivista di Psichiatria*, 58(5), 220-225.
19. Glasby, J., Tew, J., & Fenton, S. (2021). UK mental health policy and practice. In G. Ikkos & N. Bouras (Eds.), *Mind, State and Society: Social History of Psychiatry and Mental Health in Britain 1960–2010* (pp. 93-102). Cambridge: Cambridge University Press.
20. Gitterman, A., & Germain, C. B. (2008). *The Life Model of Social Work Practice: Advances in Theory and Practice*. Columbia University Press.
21. Gureje, O., & Jenkins, R. (2007). Mental Health in Development: Re-emphasising the Link. *Lancet*, 369(9560), 447–449.
22. Gühne, U., & Heller, S. R. (2019). Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland. In: Bramesfeld, A., Koller, M., & Salize H. J. (Eds.), *Public Mental Health* (pp. 31–59). Bern: Hogrefe.
23. Girolamo, G. D., Cerveri, G., Clerici, M., Monzani, E., Spinogatti, F., Starace, F., ... & Vita, A. (2020). Mental health in the coronavirus disease 2019 emergency the Italian response. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 974-976.
24. Haque, M. (2021). *Social Policy: Concept, Goals and Influencing Factors*. University of Dhaka. Retrieved March 08, 2022 from <https://www.researchgate.net>
25. Hillier-Brown, F., Thomson, K., McGowan, V., Cairns, J., Eikemo, T. A., Gil-González, D., & Bambra, C. (2019). The effects of social protection policies on health inequalities: evidence from systematic reviews. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(6), 655-665.
26. İleri, H., Seçer, B. ve Ertaş, H. (2016). Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye'de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (12), 176-186.
27. Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
28. Köknel, Ö. (2000). *Günlük Hayatta Ruh Sağlığı*. İstanbul: Alfa Yayınları.
29. Jenkins, R. (2008). *Mental Health Policy*. *International Encyclopedia of Public Health*, 393–406.
30. Jones, K. (2023). *A history of the mental health services*. Taylor & Francis.
31. Knapp, M., McDaid, D., & Parsonage, M. (2011). *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*. London: Department of Health.
32. Kazdin, A. E. (2001). *Conduct Disorder*. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2511–2516.
33. Kokkinen, L., Muntaner, C., Kouvonen, A., Koskinen, A., Varje, P., & Väänänen, A. (2015). Welfare state retrenchment and increasing mental health inequality by educational credentials in Finland: a multicohort study. *BMJ Open*, 5(6), e007297.
34. Mirza, I., Hassan, R., Chaudhary, H. R., & Jenkins, R. (2006). Eliciting Explanatory Models of Common Mental Disorders Using the Short Explanatory Model Interview (SEMI) Urdu Adaptation – A Pilot Study. *The Journal of the Pakistan Medical Association (JPMA)*, 56(10), 461-462.
35. Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), e442.
36. Mauz, E., Walther, L., Junker, S., Kersjes, C., Damerow, S., Eicher, S., Hölling, H., Müters,

37. S., Peitz, D., Schnitzer, S., & Thom, J. (2023). Time trends in mental health indicators in Germany's adult population before and during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, 11, 1-23.
38. Mancini, A. D., & Prati, G. (2022). A comparison of mental-health outcomes in the United States. *Psychological Science*, 10(6), 1027-1043.
39. Moro, M. F., Calamandrei, G., Poli, R., Di Mattei, V., Perra, A., Kurotschka, P. K., ... & Carta, M. G. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers in Italy: analyzing the role of individual and workplace-level factors in the reopening phase after lockdown. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 867080.
40. National Association of Social Workers. (2017). *NASW Standards for Social Work Practice in Health Care Settings*.
41. OECD. (2014). *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing.
42. Peitz, D., Kersjes, C., Thom, J., Hoelling, H., & Mauz, E. (2021). Indicators for public mental health: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 9, 1-11, 714497.
43. Pektaş, İ., Bilge, A. ve Ersoy, M. (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(1) 43-48.
44. Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609-615.
45. Patel, V., et al. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598.
46. Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Harvard University Press.
47. Rossi, R., Soggi, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A., & Rossi, A. (2020). Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA Network Open*, 3(5), e2010185.
48. Songur, C., Saylavcı, E. ve Kıran, Ş. (2017). Avrupa'da ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 3(4), 276-289.
49. Sani, G., Janiri, D., Di Nicola, M., Janiri, L., Ferretti, S., & Chieffo, D. (2020). Mental health during and after the COVID-19 emergency in Italy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(6), 372.
50. Scandoni, R., Fedeli, P., & Cingolani, M. (2022). The Network of Services for COVID-19 Vaccination in Persons With Mental Disorders: The Italian Social Health System, Its Organization, and Bioethical Issues. *Frontiers in Public Health*, 10, 870386.
51. Schilling, J., Tolksdorf, K., Marquis, A., Faber, M., Pfoch, T., ... & RKI Covid-19 Study Group. (2021). Die verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Eine deskriptive analyse von Januar 2020 bis Februar 2021. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(9), 1093-1106.
52. Simpson, J., Albani, V., Bell, Z., Bamba, C., & Brown, H. (2021). Effects of social security policy reforms on mental health and inequalities: a systematic review of observational studies in high-income countries. *Social Science & Medicine*, 272, 113717, 1-18.
53. Silva A. de (2000). *A Framework for Measuring Responsiveness*. GPE Discussion Paper Series No 32. Geneva: World Health Organization.
54. Saxena, S., Saraceno, B., & Granstein, J. (2013). Scaling up Mental Health Care in Resource-poor Settings. G. Thornicroft, M. Ruggeri, & D. Goldberg (Ed.), *In Improving Mental Health Care: The Global Challenge* (pp. 12-24). USA: John Wiley & Sons.
54. Saleebey, D. (Ed.). (2012). *The Strengths Perspective in Social Work Practice*. Pearson.
55. Taylor, P. (2019). What is Social Policy? Retrieved May 10, 2022 from <https://www.thebritishacademy.ac.uk/blog/what-is-social-policy/>
56. Thornicroft, G., & Tansella, M. (2002). Balancing Community-based and Hospital-based Mental Health Care. *World Psychiatry: Official Journal of The World Psychiatric Association*, 1(2), 84–90.
57. Turnpenny, A., Petri, G., Finn, A., Beadle-Brown, J., & Nyman, M. (2018). Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, Coercive and Community-based Services and Practices across Europe. Project Report. Mental Health Europe, Brussels, Belgium.
58. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2020). *Türkiye Ruh Sağlığı Eylem Planı 2020-2023*.
59. Ussai, S., Castelpietra, G., Mariani, I., Casale, A., Missoni, E., Pistis, M., ... & Armocida, B. (2022). What is next for public health after COVID-19 in Italy? Adopting a youth-centred care approach in mental health services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 14937.
60. United Nations. (1948). *Universal Declaration of Human Rights*.
61. Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of Mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178.
62. World Health Organization [WHO] (2021). *Mental health*. Retrieved November 10, 2021 from https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1
63. World Health Organization [WHO] (2021). *Covid-19: A Global Response*. World Health Organization [WHO] (2004). *Strengthening Mental Health*.
64. World Health Organization (WHO). (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*.
65. World Health Organization (WHO). (2005). *Mental health policies and programmes in the workplace*. Geneva: WHO.
66. World Health Organization. (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*.
67. Yanık, M. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. *Psikiyatri Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*, 1(Özel Sayı), 1-80