

# İNSAN VE RUHU: RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARINA REFAH DEVLETİ YAKLAŞIMIYLA BAKIŞ

Demet AKARÇAY ULUTAŞ

Döne AYHAN

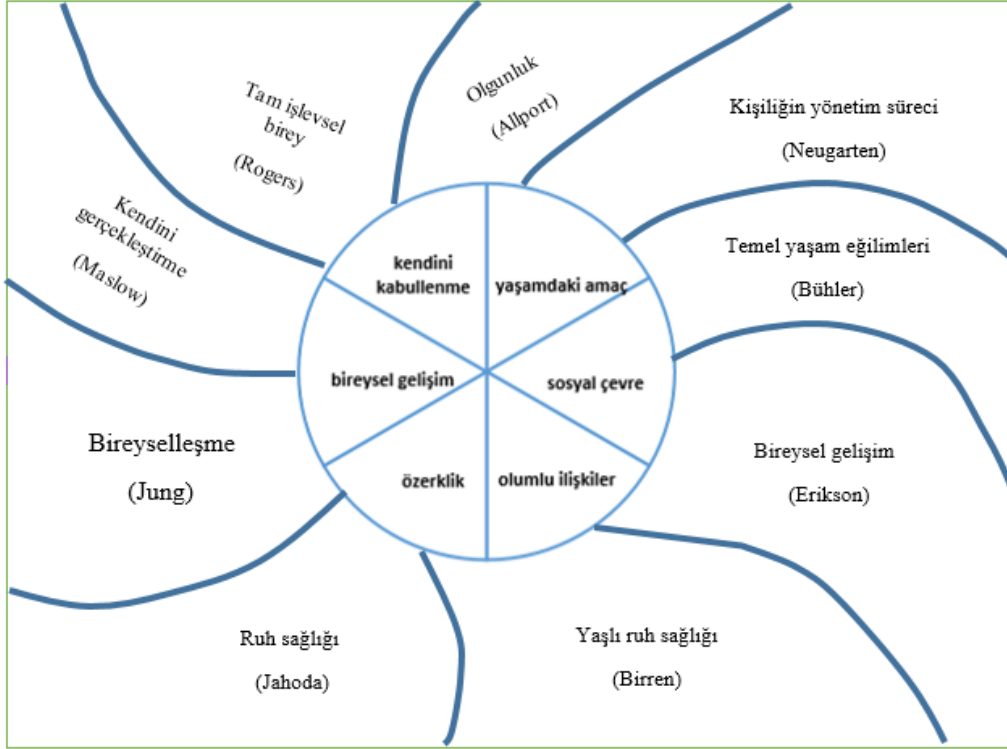
Elmas AKIN

## Ruh Sağlığı ve Politikalarının Kapsamı

Toplumsal sistemi oluşturan kurumların çoğu sosyal ve ekonomik değişkenlerden meydana gelmektedir. Bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirildiğinde, toplumsal sistemi oluşturan kurumlardan biri olan sağlık, sadece fiziksel iyilik hali değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik iyilik halini de ifade etmektedir. İnsan eliyle oluşturulan toplumsal sistemde, sağlık kurumu bireylerin toplumsal yapıda 'kaliteli' yaşam standardına, insan onuruna yakışır bir yaşama ulaşma noktasında sistem içinde karşılaştığı sosyal ve ekonomik sorunlara karşı verdikleri yanıtlar ve sahip oldukları tutumları desteklemekle de yükümlü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu boyutta sağlık kurumunun üstlendiği görev, sistem içinde bireylerin verdikleri yanıtlar sırasında meydana gelebilecek boşluklar ve aksaklıklardan dolayı maruz kaldıkları ruhsal hastalıkların önlenmesi, tedavi edilmesi ve sosyal ve ekonomik yaşamla bir köprü oluşturması şeklinde görülebilmektedir.

Duygu, düşünce, davranış örüntülerinin anlamlı birlikteliği sağlıklı bir birey olarak tanımlanırsa maddi ve manevi öğelerin dengeli bir şekilde bireylerde bulunması beklentisi oluşmaktadır. "Kişinin benliğini oluşturan entelektüel, ahlakî ve duygusal yetilerin tümüne "ruh" denir" (Cevizci, 2003: 346). Tanımdan anlaşılacağı üzere ruh sağlığında psikolojik, toplumsal, ekonomik olmak üzere bireyi tüm yönleriyle kuşatan bir yapı söz konusudur. Ruh sağlığı tanımı konusunda genel bir tanım bulunmamakla birlikte ortak kavramlar etrafında şekillenen bir durum söz konusu olmaktadır. Köknel'in belirttiği üzere ruh sağlığı "kişinin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesidir" ( Pektaş vd., 2006:44). "Kişinin kaygıdan, işlev kaybına yol açan semptomlardan uzak olması, içinde yaşadığı topluma, kendisine yüklenen rollere uyum sağlamış olması ve gündelik yaşamın beklentileriyle başa çıkabilmesi, ruhsal açıdan sağlıklı olduğunun göstergeleridir" (Budak, 2000: 646). Buradan hareketle, bireyin içinde yaşadığı toplumdan bağımsız düşünülemediği görülmektedir. Birey çevre iletişimi bireyi aktifleştirmekte ve toplumdan etkilenme düzeyini yükseltmektedir. Yakın çevresinden başlamak üzere toplum birey üzerinde formal ya da enformel bir şekilde etkide bulunmaktadır. Toplumla karşılıklı olarak etkileşim ortamına giren birey küreselleşen dünyada fiziki olduğu kadar ruhsal açıdan da ele alınmaya değer görülmektedir. Küreselleşme hızlı bir toplumsal dönüşümün önünü açarak akışkan bir zemin yaratması sebebiyle ruh sağlığının önemi son dönemde daha fazla artmaktadır. Günümüzdeki karmaşık toplum yapısı bireyin ruh sağlığı durumu hakkında düşünmeye itmektir. Toplumsal alanda maksimum düzeyde fayda alınabilmesi için bireyin ruh sağlığını bir bütün olarak ele almak gerekmektedir. Toplumsal belirsizlik ve kuralsızlık hali olarak tanımlanan anomi ve bu kargaşa ortamı içerisinde yetişen birey zaman içerisinde birtakım ruhsal sorunlarla karşılaşmaktadır.

Ruh sağlığı politikaları ise, ruh sağlığı desteklemek, ruhsal sorunları önlemek, ihtiyaç sahipleri için bakım sağlamak, etkili hizmetler ve müdahaleler sunmak şeklinde çeşitli bakış açıları ve kavramları kapsamaktadır (WHO, 2007, s. 1). Şekil 1'de görüleceği üzere, iyilik halini oluşturan temel bileşenler bireyin kendisiyle ilgili olanlar ve doğrudan çevresiyle ilgili ve çevreden gelen yanıtlar olarak ifade edilebilmektedir. Başka bir ifadeyle, bireyin kişiliği, yaşamı ile ilgili kararlara katılımı, ailesi, arkadaşları vb. çevresiyle iyi ilişkileri ve etkileşimi, bireyin kendi kapasitesi dahilinde yapmak istediği ya da planladığı eylemleri gerçekleştirebilmesi olanağı gibi pek çok psikolojik, sosyolojik, ekonomik, kültürel yaşam olgusu bireyin sağlıklı bir ruha sahip olabilmesini etkilemektedir.



Şekil 1. İyi Halinin Temel Bileşenleri ve Teorik Kaynakları

Kaynak: Ryff'den (1995, s.100) uyarlanmıştır.

## Öznel İyi Hali (Yaşam Memnuniyeti)

Öznel iyi hali, öznel iyi oluşun arttığı bir ortamda yaşam kalitesinin niteliğini araştırmaya yönelik bilimsel eğilimin bir parçası olarak 1950'de başlamıştır. Konuşma dilinde "mutluluk" olarak ifade edilen öznel iyi oluş kişinin kendi yaşamını yorumlamasıdır. Bilişsel ve duygusal olarak ikiye ayrılan bu durum yaşamdan doyum alma ve memnuniyet seviyelerinde kendisini göstermektedir. Öznel iyi oluşun duygusal ve bilişsel öğeleri birbirinden tamamen bağımsız değildir. Buna karşın, bu unsurlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde birbirini tamamlayıcı bilgi sağlayabilmektedir. Öznel iyi oluş basit bir şekilde kişinin yaşamını değerlendirme yolu olarak tanımlanmasına rağmen, doğasının çok yönlü ve karmaşık olduğuna inanılmıştır (Telef, 2013:374-375). Bireyin kendi yaşamı üstünde değerlendirme yapma ve yorumlama hakkına sahip olmasına rağmen öznel iyi oluşun karmaşık bir çerçevede bulunmaktadır. Malkoç (2011), öznel iyi oluşu mutlu bireylerin, genç, sağlıklı, iyi eğitilmiş, geliri iyi olan, dışadönük, iyimser, özgüveni yüksek, kaygıdan uzak, evli, dindar, yaşam amacı olan ve entelektüel olduğunu belirtmektedir (Malkoç, 2011: 22). Bireyin kendi deneyimlerini yorumlayarak yaşamına dair söz hakkının kendisinde olmasıdır.

Kültürler göreceli faktörler ve değişkenlerden oluşmasına rağmen, çalışmalar özellikle ihtiyaçlar teorisine göre, bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılamaya yöneldikleri ve böylece mutluluk ve refah arasında bir bağlantı yaratabildikleri üzerine odaklanmaktadır (Hochman & Skopek, 2013, s. 130).

Maslow'un ihtiyaçlar hiyerarşisi insan ihtiyaçlarının yaşamda belli bir sıralı yapısının olduğunu ve öncelikle beslenme, barınma gibi ihtiyaçların daha sonra güvenlik, aidiyet, kendine saygı ve kendini gerçekleştirme gibi ihtiyaçlara doğru giderek memnuniyet yarattığını ifade etmektedir (Benson & Dundis, 2003, s. 316). Buna karşın, literatürdeki pek çok çalışma Maslow'un tersine ihtiyaçlar arasında bu şekilde bir sıralamanın yapılamayacağını vurgulamaktadır (Lindner, 1998; Soper, Milford, & Rosenthal, 1995). Avrupa Sosyal Şartı'nda sosyal refah hizmetlerinden yararlanma noktasında "sosyal hizmet" vurgusu yapılmıştır. Şart'ın 14. maddesinde akit taraflar Sosyal Refah Hizmetlerinden

Yararlanma Hakkının etkili bir biçimde kullanılmasını sağlamak amacıyla: ,“*Sosyal hizmet yöntemlerinden yararlanarak, toplumda bireylerin ve grupların refah ve gelişmelerine ve sosyal çevreye uyum sağlamalarına katkıda bulunacak hizmetleri teşvik etmeyi ya da sağlamayı*” taahhüt etmişlerdir (s 84). Şart'ta yapılan bu vurgu ışığında; bireylerin yaşam memnuniyetini sağlamayı amaçlayan sosyal hizmet bilim ve mesleği, bu amacıyla sosyal refahı sağlamaya çalışmakta, bireyden topluma uzanan bu iyilik halini sağlamayı kendine hedef edinmektedir.

## **Psikolojik İyilik Hali**

1980li yıllarda deneysel çalışmalar ile başlayan psikolojik iyi oluş; zorluklar ile yüz yüze gelindiğinde kendini gerçekleştirme ve anlamlı bir yaşam için kişinin potansiyellerini vurgulayan bir anlayıştır (Telef, 2013: 374 ). Psikolojik iyilik hali sosyal destek ve ilişkiler, gelir ve olumsuz yaşam olayları gibi göreceli faktörlerden etkilenecek şekilde oluşmaktadır (Fry, 2000, s. 375). Psikolojik iyi oluşun altı farklı ögesi bulunmaktadır. Bunlar bireyin yaşam içerisinde herhangi bir zorlukla karşılaştığında problem karşısındaki duruşunu simgeleyen unsurlardır. Buna göre, insanlar kendi sınırlılıklarının farkında olduğunda bile kendileri hakkında iyi hissetmeye çalışırlar (kendini kabul). Bununla birlikte onlar, sıcak ve güvene dayalı kişilerarası ilişkiler geliştirmek ve bunu sürdürmek için (diğerleri ile olumlu ilişkiler) ve kişisel ihtiyaçlarını ve isteklerini karşılamak üzere çevrelerini şekillendirmek için (çevresel hakimiyet) çabalarlar. İnsanlar aynı zamanda daha geniş bir sosyal bağlam içinde bireyselliği sürdürmek için bir öz belirleme<sup>1</sup> duygusu ve kişisel hakimiyet (özerklik) ararlar. Bireylerin çaba ve mücadelelerinde anlam bulması yaşamsal bir uğraşıdır (yaşam amacı). Son olarak, kişinin yetenek ve kapasitesinin çoğunu kullanması psikolojik iyi oluş için merkezidir (bireysel gelişim) (Özden, 2014: 15; Ryff, 1995, s. 719). Birey mevcut durumu aksadığı zaman yani bir sistemden diğerine geçtiği dönemlerde uyum problemleri yaşamaktadır. Kriz yaşayan bireyin gerçeği kabul edip başarılı baş etme yöntemleri geliştirmesi güçleşmekte ve her birey kendi başa çıkma mekanizmalarını ve sosyal imkânlarını kullanarak uyum çabası geliştirmektedir (Avuçan, İmrek ve Karaboğa, 2006: 87-90). Bunun yanında, bireylerin çocukluk döneminden itibaren sahip oldukları ya da sonradan edindikleri benlik saygısı (Rosenberg, 1986), öğrenilmiş güçlülük (Rosenbaum, 1990), atılganlık (Rathus, 1973), travma sonrası gelişim (Calhoun, Cann, Tedeschi ve McMillan, 2000), psikolojik dayanıklılık (Connor, Davidson ve Lee, 2003) gibi özellikler de psikolojik iyilik halini etkileyen faktörler olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Psikolojik iyilik haline sahip bireylerin kendisine karşı olumlu tutum takınarak yaşamı boyunca fonksiyonel bir şekilde ruh sağlığını koruyarak devam ettirmesi söz konusudur. Bu sayede çevresine karşı tutarlı davranan birey psikolojik iyi oluşunu genel anlamda sağlamaktadır. Sosyal hizmetin değerleri bağlamında ele alınacak olursa, psikolojik iyilik hali bireylerin kendi yaşam aktiviteleri üzerinde söz sahibi olabilmeleri, kendi kararlarını verebilmeleri, bireyselliklerinin ve özerkliklerinin tanınması ile yakından ilgili olarak karşımıza çıkmaktadır. Öz belirleme kuramına (Self- Determination Theory) göre, özerklik, yetkinlik, özerk benlik yönetimi gibi kavramlar psikolojik ihtiyaçlar olarak ifade edilmektedir. Bu noktada, bireyin özerkliği, kendi yaşamı üzerinde kendisinin karar vermesinin yanında, bireyin kendi ihtiyaçlarının başkaları tarafından farkedilmesini sağlaması ve bireyin kendi haklarını savunabilmesi ve eylemleri isteyerek yerine getirmesi ve bu eylemleri tam olarak onaylaması ile gerçekleşebilmektedir (Kocayörük, 2012, s. 25).

## **Sosyal İyilik Hali (İşte ve Sosyal Aktivitelere İyilik Hali)**

Sosyal hizmet bireyin çevresindeki sistemler arasındaki etkileşimi göz önünde bulundurarak bireyin özerkliğini ve sistemlerin işlevselliğini amaç edinmektedir (Duyan, 2010, s. 157). Sosyal işlevsellik kaybı ile bireyler iş, sosyal, ev yaşamı ve haz aldığı etkinliklere katılım düzeyinde düşüş yaşamakta ve hayat kalitesini etkileyen sonuçlara maruz kalabilmektedir (Akkaya et al., 2008, s. 293). Bireylerin

<sup>1</sup> Öz belirleme, “davranışların dış etkenlerden çok, bireyin kendi kişisel inançlarıyla ve değer yargılarıyla belirlenmesi, kararlarını kendi başına vermesi olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir deyişle, bireylerin kendi davranışlarını başlatmalarında ve düzenlemelerinde seçim duygusunu yaşamları” olarak tanımlanmaktadır ( Cihangir Çankaya,2009: 23).

çeşitli nedenlerle yaşadıkları engellilik durumları nedeniyle yaşadıkları sosyal işlevsellik kaybı yoksulluk, sağlık hizmetlerine efektif erişim sağlayamama, eğitim hayatına devam edememe gibi pek çok sorunu da beraberinde getirmektedir (Besiri, 2009, s. 370).

Deci, Ryan, Gagné, Leone, Usunov, & Kornazheva (2001, s. 930) tarafından ifade edildiği gibi, bireylerin iş yerinde yaşadıkları memnuniyeti ve genel olarak ihtiyaçlarını tamamlayabilme dereceleri, bireylerin sosyal iyilik halleriyle ilgili bilgi verebilmektedir. Ekolojik yaklaşımın aktardığı üzere, bireyin ihtiyaçları, hakları, amaçları ve kapasitesi ile fiziksel ve sosyal çevresinin işleyişi ve kapasitesi arasında uyumun sağlanması ve geliştirilmesi aynı zamanda bireyin hayatı üzerindeki kontrolünü elinde tutma kapasitesinin desteklenmesi (Duyan, Sayar, & Özbulut, 2008, s. 52; Teater, 2014, s. 34) bireyin sosyal işlevselliği ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Bireyler yaşamları süresince sosyal sermaye biriktirmekte, biriken bu sosyal sermaye ile 'ben, biz' olmakta, kendilerini çevreleri ile bir bütün olarak görmektedirler. 'Çevresi içinde birey' algısının hakim olduğu, ekolojik yaklaşım ve sistem yaklaşımını temel alan sosyal hizmet bilim ve mesleği, psikososyal işlevselliğin etkin kılınmasının sosyal destek ile mümkün olabileceğini savunmaktadır (Akın, 2015, s. 1160). Orth-Gomer ve Uden, çalışmalarında; sosyal destek boyutlarını kapsamayı amaçlayan ölçüm araçlarının ortak bağlamlarını incelemişlerdir. Bahsi geçen ölçüm araçlarının çoğunun fiziksel yardım ve materyal yardımı, bilgi verme ve geribildirim verme, aidiyet hissi ve bir gruba dahil olma, bağları kuvvetli ve yeterli sosyal ilişkiler gibi boyutları içerdiğini ifade etmişlerdir (Işıkhana, 2007: s.20).

Froggatt'a göre (1990) sosyal destek ağı üyeleri arasında açık iletişim olması durumunda, birbirleri ve desteklenen kişi ile aralarında olan bilgi alışverişini sağlamaktadır. Bu destek ağları, sosyal etkileşim sonucu normal olarak oluşmaktadır. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanının sürece katkısından çok; kolaylaştırıcılığından söz etmek doğru olacaktır. Doğal olarak meydana gelen sosyal destek ağı üzerinde, sosyal hizmet uzmanı uzlaştırıcı, bağlayıcı, bilgi verici rolleri üstlenmektedir (Koşar, 1996: s.73).

## **Esping Andersen'in Refah Devleti Sınıflandırması**

Esping Andersen refah devletini sosyal yardımlara ait toplam harcamalar ve sistemin yeniden dağıtım seviyesine göre analiz etmiştir. Andersen'a göre, sosyal hak 'saf piyasa koşullarında kişilerin yaşam standartlarını bağımsızca belirlemelerine izin vermek' şeklinde tanımlanmakta ve bireylerin piyasaya güvenmeksizin geçinmelerini sağlamalarına göre refah devletini ifade etmektedir (Gökbunar, Özdemir, & Uğur, 2008, p. 160). Esping- Andersen liberal, muhafazakar ve sosyal demokrat rejim tipleri ile üçlü bir sınıflandırmayı ortaya koymuştur. Liberal model, piyasa ilişkilerini, muhafazakar model aile ve sosyal koruma sistemini ve sosyal demokrat model ise örgütlenmiş evrensel hakları temel almaktadır (Özaydın, 2013, s. 54).

Literatürde, Andersen'in çalışmasına piyasaya bakış açısına göre de katkılarda da bulunulmuştur. Buna göre, Türkiye'nin de bu model içinde sayıldığı Güney Avrupa Refah Devleti modelinde yer alan Yunanistan, İspanya, Portekiz, İtalya'nın güneyi ve İrlanda gibi ülkeler 'Tam Oluşmamış Model', 'Katolik Korporatist Model' ya da 'Latin Kuşağı Modeli' olarak ifade edilmektedir. Bu modelde refah devletinin sunması gereken hizmetler tam olarak örgütlenemediğinden ve Anayasalarda geçmesine rağmen bu hizmetlerin sunulamamasından dolayı bu devletler 'vaatler devleti' olarak adlandırılmaktadır (Taşkın, 2010, p. 50). Ayrıca, bu modele, sosyal sorumluluklar aile içinde ya da mümkün olduğunca aileye yakın olarak çözüldüğünden ve ailenin fazlaca etkin olması sebebiyle 'Yardımlaşma Modeli' de denmektedir (Şenkal ve Sariipek, 2007, s. 156). Bunun dışında, sosyalist rejimi bünyesinde barındıran Doğu Avrupa Refah modelinde yer alan Polonya, Slovenya, Çek Cumhuriyeti, Bulgaristan, Macaristan gibi ülkeler sosyalist rejimi yaşamış ve çeşitli refah devleti sınıflandırmalarında yer alan diğer ülkelere göre refah hizmeti sunumunda en düşük seviyeye sahip ülkeler olarak karşımıza çıkmaktadır. Yüksek işsizlik oranı, ailelerin sahip oldukları düşük yaşam standartları, kamu harcamalarına yönelik yapılan yüksek kesintiler toplumun refah seviyesinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Kağnıcıoğlu, 2013, p. 31). Ayrıca, kadına bakışı refah devleti

sınıflandırmasında göz ardı etmesi nedeniyle eleştirilen Andersen'e karşılık ortaya atılan cinsiyete dayalı refah yaklaşımında ise kadının istihdam alanında yer bulması, aile ve çalışma hayatı arasında dengenin kurulması ile ilişkili hizmetler sunulmaktadır (Özaydın, 2013, s. 49).

### *Liberal Refah Devleti Modeli*

Liberal modelin en temel örneği ise Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve Avustralya olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu modelde, ihtiyaç tespitine (means tested) göre yardımlar sağlanmakta, ancak düşük sosyal yardımlar ve sosyal sigorta eğilimi görülmektedir. Devlet ihtiyaç sahiplerini gelir ve ihtiyaç tespitine mecbur bırakarak kuralları katı ve damgalamaya olanak tanıyan bir yapıyı temsil etmekte ve refahın piyasa teşvikiyle sağlanması taraftarı olmaktadır. Görülen anomiler topluma mal edilerek çözülmek yerine bireyselleştirme ile risklerin önlenmesinde piyasanın katılımı ön plana çıkmakta ve piyasa başarısızlıklarında devletin sorumluluğu sınırlandırılmış olmaktadır (Taşğın, 2010, p. 49). Liberal model, piyasa ile emek arasındaki mücadelede görüldüğü için işçi sınıfının metalaşmasına, yabancılaştırılmasına neden olduğundan, ayrıca düşük gelirli bireylere yapılan sosyal yardımların, nüfusun düzensiz artışına, erken evliliklere ve bağımlılığa yol açması nedeniyle eleştirilmektedir (Gökbunar et al., 2008, p. 161). Piyasa temelli yaklaşımla sunulan sağlık hizmetleri çalışma ortamına bağlılık göstermektedir. İşveren tarafından ödenen primlere dayalı sağlık bakımı sunumu 1943'ten sonra yaygınlaşmaya başlamış ve bu sistemde işverenin bu primi ödemeyi kabul etmemesi ya da işsizlik durumunda bireyin ihtiyacı olan sağlık hizmetini kendi cebinden karşılaması öngörülmüştür (Blau & Abramovitz, 2003, p. 375). Neo- liberal politikaların artışı ülkelerin vergi gelirlerini azaltabilmekte ve yatırımların ertelenmesine neden olabilmektedir. Ayrıca, son yıllarda nitelik iş gücünün yetersizleşmesi piyasayı örgütlenme ve verimlilik açısından olumsuz etkilemesi refah devletinin sosyal yardımların sunumu noktasında çıkmaza girmesine yol açabilmektedir (Gökbunar et al., 2008, p. 164).

### *Muhafazakar Korporatist Model*

Muhafazakar modelde ise örnekler, Avusturya, Fransa, Almanya ve İtalya olmaktadır. Çoğunlukla, kilise tarafından şekillendirilen bu modelde aileye ve kadına karşı tutucu bir tavır vardır ve aile yardımları anneliği destekleyici nitelikte sunulmaktadır.

Devletin bu modeldeki rolü telafi edici bir nitelikte olup devlet ara kurumların özellikle kilisenin karşılayamadığı refah hizmetlerini sunmakla yükümlü tutulmaktadır (Taşğın, 2010, p. 50). Aile refahının sağlanması bu modelin temel amacı olurken (Özaydın, 2013, s. 54), sosyal haklar çoğunlukla sınıf ve statüye bağlı olarak sağlanmaktadır (Çalışkan, 2012, s. 223).

### *Sosyal Demokrat Refah Devleti Modeli*

Sosyal demokrat modeline örnek olarak İsveç ve Norveç verilebilmektedir. Bu modelde, işveren, çalışan ve piyasa arasındaki çelişkilerin tolere edilmesinden ziyade toplumun her kesimine eşit ve yüksek yaşam standardını getirecek hizmetlerin devlet tarafından sunulması temel alınmaktadır. Her bireyin tam istihdamı kilit bir rol oynarken, yaşlı, çocuk ve diğer dezavantajlı kesimin ihtiyaçları devlet tarafından karşılanmaktadır (Taşğın, 2010, p. 48).

Bu modelde refah uygulamaları devlet tarafından sağlanmakta (Özaydın, 2013, s. 54) ve sosyal demokrasi ile toplumsal destek ve uzun süreli iktidar yapısıyla (Koray, 2005, s. 37) desteklenerek vatandaşlara evrensel sosyal yararlar (Ebbinghaus ve Manow, 2001, s. 9) sunulmaktadır.

## **Göstergelerle Ruh Sağlığı ve İnsan Değeri**

İnsan haklarının temelini oluşturan insanın değerli olduğu algısı, odağı birey olan sosyal hizmet meslek ve biliminin de mihenk taşlarından birini oluşturmaktadır. İnsanın değerinin anlamlandırma

noktasında, değerin ne olduğunu tanımlamak daha doğru olacaktır. Kuçuradi'ye göre (1998: 11), değer görelî ve öznedir. Bunun sebebi değerin, değerdendirene göre değışmesidir. Objenin değeri içinde bulunduğu koşula göre değışebilmektedir. Esping Andersen'in refah devleti sınıflandırması da değerin görelîliğini refah devleti bağlamında ifade etmektedir.

Kuçuradi insanın değerinin bilgisini insanın bir özelliği temelinden ziyade bir bütün olarak ele almakta ve bu doğrultuda insan haklarını da evrensel bir zemine oturtmaktadır. Bir bütün olarak insan türüne atfedilen bu değerler sebebi ile insan hakları dil, din, ırk, cinsiyet vb. ayrımı yapılmaksızın tüm insanlık içindir (Yaylal Gedik, 2003: 19). Bireylerin değeri ve bu değer temelinde şekillenmiş haklarına ne denli ulaşır ulaşamadıklarının analizini kolay kılan alanlardan biri sağlıktır. Temel ihtiyaç ve haklardan biri olan sağlık odağında mevcut politikalar incelenecek ve sağlık politikalarına 'insan değeri' odağında bakılarak mevcut portre çizilecektir.

Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Şube Müdürlüğü 1967 yılında kurulmuş ve bu süreçten sonra ilk büyük organizasyon –Ruh Sağlığı Programı Geliştirme Toplantısı- düzenlenmiştir. Toplantıda, ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi ve genel sağlık hizmetlerinden soyutlanmaması gerektiği, hizmetlerin süreklilik sağlaması ve koruyucu olması hedeflenirken; hizmetlerin birinci basamağında sağlık ocaklarının olduğu, ikinci basamağında ise psikiyatr, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve hemşirelerden oluşan bir ekip ve gönüllülerden oluşan yardımcı ekip olması gerektiği üzerinde durulmuştur (Dağ, 2003: 60-61). Dünya Sağlık Örgütü ruh sağlığı verilmesinde 3 temel öneri sunmuştur. Bu öneriler: Büyük hastanelerden küçük, çok sayıda hastaneye geçişi, ruh sağlığı hizmetlerinin toplum ruh sağlığı modeline geçişini ve psikiyatrinin genel sağlık sistemine entegre edilmesi gerektiğini kapsamaktadır (Yanık, 2007: 12). Dünya Sağlık Örgütü, "21. Yüzyılda 21 hedef" sloganı ile düzenlediği 48. Avrupa Bölge Komite toplantısında, Türkiye'nin de mevcut durumunu değerlendirmesini gereken kararlar almış ve hedefler belirlemiştir. Ruh sağlığının geliştirilmesi (hedef 6), şiddet ve kazalar sonucu yaralanmaların azaltılması (hedef 9), alkol, ilaç ve tütüne bağlı zararların azaltılması (hedef 12) hedefler, doğrudan ya da dolaylı olarak ruh sağlığı ile ilgili olan hedefler arasında yer almaktadır (Aktaran: Dağ, 2003: 64).

Yanık 2007 yılındaki raporunda (2007: 9) Türkiye'nin ruh sağlığı politikalarını eleştirirken; dünyada toplum ruh sağlığı temelli hizmetleri gelişirken ülkemizde hala hastane temelli anlayışın olması, çocuk psikiyatr sayısının yetersizliği, suç işlemiş psikiyatri hastaları için özel bir adli psikiyatri hastanesinin olmayışı gibi konulara değinirken; ülkemizde özel sektörün ruh sağlığına desteğinin % 2 olduğunu bu oranın Avrupa ülkelerinde % 40 olduğunu belirtmiştir. İstemsizce hastanelere yatışı gerçekleşen hastaların hasta haklarını korumak için özel bir yasamızın olmaması da eleştirdiği noktalar arasındadır. Ülkemizde ruhsal sağlık problemi yaşayan bireylerin altıda birinin uzman yardımı alması (Sağlık Bakanlığı, 2011: 38), ruh sağlığı politikalarının ulaşılabilirliğinin, bireye dokunuşunun ne denli az olduğunu göstermektedir. Bu durumun birçok etkeni olabilir. Bireyler ruh sağlığı hizmetleri ile kesiştikleri noktalarda damgalanmaktan korkabilmektedirler. Klein'e göre, toplum ruh sağlığı modeline geçmenin de benzer bir engeli vardır. Toplum ruh sağlığı hizmetleri ile bireyler günlük yaşamın olağan stresleri ile karşılaşabilecek ve damgalama ile de yüzleşmek zorunda kalabileceklerdir. Bu sebeple politika değışimlerinde geçiş dönemlerinin iyi kurgulanması gerekmektedir (Yılmaz, 2012: 5).

Mevcut ruh sağlığı politikalarımız uzun vadeli hizmetlere zemin hazırlamaktadır. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda (Sağlık Bakanlığı, 2011: 8) belirtildiği üzere, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde 364 hastanın hastanede ortalama kalış süresi 27 yıldır. İsveç'te bu oran (Yılmaz, 2012: 18), 6 ayı geçmemektedir. Bu rakamlardan hareketle mevcut politikanın, bağımlılığı azaltıcı, bireylerin işlevselliğini kazandırıcı hizmetlere evrilmesi gerektiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Bireylerin ruhsal bir sağlık problemi yaşamaları durumunda aile hekimine başvurmamaları da mevcut politikanın problemleri arasında yer almaktadır. Ruh sağlığı alanında uzman hekim sıkıntısı yaşanmakta iken böyle bir uygulamanın olması süreci güçleştirmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 38). Hastalar aile hekimlerine de bu konuda danışabilmeli, hekimler ve diğer tüm sağlık personelleri doğru yönlendirme yapabilmelerini sağlayacak eğitimler almalıdır. Hizmet senkronizasyonunun sağlanması ve tüm sağlık personellerinin benzer uygulamaları, benzer niteliklere sahip şekilde yapabiliyor olması gerekmektedir.

Ulusal Eylem Planı'nda ağır ruhsal problemler sebebi ile hastanede yatan bireyler için yarı-yol evleri ile korumalı evlerde ikamet etmeleri ve korumalı işyerlerinde istihdamlarının sağlanması düşünülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2011: 28). Ruhsal sağlığı bozulmuş bireylerin barınma hizmetlerinin temelinde "destekli ev" modeli olması daha işlevsel olacaktır (Yılmaz, 2012: 34). Kendi sosyal çevresinde yaşayan bu bireylerin evlerinde tıbbi destek alması, onları daha özgür kılacak ve özgünlüklerine saygı içerecektir. 2012 Temmuz verilerine göre, ülkemizde ruh sağlığı sıkıntısı yaşayan bireylerin sadece 5544 kişisi Türkiye İş Kurumu'na kayıtlıdır. Ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin istihdam oranlarına bakıldığında; 2010 yılında 1303 kişi ve 2011 yılında 1495 kişidir. Bu rakamlar ışığında ruhsal sorunlar yaşayan bireylerin önemli bir kısmının İŞKUR'dan istihdam noktasında destek alma talebinin olduğu görülmektedir. Buradan hareketle bireylerin damgalanma korkusu ile ruhsal sorunlarını kamu kurumlarına ifade etmek istemedikleri kanaatine varılabilmektedir (Yılmaz, 2012: 35). Ruh sağlığı bozukluğunu şiddetli yaşayan bireyler; %40 ve üzeri engellilik raporu alması, yasanın gerektirdiği gelir koşullarını da sağlaması durumunda 2022 sayılı kanun (1976) kapsamına girerek maaş almaya hak kazanabilmektedir. Bu durum bireylerin gelir durumunu da stres faktörü olarak görmesini de kısmen azaltmaktadır.

Ruh sağlığına ilişkin verilen tablolarda; ülkelerin ekonomik harcamaları, kamu harcamalarındaki ruh sağlığı oranı, ülkelerin ruh sağlığı politikalarının olup olmadığı, ruh sağlığı politika değişkenleri, toplum temelli rehabilitasyon merkezlerine erişim, ruh sağlığına yönelik hizmet veren kurumlar, ruhsa sağlığı personel sayısı, ülkelerin intihar oranı, umut ve mutluluk düzeyleri gibi göstergeler ele alınmıştır. Bu göstergeler temel alınırken bazı ülkelerin göstergelerine ulaşmakta zorlanılmış, bazı göstergelere ise hiç ulaşılamamıştır. Seçilen ülkeler bu göstergeler ışığında ele alındığında Türkiye'nin mevcut ülkelere kıyasla çok da içaçıcı bir noktada olmadığı görülmektedir. Esping Andersen'in Refah Devleti Sınıflandırması'nda aynı grupta yer alan ülkelerin eş seyir etmemesiyle birlikte, genellendiğinde, Muhafazakar model ve sosyal demokrat modeldeki ülkelerin Türkiye'ye oranla ruh sağlığı noktasında daha "refah" odaklı bir konumda oldukları görülmektedir.

**Tablo 1. Ülkelere ait Bazı Ekonomik ve Harcama Göstergeleri**

Ülkeler	Yoksulluk Oranı 2012	Gelir Adaletsizliği 2012	Sosyal Harcamaların Gayri Safi Milli Hasılaya Oranı 2014	Toplam Sağlık Harcamalarının Miktarı (Dolar) (2013)
Amerika	0.180	0.390	19.2	8713
Avustralya	0.140	0.326	19.0	-
Kanada	0.090 <sup>2</sup>	0.316 <sup>3</sup>	17.0	4351
Fransa	0.081	0.306	31.9	4124
Almanya	0.084	0.289	25.8	4819
İtalya	0.127	0.327	28.6	3077
İsveç	0.090	0.274	28.1	4904
Norveç	0.081	0.253	22.0	5862
Türkiye	0.178	0.402	14.0 <sup>4</sup>	941

**Kaynak:** OECD, Global Health Observatory Data Repository, Facilities, Data by country.

Bir ülkenin refah düzeyinin en önemli göstergelerinden olan yoksulluk oranı ve gelir adaletsizliği bireylerin gelir dağılımından aldıkları pay ile ilgili olarak karşımıza çıkmakta ve küreselleşmenin, neo liberal politikaların ve ekonomik krizlerin (Arpacioğlu ve Yıldırım, 2011) de etkisiyle para miktarına dayalı toplumsal sınıfların oluşmasına neden olmaktadır. İncelenen ülkeler içinde Türkiye yoksulluk oranı yüksek ülkeler arasında yer alırken gelir adaletsizliği bakımından da parayı elinde bulunduran gruplarla bulunduramayan gruplar arasındaki mesafenin geniş olduğu bir ülke olarak görülmektedir. Bu

<sup>2</sup> 2010 verisidir. <http://www.cpj.ca/files/docs/poverty-trends-scorecard.pdf>.

<sup>3</sup> 2011 verisidir. Yar, F. (2015). Türkiye'de Gelir Dağılımı ve Yoksulluk, Toplum ve Ekonomi Çalışmaları Merkezi, Global Politika ve Strateji Yayınları, Ankara.

<sup>4</sup> TÜİK, 2013 verisidir.

iki oran değerlendirildiğinde, incelenen ülkeler arasında Norveç en iyi duruma sahip ülke olarak karşımıza çıkmaktadır. Toplam sağlık harcamalarına bakıldığında ise, bu oranın yüksek olması sağlık hizmetlerinin sunumunda verimlilik ve kalite ile ilgili sorunların olabileceğini ve kaynakların boş yere harcanabildiğini akla getirebileceği gibi sağlık için yapılan harcamaların düşük olması da sağlık hizmetlerinde sigortacılık kapsamının dar ve vatandaşların sağlık hizmeti almaya yönelik eğilimlerinin düşük ya da koruyucu ve önleyici hizmetlerin sağlık hizmetleri sunumunda geniş bir yer bulabildiğini de gösterebilmektedir. Bu nedenle, sağlık harcamalarının toplamından ziyade cari sağlık harcamalarının incelenerek yorumlanması toplumun sağlık statüsüne yönelik daha iyi bir fikir verebilecektir. Buna karşın, incelenen ülkelerin cari sağlık harcamalarına benzer ya da aynı kategoriler altında ulaşamadığından Türkiye özelinde toplam sağlık harcamaları değerlendirilecek olursa, oranın düşük olması bireylerin sağlık hizmeti alım noktasında çekingen oldukları ve hizmet sunumunda yaşanan çeşitli sorunların göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

**Tablo 2. Ruh sağlığı için yapılan kamu harcamalarının sağlık için yapılan kamu harcamalarına oranı (%) (2011)**

Ülkeler	Ruh sağlığı için yapılan kamu harcamalarının sağlık için yapılan kamu harcamalarına oranı (%) (2011)
Amerika	-
Avustralya	-
Kanada	7.2
Almanya	11
Fransa	12.91
İtalya	5
İsveç	10
Norveç	-
Türkiye	-

Kaynak: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en>

Sağlık harcamalarının yanında, ruh sağlığı hizmetleri için yapılan harcamalar dikkate alındığında, bu oranın Fransa'da incelenen ülkeler içinde yüksek olduğu görülmektedir. Türkiye de dâhil olmak üzere oranın ulaşamadığı diğer ülkelerde bunun nedeni alanlara göre sunulan sağlık hizmetlerine ait verilerin tutulmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca, ruh sağlığı alanında yapılan harcamaların miktarı toplumun bu hizmetlere bakışı, bu hizmetleri alan bireylerin toplumda damgalanma, işsizlik, aile parçalanması gibi pek çok sosyal ve ekonomik sorunla yüz yüze kalmasıyla da ilişkilendirilebilmektedir.

**Tablo 3. Ülkelere göre Ruh Sağlığı Yasaları, Planları ve Politikaları**

Ülkeler	Ruh Sağlığı Yasası	Ruh Sağlığı Planı	Ruh Sağlığı Politikası
Amerika	Var	Var	Var



Avustralya	Var	Var	Yok
Kanada	Var	Var	Yok
Almanya	Var	Var	Var
Fransa	Var	Var	Var
İtalya	Var	Var	Var
İsveç	Var	Var	Var
Norveç	Var	Var	Var
Türkiye	Yok	Var	Var

Kaynak: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHPOLFIN?lang=en>

Ruh sağlığı alanında yasal mevzuatın güçlü olması sosyal hizmet açısından da önem taşımaktadır. Ruhsal sorunları olan hastaların haklarının açık bir şekilde yasal düzenekte yer alması, kendi kendine karar veremeyecek durumda olan hastaların da mahremiyet, bilgilendirilmiş rıza gibi haklarının insan hakları bağlamında yasal standartlar çerçevesinde yer alması sosyal hizmetin temel değerleriyle örtüşmektedir. Aynı zamanda, ruhsal sorunları nedeniyle sağlık kuruluşlarında tedavi görmeye gönüllü olmayan bireylerin yaşadıkları yasal engellerin azaltılması ruh sağlığı yasası ile mümkün olabilecektir (Abramson, 1972, s. 101). Etik açıdan değer taşıyan ruh sağlığı yasasının Türkiye’de olmaması ve sadece Hasta Hakları Yönetmeliğinin diğer bütün hastalar için olduğu gibi ruh sağlığı hastaları için de takip edilmesi bu alandaki hastalar ve onlara bakım veren hasta yakınları için yasal açıdan dezavantaj yaratabilmektedir.

**Tablo 4. Ülkelerin Ruh Sağlığı Politikalarının ve Stratejilerinin Kapsamında Yer Alan Değişkenler**

Ülkeler	Ruh Sağlığını Geliştiren Hizmetlerin Organizasyonu	Büyük Ruh Sağlığı Hastanelerinin Küçülmesi için Hizmetlerin Örgütlenmesi	Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Organizasyonu	İnsan Kaynağının Niteliği ve Niceliği	Savunuculuk	Farklı Grupların Ruh Sağlığı Hizmetlerine Erişiminde Fırsat Eşitliği	Finansman	Bilgi Sistemi
Amerika	Evet	Evet	Evet	-	Hayır	Hayır	Evet	Evet
Avustralya	Evet	Hayır	Hayır	Evet	Hayır	-	Evet	Hayır
Kanada	Evet	Hayır	-	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
Almanya	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
Fransa	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
İtalya	Evet	Uygulanabilir değil	Evet	Evet	Hayır	Evet	Evet	Evet
İsveç	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet	Evet	Hayır	Evet
Norveç	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
Türkiye	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet

**Uyarlanan Kaynaklar:** World Health Organization Report. (2008). Policies and Practices for Mental Health in Europe; Saruç ve Kaya Kılıç (2015). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili ve Merkezde Verilen Hizmetler, Toplum ve Sosyal Hizmet, 26(2), 53-71; Ceylan, M. E. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. ; [http://www.mentalhealthamerica.net/programs/](http://www.mentalhealthamerica.net/programs;); <https://mhsa.aihw.gov.au/services/>; <http://www.cmha.ca/public-policy/>

**Tablo 5. Ülkelere Göre Ruh Sağlığı Mevzuatında Yer Alan Bileşenler**

Ülkeler	Ruh Sağlığı Hizmetlerine Erişim	Ruh Sağlığı Hizmetleri Kullanıcılarının Yasal Hakları	Gönüllü ve Gönüllü Olmayan Hizmetler, Prosedürler ve Kurallar	Kurumların Akreditasyonu	Ruhsal Sorunları olan insanlar için Yasal Yükümlülük ve Diğer Adalet Sistemi Uygulamaları
Amerika	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet
Avustralya	Evet	Evet	Evet	Evet	Hayır
Kanada	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet
Almanya	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
Fransa	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
İtalya	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
İsveç	-	-	-	-	-
Norveç	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
Türkiye	Evet	Evet	Evet	Hayır	Evet

**Uyarılan Kaynaklar:** <http://www.mentalhealthamerica.net/policy-issues/>; <https://mhsa.aihw.gov.au/national-policies/>; <http://www.cmha.ca/public-policy/>; World Health Organization Report. (2008). Policies and Practices for Mental Health in Europe.

Ruh sağlığı politikalarının ve stratejilerinin geliştirilmesi noktasında ele alınan bileşenlerin içerikleri de ayrıca önem taşımaktadır. Ayrıca, Türkiye’de de olduğu gibi toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri yaklaşımı ışığında, depo hastaneler olarak da adlandırılan büyük Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanelerinin küçültülerek (Alataş, Karaoğlan, Arslan ve Yanık, 2009) hastalarla sağlık profesyonellerinin birebir ilgilenebilecekleri kuruluşların hayata geçirilmesi ve etkinliklerinin artırılması gerekmektedir. Sosyal hizmet bakış açısıyla, ihtiyaçların ve sorunların ortak bir gruba ait olma özelliğinin yanında bireye özel de olabileceği göz önünde bulundurulurken, ilaçla tedavi yönteminin yanı sıra, hastaların sosyal işlevselliğini artıracakları aktivitelerin takip edilebilmesi için az yataklı kuruluşlara ihtiyaç bulunmaktadır. Büyük ruh sağlığı hastanelerinin küçülmesi için hizmetlerin örgütlenmesinin İtalya için uygulanabilir olmamasının nedeni ülkenin sosyo- demografik verileri, sağlık hizmeti kullanıcı ve sunucusu sayısı, hizmetlerin yapısı gibi dinamikleri de göz önünde bulundurulurken ayrıca değerlendirilmelidir. Bunun yanında, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak hizmetler<sup>5</sup> arasında sunulması koruyucu ve önleyici hizmetlerin öne çıkmasını sağlayacağından, hem hastalıkların tedavi sürecinde erken tanı ve düşük maliyetle hizmetlerin sunumuna olanak verecek (Oaktan, Özdemir ve Akdur, 2004) hem de toplumun ruh sağlığı statüsüne yönelik hizmet alanını ve tanımlamayı genişletebilecektir. Ayrıca, sosyal hizmetin temel değer ve ilkeleriyle bağlantılı olarak, toplumu oluşturan her grubun ruh sağlığı hizmetlerine efektif erişiminin ve bu hizmetlerin kullanımında adil fırsat eşitliğinin sağlanması ayrımcılık karşıtı ve özellikle sosyal ve hukuk devletinin bir özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Bütüncül olarak, politikaların ve stratejilerin planlanma aşamasında finansman ve bilgi akışının hangi kaynaklarla sağlanacağına belirtilmesi özellikle mantıksal çerçeve yaklaşımının<sup>6</sup> da bir gereği olarak karşımıza çıkmaktadır.

## Tablo 6. Ülkelere göre Toplum Temelli Rehabilitasyon Merkezlerine Erişim ve Ruh Sağlığının Eğitimde Yeri

<sup>5</sup> Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların evde ve ayakta aldıkları tedavi hizmetleri olarak ifade edilmekte ve koruyucu hizmetlerle birlikte yataksız sağlık kuruluşlarında sunulmaktadır (Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge,

[http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/MEVZUAT/24\\_01\\_2011\\_14\\_52\\_16.pdf](http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/MEVZUAT/24_01_2011_14_52_16.pdf)).

<sup>6</sup> Mantıksal Çerçeve Yaklaşımı; Katılımı ve şeffaflığı arttırmak ve istenilen amaçlara ulaşmak için proje yönetim yöntem ve araçlarının kullanıldığı, planlama, uygulama ve değerlendirmenin olduğu metodolojik bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (Gitmez ve Bakır, 2011).

Ülkeler	Politika, Plan ve Yürürlükteki Yasalarda rehabilitasyon Servislerinin gerekliliğine yer verme	Uygulamada rehabilitasyon merkezlerine erişen mental bozukluğu olan hasta yüzdesi	Politikalarda, Planlarda ve Yasalarda Erken Müdahale Gerekliliğine Yer Verme	Tip Eğitiminde Ruh Sağlığına Ayrılan Saat Oranı	Sosyal Hizmet Eğitiminde Ruh Sağlığına Ayrılan Saat
Amerika	Evet	-	-	-	-
Avustralya	Evet	-	-	-	-
Kanada	Evet	-	-	-	-
Fransa	Evet	% 81-100	Evet	-	-
Almanya	Evet	% 81-100	Evet	<5	200
İtalya	Evet	% 81-100	Evet	-	-
İsveç	Evet	-	Evet	-	-
Norveç	Evet	% 51-80	Evet	<3	18 AKTS
Türkiye	Evet	-	-	3.7	182

Kaynak: Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı

Tablo 7. Ülkelere göre Ruh Sağlığı Hizmetlerine İlişkin Çeşitli Göstergeler

Ülkeler	Ruh Sağlığında Günlük Hizmet Verilen Kurum Sayısı (per 100.000)	100.000 Kişiyi Düşen Ruh Sağlığı Hastanesi	Ruh Sağlığı Hastanelerindeki Yatak Sayısı (per 100.000)	Ruh Sağlığı Merkezlerine Yapılan Ziyaret Sayısı (Her 100.000 Kişide)	DALYs (Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar)
Amerika	-	0.25	23.56	-	13108,0
Avustralya	-	0.07	7.93	-	685,3
Kanada	-	-	-	-	1246,4
Fransa	3.5	0.6	89.65	6612	1211,0
Almanya	0.61	0.33	52.15	-	1456,1
İtalya	1.34	0	1.47	1090	940,8
İsveç	-	0	-	6000	173,8
Norveç	-	0.39	84.55	22200	234,9
Türkiye	0.01	0.01	5.42	6596	1409,8

Kaynak: OECD, Global Health Observatory Data Repository, Facilities, Data by country. World Health Organization Report. (2008). Policies and Practices for Mental Health in Europe.

Ruh sağlığında hizmet veren kurumlar özelinde ülkeler (2008 yılı için) ele alındığında Fransa'nın bilgilerine ulaşılan ülkeler arasında 3.5 ile en yüksek oranda olduğu görülürken, Türkiye için bu oran 0.01'dir. Bu kurumlarda hizmet veren personel sosyal hizmet bağlamında ele alındığında, ruh sağlığı sektöründe çalışan sosyal hizmet uzmanı Amerika'da 59.83 iken Türkiye'de 0.77'dir. Bireyleri biyopsikososyal açıdan ele alan sosyal hizmet mesleğine verilen önemin azlığı dikkat çekmekte iken

buradan hareketle yapılan müdahalelerin ve sağaltımların sadece biyolojik ve psikolojik odakta sığ kaldığını söylemek yanlış olmayacaktır.

**Tablo 8. Ülkelere göre Genel Hastanelerde Bulunan Ruh Sağlığı Birimlerinin Sayısı**

Ülkeler	Genel Hastanelerde Ruh Sağlığı Birimleri (100.000 kişi başına)	
	2010	2008/2009
Amerika	24758	-
Avustralya	-	2745
Kanada	-	4272
Almanya	-	-
Fransa	-	14000
İtalya	-	4693
İsveç	-	330
Norveç	1494	-
Türkiye	1616	-

Kaynak: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHFAC?lang=en>

**Tablo 9. Ülkelere göre Ruh Sağlığı Alanında Çalışan İnsan Kaynağı**

Ülkeler	Ruh Sağlığı Sektöründe Çalışan Psikiyatrist Sayısı (100.000 kişi başına)		Ruh Sağlığı Sektöründe Çalışan Hemşire Sayısı (100.000 kişi başına)		Ruh Sağlığı Sektöründe Çalışma Sosyal Hizmet Uzmanı Sayısı (100.000 kişi başına)		Ruh Sağlığı Sektöründe Çalışan Psikolog Sayısı (100.000 kişi başına)	
	2014	2011	2014	2011	2014	2011	2014	2011
Amerika	12.40	7.79	4.25	3.07	59.83	17.93	29.62	29.03
Avustralya	9.16	12.76	70.91	69.54	8.56	-	16.68	62.48
Kanada	13.42	12.61	53.31	65	117.79	-	47.42	46.46
Almanya	-	15.23	-	56.06	-	-	-	-
Fransa	14.12	22.35	90.86	86.21	0.00	3.83	10.77	47.9
İtalya	10.85	7.81	27.57	19.28	2.43	1.93	3.52	2.58
İsveç	18.31	3.55	52.90	28.9	-	18.42	-	0.93
Norveç	29.69	30.77	123.08	120.88	26.45	-	54.28	0.45
Türkiye	1.51	2.13	-	2.22	0.77	0.76	1.43	1.62

Kaynak: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en>



**Şekil 2. İngiltere'de, Almanya'da ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Ekibinin Sayı ve İşlevsellik Açısından Dağılımı**

**Kaynak:** (Bahar ve Savaş, 2013)

Tablo 9'da görülebileceği gibi, incelenen ülkelerde ruh sağlığı alanında çalışan insan kaynağında genel olarak 2011-2014 yıllarında artış olmuştur. Sosyal hizmet uzmanlarının göze çarpan yoğunluğu Kanada'da görülmekte Fransa ve Türkiye'de ise karşıt bir durum olduğu dikkati çekmektedir. Bunun yanında, tabloda belirtilen bu rakamların detaylı bir yorumunu Şekil 2 yapmaktadır. Türkiye'de ruh sağlığı alanında psikiyatristlerin etkinliği görülürken, Almanya'da ise ruh sağlığı ekibinin temelini sosyal hizmet uzmanlarından ve psikologlardan oluşması hastaların özellikle kurum dışında yaşamlarını kolaylaştırmak ve sosyal yönden bütünleşmelerini sağlamak adına yapılan aktivitelere (Ulaş, 2008, s. 8) önem verildiğinin bir işareti olabilmektedir.

**Tablo 10. Ülkelere göre Kaba İntihar Oranları**

Ülkeler	İntihar Oranı (100.000 kişi başına) (2012) (kadın ve erkek)
Amerika	12.1
Avustralya	10.6
Kanada	9.8
Almanya	9.2
Fransa	12.3
İtalya	4.7
İsveç	11.1
Norveç	9.1
Türkiye	7.9

**Kaynak:** <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>

**Tablo 11. Türkiye’de Umut Düzeyi**

	2003	2013
Toplam		
<b>Umutlu</b>	66,9	77
<b>Umutlu Değil</b>	33,1	23
Erkek		
<b>Umutlu</b>	67,1	76,6
<b>Umutlu Değil</b>	32,9	23,4
Kadın		
<b>Umutlu</b>	66,6	77,3
<b>Umutlu Değil</b>	33,4	22,7

Kaynak: TÜİK, Yaşam Memnuniyeti Araştırması

**Tablo 12. Genel Mutluluk Düzeyi (%)**

	2003	2013
<b>Çok Mutlu</b>	12	9,6
<b>Mutlu</b>	47,6	49,5
<b>Orta</b>	33,2	30,2
<b>Mutsuz</b>	5,6	8,2
<b>Çok Mutsuz</b>	1,7	2,6

Kaynak: TÜİK, Yaşam Memnuniyeti Araştırması

Tüm bu göstergeler temelinde hizmetlerin yeterli ulaşamaması sonucu karşımıza çıkan bir kare olarak ele alınabilecek “intihar” odağında bakıldığında, Amerika’nın 2012 kaba intihar oranı 12.1, Fransa’nın 12.3, Türkiye’nin 7.9’dur. Bu oranları etkileyen unsurların girift olduğu, kültürel yapı, din gibi etkenlerin de bu konuya dokunduğunu unutmamak gerekmektedir. 2012 intihar oranı 7.9 olan Türkiye’nin Yaşam Memnuniyeti Araştırması sonucuna göre umut düzeyi 2003 yılında %66,9 iken 2013’te %77’dir. 2003 yılında erkekler kadınlara oranla daha umutlu iken bu oran 2013 yılında tam tersine dönmüş, kadınlar daha umutlu bir noktaya gelmiştir. Kadın odaklı politikaların geliştirilmeye başlamasının bu noktada etkili olabileceği düşünülmektedir. Aynı araştırmada mutluluk düzeyleri ele alındığında, 2003 yılında çok mutlu birey sayısı %12 iken bu oran 2013 yılında %9 olmuştur.

## Tartışma ve Sonuç

Bu çalışmada, refah hizmetlerinin sunumu kapsamında ruh sağlığı hizmetlerinin çeşitli ülkeler ve Türkiye’deki mevcut durumu değerlendirilerek bu hizmetlere ulaşım noktasında insan değeri yordanmaya ve sosyal hizmet ile bağlantısı kurulmaya çalışılmıştır. Ruh sağlığı bağlamında, refah hizmetleri ülkelerin yoksulluk oranı, gelir adaletsizliği, sosyal harcamalar gibi genel ekonomik göstergeleri, sağlık harcamaları, ruh sağlığı için ayrılan bütçe, ruhsal sorunları olan bireylerin savunuculuğunu güçlendirmek, haklarını koruyabilmek adına ruh sağlığı mevzuatının incelenmesi, ruh sağlığı alanında hizmet sunulan kurum ve hizmet sunucusu sayısı aracılığıyla değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bununla bağlantılı olarak, politikalarla insana bakış, yani insan ve para arasındaki denge ise refah devleti sınıflandırmasında sosyal yardımların ve aileye sağlanan olanakların varlığı ile ele alınarak sosyal hizmetin, sosyal refah, sosyal adalet, insan hakları, bireylerin yaşamları üzerinde kontrol sağlayabilmeleri gibi temel ilke ve değerleriyle ilişkilendirilmeye çalışılmıştır.

Toplumlarda görülen alkol, madde bağımlılığı, göç, damgalanma, zayıf sosyal ilişkiler, savaş, işsizlik, şiddet, ırkçılık gibi risk faktörlerinden sosyal hizmetlerin genişletilmesi, bireylerin güçlendirilmesi,

sosyal destek mekanizmalarının genişletilmesi, sosyal etkileşim ve bütünleşmenin sağlanması ile korunabilmektedir (DSÖ, 2004). Dolayısıyla, bu hizmetlerin tıp hizmetleri, sosyal hizmet bakış açısı ve ekonomi bilimi ile efektif bir şekilde bütünleştirilerek sunulması toplumun ruh sağlığı statüsüne ve refahına olumlu açıdan katkı sunabilecektir.

Hastaların iyileşme sürecinde ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmalarının kolaylaştırılması ve bu noktada Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin önem kazanmaktadır. Bu merkezler genel olarak, ev ziyaretleri, ruhsal hastalıklara yönelik farkındalık çalışmaları, yerel yönetimler, bölgedeki diğer sağlık kuruluşları, üniversiteler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği yaparak, gerekirse yazılı ve görsel medya aracılığı ile ağır ruhsal bozukluklar hakkında toplumu bilinçlendirme ve damgalama karşıtı çalışmalar ve bulunduğu bölgede makro anlamda stratejik planlar hazırlamak ve yürütmek gibi faaliyetleri yerine getirmektedir. Türkiye’de hastalıkların tedavi sürecinde henüz ulaşım noktasında oturmuş bir düzen olmamasına rağmen geliştirme çalışmaları devam etmektedir. Bu açıdan, İngiltere ile kıyaslandığında, İngiltere Sağlık Departmanına (DoH) göre herkes için daha yüksek sağlık statüsünü sağlamak ve insanlara daha sağlıklı bir yaşam sunmak için gerçekleştirilmesi gereken 5 temel gösterge arasında depresyon ve anksiyete bozuklukları yaşayan ve psikolojik terapi almaları önerilen kişilerin bu hizmetlere kolay ulaşımının sağlanması yer almaktadır (Boyle, 2011, s. 213).

Ayrıca, toplumdaki ruhsal sağlık seviyesinin geliştirilmesi ve hasta bireylerin hastalık ve tedavi olgularının daha tanımlayıcı olması açısından Sağlık Bakanlığı bünyesinde geliştirilebilecek toplum taramaları ve eğitim faaliyetleri psikiyatrik hastalıklar için risk gruplarını belirlemeye ve aileler ile yapılan çalışmalar doğrultusunda bu hastalıklara karşı farkındalık sağlayacaktır. Türkiye’de ruh sağlığı yasasının çıkarılması, ruh sağlığı hizmetlerinin sunumuna yönelik strateji ve politikaların multidisipliner bir yapıyla tıp, ekonomi, sosyal hizmet, psikoloji, yönetim gibi farklı bilim dalları da göz önünde bulundurularak geliştirilmesi hem hastaların etik ikilemlerden doğabilecek sorunlara karşı haklarının korunabilmesi hem de piyasa ve sigortacılık sistemi için yer alan bireyin para karşılığı olarak görülmesinden ziyade insan değerinin ve onurunun vurgulanması açısından önem taşımaktadır. Bunun yanında, ekonomik ve sosyal yaşam arasında dengenin kurulması, bireylerin kapasiteleri dâhilinde sosyal işlevselliklerinin sağlanması, birinci basamak yani koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin genişletilmesi, dışlanmayı ve damgalanmayı en aza indirmeyi amaçlayan ve tecrit yöntemini eleştiren bir yaklaşım olarak toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Hem sağlık kurumları içinde hem de sigortacılık sisteminde ve bunların birbirleriyle olan ilişkilerinde sosyal hizmet uzmanlarının da görev alması ve ruh sağlığı politikalarının, planlarının ve stratejilerinin geliştirilmesinde etkin olmaları, sosyal hizmetin farklı bakış açısının sağlık hizmetlerine entegrasyonunu sağlayabilecektir.

## Kaynakça

- Abramson, M. F. (1972). The Criminalization of Mentally Disordered Behavior: Possible Side- Effect of a New Mental Health Law. *Hospital and Community Psychiatry*, 23 (4), 101-105.
- Akın, E. (2015). Sources of Social Support of Elderly Immigrants and Their Effects on Psychosocial Functionality. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 1 (3), 1149-1162.
- Akkaya, C., Sarandöl, A., Danacı, A. E., Sivrioğlu, E. Y., Kaya, E., & Kırılı, S. (2008). Sosyal Uyum Kendini Değerlendirme Ölçeği (SUKDÖ) Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 292-299.
- Alataş, G., Karaoğlan, A., Arslan, M., Yanık, M. (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46, 25-29.
- Arpacıoğlu, Ö., Yıldırım, M. (2011). Dünyada ve Türkiye’de Yoksulluğun Analizi. *Niğde Üniversitesi İİBF Dergisi*, 4 (2), 60-76.

- Avuçan, E.Eda, İmrek, Melis, Karaboğa, Işıl, (2006),” Kanserin Psikososyal Yönleri”, Türk Psikoloji Dergisi, Temmuz 2006, Yıl:12 Sayı: 38 Syf: 81-91.
- Benson, S. G., & Dundis, S. P. (2003). Understanding and Motivating Health Care Employees: Integrating Maslow's Hierarchy of Needs, Training and Technology. *Journal of Nursing Management* , 11, 315–320.
- Besiri, A. (2009). Yoksulluk Ekseninde Engellilerin Eğitimi. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*(83), 353-374.
- Blau, J., & Abramovitz, M. (2003). *The Dynamics of Social Welfare Policy*. New York: Oxford University Press.
- Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition* , 13 (1), 1-486.
- Budak, Selçuk (2000), “Ruh Sağlığı”, Psikoloji Sözlüğü, Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara.
- Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillan, J. (2000). A Correlational Test of the Relationship Between Posttraumatic Growth, Religion, and Cognitive Processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521-527.
- Cevizci, Ahmet, (2003), “Ruh”, Felsefe Terimleri Sözlüğü, Paradigma Yayınları, İstanbul.
- Cihangir Çankaya, Zeynep, (2009), “Özerklik Desteği, Temel Psikolojik İhtiyaçların Doyumu ve Öznel İyi Olma: Öz-Belirleme Kuramı, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2009,4 (31), 23-31.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Lee, L. (2003). Spirituality, Resilience, and Anger in Survivors of Violent Trauma: A Community Survey. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (5), 487-494.
- ÇALIŞKAN, Z., (2012), “Refah Devletlerinin Dinamik Dengesi: Sosyal Harcamalar İçin Geleneksellik Endekslerinin Hesaplanması”, NEÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2, 218-239.
- Dağ, İ. (2003). Türkiye’de Ulusal Ruh Sağlığı Politikaları Konusunda Yapılmış Sistematik Çalışmalar, *3P Dergisi*, 11(1), 59-67.
- Deci, E. L., Ryan, R. M., Gagné, M., Leone, D. R., Usunov, J., & Kornazheva, B. P. (2001). Need Satisfaction, Motivation, and Well-Being in the Work Organizations of a Former Eastern Bloc Country: A Cross-Cultural Study of Self-Determination. *Society for Personality and Social Psychology* , 27 (8), 930- 942.
- Duyan, V. (2010). *Sosyal Hizmet: Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri*. Ankara: Aydınlar Matbaacılık.
- Duyan, V., Sayar, Ö. Ö., & Özbulut, M. (2008). *Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak: Sosyal Hizmet Uzmanları ve Sosyal Hizmet Alanında Çalışanlar için Bir Rehber*. Ankara: Öncü Basımevi.
- Dünya Sağlık Örgütü (2004). Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options, Özet Rapor,  
[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf).
- Ebbinghaus, B. ve Manow, P., (2001), Social Policy and Political Economy in Europe, Japan and the USA, London, Routledge, s.9.



- Fry, P. S. (2000). Religious Involvement, Spirituality and Personal Meaning for Life: Existential Predictors of Psychological Wellbeing in Community Residing and Institutional Care Elders. *Aging & Mental Health*, 4 (4), 375- 387.
- Gitmez, E., Bakır, M. E. (2011). *Proje Hazırlama Rehberi*. Diyarbakır: Karacadağ Kalkınma Ajansı.
- Gökbunar, R., Özdemir, H., & Uğur, A. (2008). Küreselleşme Kıskaçındaki Refah Devletinde Sosyal Refah Harcamaları. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 9(2), 158-173.
- Hochman, O., & Skopek, N. (2013). The Impact of Wealth on Subjective Well-Being: A Comparison of Three Welfare-State Regimes. *Research in Social Stratification and Mobility*, 34, 127–141.
- Işıkhan, V. (2007). Kanser ve Sosyal Destek, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18(1), 15-29.
- Kağnıcıoğlu, D. (2013). Refah Devleti Modellerine göre Avrupa Birliği'nde İş- Yaşam Çatışması ve İş- Yaşam Dengesi Politikaları. *Çimento Endüstrisi İşverenleri Sendikası*, 27(1), 22- 39.
- Kocayörük, E. (2012). Öz-Belirleme Kuramı Açısından Ergenlerin Anne Baba Algısı ile Duyuşsal İyi Oluşları Arasındaki İlişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (37), 24-37.
- Koray, M., (1992), "Çalışma Yaşamında Kadın Gerçekleri", *Amme İdaresi Dergisi*, 25,1, 93-122.
- Koşar, N. G. (1996). *Sosyal Hizmetlerde Yaşlı Refahı Alanı*, Ankara: Şafak Matbaacılık.
- Kuçuradi, İ. (1998). *İnsan ve Değerleri*, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayını.
- Lindner, J. R. (1998). Understanding Employee Motivation. *Journal of Extension*, 36 (3), 1-8.
- Malkoç, Asude, (2011), "Öznel İyi Oluş Müdahale Programının Üniversite Öğrencilerinin Öznel İyi Oluş Düzeylerine Etkisi", Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
- Mental Health Policies and Action Plans*. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/mental\\_health/policy/services/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html), Erişim tarihi 29 Nisan 2012; Mental Health Policy, Planning and Service Development Information Sheet, Sheet 1).
- Ocaktan, M. E., Özdemir, O., Akdur, R. (2004). Birinci Basamak Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 12 (2), 63-73.
- Özaydın, M.M., (2013), "Cinsiyete Dayalı Refah Sınıflandırmaları Temelinde İş ve Aile Yaşamının Uyumlaştırılması Sorunu", Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 15,3, 47-72.
- Özden, Kadir, (2014), "Üniversite Öğrencilerinde Psikolojik İyi Oluşun Psikososyal Yordayıcılarının Sosyal Bilişsel Kariyer Kuramı Açısından İncelenmesi", İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Pektaş, İ., Bilge, A., & Ersoy, M. A. (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* (7), 43-48.
- Rathus, S. A. (1973). A 30-Item Schedule for Assessing Assertive Behavior. *Behavior Therapy*, 4 (3), 398-406.

- Rosenbaum, M. (1990). The Role of Learned Resourcefulness in the Self-Control of Health Behavior. M. Rosenbaum, *Learned Resourcefulness: On Coping Skills, Self-Control, and Adaptive Behavior* içinde (s. 3-30). New York: Springer Publishing Co.
- Rosenberg, M. (1986). *Conceiving the Self*. RE Krieger.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 99-104.
- Soper, B., Milford, G. E., Rosenthal, G. T. (1995). Belief when evidence does not support theory. *Psychology & Marketing*, 12(5), 415-422.
- Şenkal, A., & Başar Sariipek, D. (2007). Avrupa Birliği'nin Karşılaştırmalı Refah Modelleri ve Sosyal Politikada Devletin Değişen Rolü. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2 (14), 146-175.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2011). *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023)*, Yayın No: 847, ISBN: 978-975-590-391-0, Ankara.
- Taşgın, N. Ş. (2010). *Refah Devleti ve İnsan Hakları Açısından Yoksulluk ve Sosyal Dışlanma*. (Doktora Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Teater, B. (2014). *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri: Uygulama için Bir Giriş* (A. Karatay, Trans.). Ankara: Nika Yayınevi.
- Telef, Bülent Baki, (2013), "Psikolojik İyi Oluş Ölçeği: Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması", *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 28(3),374-384.
- Tufan, B., Özgür Sayar Ö. ve Koçyıldırım, G. (2009). Sosyal Bir Hak Olarak Sosyal Hizmet. *Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu*, Belediye-İş Sendikası Yayını, 76-87.
- Ulaş, H. (2008). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye'de Psikiyatrik Hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 11 (2), 2-12.
- Yanık, M. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi, *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar (RCHP)*, Özel Sayı (Editör: M. Emin Ceylan), ISSN: 1307-2099, İstanbul.
- Yavlal Gedik, N. (2003). İ. Kuçuradi'nin İnsan Hakları Görüşü, *Kaygı*, Sayı 2, ISSN: 1303-4251, 12-19.
- Yılmaz, V. (2012). *İnsan Hakları ve Karşılaştırmalı Sosyal Politika Yaklaşımı Işığında Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikaları: Tespitler ve Öneriler*, RUSİHAK, İstanbul: Karika Matbaacılık.