

Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları

Çeviri

Ruh Sağlığını Güçlendirme

KAVRAMLAR • KANITLAR • UYGULAMALAR

ÖZET RAPOR

Çeviri Editörleri

Okan TAYCAN
Bülent COŞKUN

Okan TAYCAN

1999'da tıp fakültesini bitirdi. 2001 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde başladığı psikiyatri uzmanlık eğitiminin son yılında TÜBİTAK Bilim Adamı Yetiştirme Bursu ile McGill Üniversitesi Montreal Kanada'da "konuk araştırmacı" olarak çalıştı. 2016'da psikiyatri doçenti oldu. 2014'de İstanbul Üniversitesi, Antropoloji Bölümü'nde başladığı Sosyal Antropoloji Doktorası devam etmektedir. Halen Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak çalışmaktadır.

Bülent COŞKUN

Hacettepe Üniversitesi'nde tıp ve psikiyatri eğitimi tamamlamıştır. Zorunlu hizmet için Manisa Ruh Hastalıkları Hastanesi, Ankara Numune Hastanesi ve Ankara Yenışehir Ruh Hastalıkları Dispanseri'nde görev yapmış daha sonra altı yıl süreyle Sağlık Bakanlığı'nda Ruh Sağlığı Daire Başkanı olarak çalışmış, İnönü ve Kocaeli Üniversiteleri'nde Psikiyatri Anabilim Dallarının kuruluşunda yer almıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün çeşitli kısa süreli danışmanlık hizmetlerinde bulunmuş, Dünya Psikiyatri Birliği'nde de iki dönem Psikiyatri Eğitimi Çalışma Birimi başkanlığını yürütmüştür. Türkiye Psikiyatri Derneği'nde Ruh Sağlığını Güçlendirme Çalışma Biriminin başkanlığı görevini yürütmektedir. Ayrıca Toplum Ruh Sağlığını Geliştirme Derneği'nin başkanıdır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2004 yılında “Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report” başlığı altında yayınlanmıştır.

©Dünya Sağlık Örgütü 2004

Dünya Sağlık Örgütü, Türkçe basımı için çevirinin kalitesinden ve doğruluğundan tek başına sorumlu olan Türkiye Psikiyatri Derneği'ne çeviri ve yayın izni vermiştir. İngilizce ve Türkçe basımlar arasında herhangi bir tutarsızlık olması durumunda, orijinal İngilizce basımı bağlayıcı ve özgün kabul edilecektir.

Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar

©Türkiye Psikiyatri Derneği (2020)

ISBN: 978-605-81674-8-3

Çevrimiçi Yayın Tarihi: 22 Şubat 2020

Çeviri Editörleri

Okan TAYCAN, Doç. Dr., *Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, İstanbul*
Bülent COŞKUN, Prof. Dr., *Maltepe Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Öğretim üyesi, İstanbul*

Çevirmenler

Okan TAYCAN, Doç. Dr., *Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, İstanbul*
Gamze ERZİN, Uzm. Dr., *Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul*
Pınar ÇELİKKIRAN, Dr., *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*
Alişan Burak YAŞAR, Uzm. Dr., *Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*



Yayın Hizmetleri

BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.,
Ziya Gökalp Cad. 30/31, 06420 Kızılay, Ankara, Türkiye
Tel: (0312) 431 30 62
www.bayt.com.tr

TÜRKİYE PSİKIYATRI DERNEĞİ

Ruh Sağlığını G   lendirme

Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar

Çeviri Editörleri

Okan TAYCAN

Bülent COŞKUN



Önsöz

“...sadece hastalığın veya sakatlığın olmaması değil”

“...herkesin mümkün olan en yüksek sağlık seviyesine erişebilmesi”

“...ruh sağlığında özellikle insan ilişkilerinde uyumu etkileyen aktivitelerin desteklenmesi”

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) bu hedefleri ve işlevleri, ruh sağlığını güçlendirme konusundaki yükümlülüğümüzün esaslarını oluşturmaktadır.

Ne yazık ki, sağlık uzmanları ve sağlık planlayıcıları genellikle “iyi” olanların ihtiyaçlarına dikkat edebilmek için hastalığı olanların acil sorunlarıyla meşgul olmaktadır. Bununla birlikte, dünya ölçeğinde hızla değişen sosyal ve çevresel koşulların ruh sağlığını tehdit etmek yerine desteklediğinden emin olmakta zorlanmaktadır. Bu durum bir ölçüde sağlığın güçlendirilmesine yönelik müdahalelerin etkinliğine yönelik net kavramların ya da yeterli kanıtların bulunmamasından kaynaklanmaktadır. Bu durum uzmanların ve sağlık planlayıcılarının nasıl eğitildiği, toplumdaki rollerine yönelik algıları ve toplumun onlardan ne yapmalarını beklediğiyle de ilişkilidir. Ruh sağlığı açısından bakıldığında, insanların ruh sağlığı sorunlarını açıkça dile getirmek konusundaki isteksizlikleriyle de ilgisi olduğu düşünülebilir.

Ruh Sağlığını Güçlendirme Özet Raporu: “Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, kanıtlar, uygulamalar’ DSÖ’nün bu engellerin üstesinden gelme konusundaki son girişimidir. Bu raporda ruh sağlığı ve ruh sağlığını güçlendirme kavramları açıklanmaya, ruh sağlığını güçlendirmenin ortak özellikleri ve kültürler arasındaki çeşitlilikleri konularında uzlaşa sağlanmaya çalışılmıştır. Rapor ruh sağlığını, sağlığın güçlendirilmesini ve halk sağlığını daha geniş bir bağlamda konumlandırmaktadır. Ruh sağlığına iyi gelen bazı sağlık ve sağlık dışı müdahaleler için sağlanan kanıtlar ele alınarak sağlık politikası planlamacıları ve halk sağlığı uzmanları için faydalı olması hedeflenmiştir. Bununla birlikte, geleceğe ilişkin planlamaların yapılabilmesi için daha güçlü bir bilimsel temelin geliştirilmesi gerektiği bunun için de daha sistematik kanıtlara acil ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır.

Ruhsal bozuklukları önleme ve ruh sağlığını güçlendirme birbirinden farklı ancak birbiriyle örtüşen amaçlara hizmet ederler. Bu raporda tartışılan müdahalelerin çoğu önleme ile de ilgilidir. Ancak ruh sağlığının güçlendirilmesinde hedef kitlenin yanı sıra güçlendirme kavramı da çok daha geniş kapsamlıdır. Bu sebeple, DSÖ bu konuyla ilgili güçlendirme raporunu ruhsal bozuklukların önlenmesine dair kanıtlarla ilgili başka bir rapordan ayrı ve onun basımının öncesinde yayımlamaktadır.

Bu raporun ruh sağlığının güçlendirilmesinin geniş kapsamlı sağlığın güçlendirilmesi bağlamında daha kalıcı bir konum edinebilmesine yardımcı olmasını ve DSÖ'nün hizmet verdiği ülkeler için faydalı olmasını umuyorum.

Dr. Catherine Le Galès-Camus

Genel Müdür Yardımcısı

Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Ruh Sağlığı Birimi

Dünya Sağlık Örgütü, Cenevre

İçindekiler

Önsöz	v
İçindekiler	vii
Sunuş	ix
Özet Raporun Ortaya Çıkışı	xi
Teşekkür	xiii
Anahtar Mesajlar	1
Giriş	5
Ruh Sağlığı Nedir?	5
Ruh Sağlığının Güçlendirilmesi Halk Sağlığının Ayrılmaz Bir Parçasıdır	6
Ruh Sağlığı, Ruhsal Hastalık Yokluğundan Daha Fazlasıdır	8
Ruh Sağlığı Olmadan Sağlık Olmaz: Ruh Sağlığı ve Davranışlar	9
Bölüm I: Kavramlar	11
Sağlık ve Sağlığın Güçlendirilmesi	11
Pozitif Ruh Sağlığı	16
Ruh Sağlığının İçsel Değeri	18
Kültür ve Ruh Sağlığı	18
Sosyal Sermaye ve Ruh Sağlığı	19
Ruh Sağlığı ve İnsan Hakları	20
Eylem İçin Kavramsal Bir Çerçeve	21
Bölüm 2: Kanıtlar	25
Sağlığın Güçlendirilmesinde Amaçlar ve Eylemler	25
Ruh Sağlığının Güçlendirilmesinde Kanıt ve Kanıt Kullanımı	27
Ruh Sağlığının Sosyal Belirleyicileri	29
Fiziksel ve Ruhsal Sağlık Arasındaki Bağlantılar	31
Ruh Sağlığı Göstergelerinin Geliştirilmesi	32
Etkili Müdahalelerin Kanıtları	35
Düşük Gelirli Ülkelerde Ruh Sağlığının Etkin Biçimde Güçlendirilmesi	45
Programların Etkinlik ve Maliyet-Etkinliği Açısından Kanıtların Üretilmesi	50
Bölüm III: Politika ve Uygulamalar	55
Ruh Sağlığı Herkesin İşidir	55
Ruh Sağlığının Güçlendirilmesi: Ruh Sağlığı Politikasının Önemli Bir Bileşeni	56
Ruh Sağlığının Güçlendirilmesinde Genel Çerçeve	57
Ruh Sağlığını Güçlendirme Stratejisi Olarak Toplumsal Gelişim: Düşük Gelirli Bir Ülkeden Dersler	59

Sürdürülebilir Müdahalelerin Geliştirilmesi.....	61
Ruh sağlığının güçlendirilmesinde sektörler arası yaklaşım	62
Uluslararası İşbirliği ve DSÖ'nün Rolü	65
Anahtar Öneriler	66
Kaynaklar	68

Sunuş

“Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, kanıtlar, uygulamalar” sağlığın güçlendirilmesi ve geliştirilmesi için ruh sağlığı boyutunu hayata geçirmeyi amaçlar. Ruh sağlığının güçlendirilmesi, geniş kapsamlı “sağlığın güçlendirilmesi” alanında yer almaktadır, ek olarak ruhsal bozuklukların önlenmesiyle ilgili ruhsal bozukluklar ve engelliliklerin tedavisi ve rehabilitasyonu ile de yakından ilgilidir. Sağlığın güçlendirilmesinde olduğu gibi, ruh sağlığının güçlendirilmesi, insanların sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemelerini ve sürdürmelerini destekleyen ve sağlık için destekleyici yaşam koşulları veya ortamları yaratan eylemleri içerir. Bu Özet Rapor ruh sağlığının güçlendirilmesi, müdahalelerin etkinliğini ortaya koyan kanıtları, halk sağlığı politikası ve uygulamalarına ilişkin kavramları açıklamaktadır. Bu proje ruhsal sorunların önlenmesine ilişkin kanıtlara odaklanan geniş kapsamlı bir DSÖ projesinin bir parçasıdır.

Bu Özet Rapor, çeşitli ülkelerden ve kültürlerden elde edilen bulguların seçilmiş bir kısmının incelemesini kapsamaktadır. Savunuculuk, politika ve proje geliştirme, yasama ve mevzuat reformu, iletişim, araştırma ve değerlendirme gibi eylemlerin, ekonomik kalkınmanın her aşamasındaki ülkelerde nasıl sağlanabileceğini ve izlenebileceğini belgelemektedir. Uluslararası işbirliği ve anlaşmaların örneğin eyleme geçilmesini ve muhtelif politika ve pratiklerin ruh sağlığı üzerindeki etkilerinin izlenmesini teşvik ederek uygulamada ve kanıtların oluşturulmasında kritik bir rol oynayabileceği düşünülmektedir.

“Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, kanıtlar, uygulamalar” raporu, sağlık ve sağlık sektörü dışında devlette, eğitim ve ticaretin pek çok alanında çalışan kişiler için yazılmıştır. Bu kişilerin kararlarının ne kadar etkili olduğunu bazen kendileri bile fark etmeyebilirler. Ayrıca, ruhsal bozuklukları olan kişiler için hizmet sunmaya devam ederken ruh sağlığının güçlendirilmesi ve desteklenmesi gerektiğine ihtiyaç duyan ruh sağlığı çalışanları için kolay kullanılabilir bir rapordur. Düşük, orta ve yüksek gelir seviyesine sahip ülkelerde politikalar ve programlar geliştirmek için çalışanlar ve aynı zamanda uluslararası eylem planlarıyla ilgilenenler için uygundur. Raporda düşük ve yüksek gelir düzeyine sahip ülkeler arasında planlamacılar ve uygulayıcılar için genellikle sorun teşkil eden önceliklerin belirlenmesi ikilemlerinin çözümü için halk sağlığı çerçevesi kullanmıştır.

“Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar” sağlık sektörü yanı sıra sağlık dışından da bilimsel katkı sağlayanlarla yapılan işbirliğinin sonucudur. Projenin amacı, yerel kanıtların toplanması, bilimsel topluluğun harekete geçirilmesi ve uluslararası işbirliğinin sağlanması için gerekli kanıt ve uygulamaların geliştirilmesini sağlamaktır.

Bu Özet Rapor, editörler tarafından ortaya konan “*Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar*” için hazırlanan bölümler ve diğer materyalden oluşmakta olup okuyucuya daha geniş ve ayrıntılı Raporda tartışılan konular hakkında fikir vermek için hazırlanmıştır. Umudumuz, daha kapsamlı bir rapor hazırlandıktan sonra okuyucuların bu konuları daha ayrıntılı olarak okumaya veya düşünmeye devam etmeleri yönünde teşvik edilmeleridir.

Helen Herrman, Shekhar Saxena, Rob Moodie

Editörler

Özet Raporun Ortaya Çıkışı

Bu özet rapor Dünya Sağlık Örgütü tarafından yakında çıkacak olan “*Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, kanıtlar, uygulamalar*” editörleri tarafından hazırlanmıştır. (Herrman, Saxena & Moodie baskıda). Editörler ruh sağlığının güçlendirilmesinde bazı önemli kavramlar, yeni çıkan bulgular, uygulamaların bir özetini vermek amacıyla katkıda bulunan yazarlar tarafından Raporda sunulan bölümlerden materyali seçmiş ve bazı durumlarda uyarlamıştır. Bunu yaparken, yakında çıkacak olan Rapor için oldukça ayrıntılı tartışmaların yalnızca bir göstergesini vermişlerdir.

Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, kanıtlar, uygulamalar özet raporunda yer alan bölümlerin başlıkları aşağıda yer almaktadır. Bölüm yazarlarına yönelik atıflara, akıcılığı sağlamak özel olarak yer verilmemiştir. Özet Rapor’dan alıntı yaparken ilgili bölüm yazarlarına atıfta bulunmak uygun olacaktır.

Raporun Detayları

Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar. Victoria Sağlığı Güçlendirme Vakfı (VicSağlık) ve Melbourne Üniversitesi işbirliğiyle Dünya Sağlık Örgütü Ruh Sağlığı ve Madde Kötüye Kullanımı Bölümü’nden bir rapor, Herrman H, Saxena S & Moodie R. Geneva, WHO, baskıda

Bölümler	Yazarlar
1 Giriş	Herrman H, Saxena S, Moodie R
2 Sağlık ve Sağlığı Güçlendirme	Mittelmark M, Puska P, O’Byrne D, Tang K
3 Pozitif Ruh Sağlığı	Kovess-Masfety V, Murray M, Gureje O
4 Ruh Sağlığının Önemi	Lehtinen V, Ozamiz A, Underwood L, Weiss M
5 Dünyada ruh sağlığı kavramları	Sturgeon S, Orley J
6 Sosyal kapital ve ruh sağlığı	Whiteford H, Cullen M, Baingana F
7 Ruh sağlığı ve insan hakları	Drew N, Funk M, Pathare S, Swartz L
8 Eyleme geçmeye yönelik kavramsal çerçeve	Walker L, Moodie R, Verins I
9 Ruh sağlığının güçlendirilmesinde bulguların kullanımı	Barry M, McQueen D
10 Ruh sağlığının sosyal belirleyicileri	Anthony J
11 Fiziksel ve ruh sağlığı ve hastalıklar	Raphael B, Schmolke M, Wooding S
12 Ruh sağlığının göstergeleri	Zubrick S, Kovess-Masfety V
13 Ruh sağlığının güçlendirilmesinde etkili müdahalelere yönelik bulgular	Hosman C, Jané-Llopis E
14 Gelişmekte olan ülkelerde ruh sağlığının güçlendirilmesine yönelik bulgular	Patel V, Swartz L, Cohen A
15 Belirleyiciler, etkililik ve maliyet etkililik hakkında kanıt oluşturma	Petticrew M, Chisholm D, Thomson H, Jané-Llopis E

- | | | |
|----|---|--|
| 16 | Ruh sağlığını güçlendirme: politikanın önemli bir bileşeni | Funk M, Gale E, Grigg M, Minoletti A, Yasamy M |
| 17 | Toplumsal ruh sağlığını güçlendirmeye yönelik stratejiler | Lahtinen E, Joubert N, Raeburn J |
| 18 | Ruh sağlığını güçlendirme stratejisi olarak toplumun gelişimi | Arole R, Fuller B, Deutschman P |
| 19 | Sürdürülebilir müdahalelerin geliştirilmesi: teoriler ve kanıtlar | Hawe P, Riley T, Ghali L |
| 20 | Ruh sağlığını güçlendirmeye yönelik sektörler arası bir yaklaşım | Taylor A, Rowling L |
| 21 | Uluslararası iş birliği ve DSÖ ve BM kuruluşlarının rolü | Saxena S, Saraceno B |
| 22 | Sonuçlar- İleriye Yönelik | |

Teşekkür

Özet Raporu doğrudan *Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, Kanıtlar, Uygulama* başlıklı ana rapordan parçalar ve bölümleri uyarlayarak ve Victoria Sağlık Güçlendirme Vakfı'ndan Ms. Lyn Walker ile işbirliği yaparak hazırlanmıştır. Editörler, aşağıda ismi geçen raporun hazırlanmasında katkı sağlayanlara ve danışmanlara teşekkürlerini sunmaktadır.

Editörler ayrıca metnin düzenlenmesindeki yardımları için Ms Christine Hayes'e,; raporu yazma ve derlemede aşamasındaki katkıları için Dr. Amanda Favilla'ya; idari konulardaki destekleri için Ms Jean Cameron, Ms Margaret Nelson, ve Ms Rosemary Westermeyer'e; ve Özet Raporun grafik tasarımı için Ms Tushita Bosonet, DSÖ bu raporun hazırlanmasında finansal destek sağlayan Finlandiya Hükümeti'ne teşekkürlerini sunmaktadır.

Editörler

Profesör Helen Herrman

St. Vincent'ın Ruh Sağlığı Hizmeti Melbourne ve Melbourne Üniversitesi Psikiyatri Bölümü, Avustralya

Dr Shekhar Saxena

Koordinatör, Ruh Sağlığı: Ruh Sağlığı ve Madde Kötüye Kullanımına İlişkin Kanıt ve Araştırma Bölümü
Dünya Sağlık Örgütü,
Cenevre, İsviçre

Profesör Rob Moodie

İcra Kurulu Başkanı
Victoria Sağlığı Güçlendirme Vakfı,
Victoria, Avustralya

Danışmanlar

Dr Beverley Long

Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu Atlanta, ABD

Professor Norman Sartorius

Cenevre Üniversitesi Cenevre, İsviçre

Dr Dusica Lecic-Tosevski

Başkan, Dünya Psikiyatri Birliği Ruhsal Hastalıkları Önleme Bölümü Belgrad Üniversitesi, Ruh Sağlığı Enstitüsü, Yugoslavya

Rapora Katkıda Bulunanlar

Dr James Anthony

Michigan Eyalet Üniversitesi Epidemiyoloji Bölümü Başkanı
Michigan, ABD

Dr Rajanikant Arole

Kapsamlı Kırsal Sağlık Projesi Direktörü Jamkhed, Maharashtra, Hindistan

Dr Florence Baingana

Kıdemli Sağlık Uzmanı (Ruh Sağlığı)
Dünya Bankası
Washington DC, ABD

Mr Chris Bale

Direktör, Çocuklar için Ortaklık,
Londra, Birleşik Krallık

Ms S Banerjee

Psikiyatri Araştırma Enstitüsü,
Kolkata, Hindistan

Dr Margaret Barry

İrlanda Galway Ulusal Üniversitesi
Ruh Sağlığını Güçlendirme Bölümü,
İrlanda

Dr Dan Chisholm

İktisatçı, Dünya Sağlık Örgütü Sağlık Politikasına İlişkin Bulgular
Cenevre, İsviçre

Profesör AN Chowdhury

Psikiyatri Enstitüsü Başkanı
Kolkata, Hindistan

Dr Alex Cohen

Yardımcı Doçent, Sosyal Tıp Harvard Tıp Fakültesi
Boston, ABD

Ms Michelle Cullen,

Danışman, Çatışma Sonrası Birimi
Dünya Bankası,
Washington, ABD

Dr Peter Deutschmann

Direktör, Avustralya Uluslararası Sağlık Enstitüsü,
Melbourne Üniversitesi
Victoria, Avustralya

Dr Jodie Doyle

Koordinatör
Cochrane Sağlığı Güçlendirme ve Halk Sağlığı
Bölümü Avustralya

Ms Natalie Drew

Ruh Sağlığı ve Madde Kötüye Kullanım Bölümü
Dünya Sağlık Örgütü,
Cenevre, İsviçre

Ms Monica Eriksson

Proje Lideri, İskandinav Halk Sağlığı Okulu
İsveç

Ms Beth Fuller

Kıdemli Program Geliştirme Yetkilisi Avustralya
Uluslararası Sağlık Enstitüsü Melbourne
Üniversitesi
Victoria, Avustralya

Dr Michelle Funk

Koordinatör
Ruh Sağlığı Politikası ve Hizmet Geliştirme Ruh
Sağlığı ve Madde Kötüye Kullanım Bölümü
Dünya Sağlık Örgütü,
Cenevre, İsviçre

Ms Elizabeth Gale

Baş Yönetici, Mentalite
Londra, Birleşik Krallık

Dr Laura Ghali

Toplum Sağlığı Bilimleri
Calgary Üniversitesi, Kanada

Ms Margaret Grigg

Teknik Yetkili
Ruh Sağlığı ve MaddeKötüye Kullanım Bölümü
Dünya Sağlık Örgütü,
Cenevre, İsviçre

Profesör Oye Gureje

Psikiyatri Bölümü, İbadan Üniversitesi
İbadan, Nijerya

Profesör Penny Hawe

Makin Sağlık ve Toplum Bölüm Başkanı, Calgary
Üniversitesi, Toplum Sağlık Hizmetleri Bölümü,
Kanada

Profesör Clemens Hosman

Ruh Sağlığını Güçlendirme ve Ruhsal
Bozuklukları Önleme Birimi,
Nijmegen ve Maastricht Üniversitesi
Hollanda

Dr Eva Jane-Llopis

Bilim Tabanlı Bilgi ve Politika Önleme Araştırma
Merkezi Başkanı
Nijmegen Üniversitesi, Klinik Psikoloji ve Kişilik
Üniversitesi Program Geliştirme ve Etki Yönetimi
Bölümü, Hollanda

Profesör Natacha Joubert

Başkan, Ruh Sağlığını Güçlendirme Birimi.
Kanada

Dr Corey Keyes

Sosyoloji ve Davranış Bölümü
Fen Bilimleri ve Sağlık Eğitimi Emory Üniversitesi
Georgia, ABD

Profesör Viviane Kovess-Mafesty

Directrice, Fondation MGEN pour la Sante
Publique
Paris, Fransa

Dr Eero Lahtinen

Kıdemli Tıbbi Yetkili
Finlandiya'da Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığı
Helsinki, Finlandiya

Profesör Ville Lehtinen

Ulusal Refah ve Sağlık Araştırma ve Güçlendirme
Merkezi- STAKES Ruh Sağlığını Güçlendirme
Birimi
Helsinki, Finlandiya

Profesör Bengt Lindstrom

İskandinav Halk Sağlığı Okulu,
Göteborg, İsveç

Ms Merja Lyytijainen

Proje Koordinatörü
Finlandiya Ruh Sağlığı Derneği
Finlandiya

Dr David McQueen

Direktör Yardımcısı, Küresel Sağlığı Güçlendirme Merkezleri Hastalık Kontrol ve Önleme Birimi.
Atlanta, ABD

Dr Alberto Minoletti

Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Birimi Müdürü
Santiago, Şili

Profesör Brian Mishara

Yönetici, İntihar ve Ötenazi Araştırma ve Müdahale Merkezi (CRISE)
Quebec Üniversitesi
Montreal, Kanada

Profesör Maurice Mittelmark

Başkan, Uluslararası Sağlığı Güçlendirme ve Eğitim Birliği, Bergen Sağlığı Güçlendirme Üniversitesi Araştırma Merkezi
Bergen, Norveç

Mr Michael Murray

Baş Yönetici, Orta İngiltere'nin Cliers Beers Foundation Üniversitesi
Birmingham, Birleşik Krallık

Dr Desmond O'Bryne

Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Güçlendirme Birimi
Dünya Sağlık Örgütü
Cenevre, İsviçre

Dr John Orley

Ruh Sağlığı Bölümü Eski Program Yöneticisi
Dünya Sağlık Örgütü
Cenevre, İsviçre

Profesör Agustín Ozamiz

Sosyoloji Profesörü
Deusto Üniversitesi, İspanya

Dr Vikram Patel

Kıdemli Öğretim Görevlisi
Londra Hijyen ve Tropikal Tıp Okulu Direktörü,
Sangath Merkezi
Goa, Hindistan

Dr Soumitra Pathare

Ruby Hall Klinik
Pune, Hindistan

Dr Mark Petticrew

MRC Sosyal ve Halk Sağlığı Bilimleri Birimi
Glasgow, Birleşik Krallık

Dr. Pekka Puska

Genel Müdür
Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü (KTL) Helsinki,
Finlandiya
Eski Yönetici
Bulaşıcı Hastalıkları Önleme ve Sağlığı
Güçlendirme, Dünya Sağlık Örgütü
Cenevre, İsviçre

Doçent John Raeburn

Auckland Üniversitesi
Auckland, Yeni Zelanda

Profesör Beverley Raphael,

Yönetici. Ruh Sağlığı Merkezi
Kuzey Sydney, NSW, Avustralya

Dr Therese Riley

Halk Sağlığı Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı
Okulu, La Trobe Üniversitesi
Victoria, Avustralya

Doçent Louise Rawlings

Politika ve Uygulama Okulu Sidney
Üniversitesi
Yeni Güney Galler, Avustralya

Dr Benedetto Saraceno

Yönetici, Ruh Sağlığı ve MaddeKötüye Kullanım
Bölümü
Dünya Sağlık Örgütü,
Cenevre, İsviçre

Dr Margit Schmolke

Uluslararası Ruh Sağlığı Merkezi
Mt Sinai Tıp Fakültesi
Newyork, ABD

Dr Shona Sturgeon

Sosyal Gelişim Bölümü
Cape Town Okulu, Güney Afrika Cumhuriyeti

Profesör Leslie Swartz

Çocuk Gençlik ve Aile Gelişimi İnsan Bilimleri
Araştırma Konseyi Direktörü
Cape Town, Güney Afrika Cumhuriyeti

Dr Kwok-Cho Tang

Kıdemli Uzman, Dünya Sağlık Örgütü
Cenevre, İsviçre

Ms Alison Taylor

İcra Kurulu Başkanı, Ruh Sağlığı Vakfı
Auckland, Yeni Zelanda

Ms Hilary Thomson

MRC Sosyal ve Halk Sağlığı Bilimleri Birimi
Glasgow Üniversitesi
Glasgow, Büyük Britanya

Ms Lynn Underwood

Fetzer Enstitüsü Kalamazoo,
Michigan, ABD

Ms Irene Verins

Kıdemli Proje Sorumlusu
Victoria Sağlığı Güçlendirme Vakfı
Victoria, Avustralya

Ms Lyn Walker

Yönetici, Ruh Sağlığı ve İyilik Hali Birimi
Victoria Sağlığı Güçlendirme Vakfı
Victoria, Avustralya

Profesör Mitchell Weiss

Profesör ve Halk Sağlığı ve Epidemiyoloji
Anabilim Dalı İsviçre Tropikal Enstitüsü Başkanı
Basel, İsviçre

Profesör Harvey Whiteford Krutzman

Psikiyatri Profesörü Queensland Üniversitesi
Ruh Sağlığı Parkı Merkezi
Queensland, Avustralya

Profesör Stephen Zubrick

Çocuk Sağlığı Araştırmalarına Yönelik Nüfus
Bilimleri Enstitüsü Başkanı
West Perth, WA, Avustralya

Anahtar Mesajlar

Ruh sağığı olmadan sağıık olmaz

Dünya Sağıık Örgütü (DSÖ), sağıığı aşığıdaki gibi tanımlamaktadır:

... sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değıil, kişinin bedenlen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması durumudur (WHO 2001, s.1).

Bu tanım da açıkça belirtildiğı üzere ruh sağıığı, sağıığın ayrılmaz bir parçasıdır. Toplum sağıığı ve sağıığın güçlendirilmesinin amaç ve uygulamaları, tıpkı kalp sağıığı, bulaşıcı hastalıklar ve tütün ürünleri tüketiminin kontrolünde olduğı gibi ruh sağıığı alanında da etkili bir şekilde uygulanabilir.

Ruh sağıığı, ruhsal hastalık yokluğundan daha fazlasıdır: bireyler, aileler ve toplum için hayati öneme sahiptir

Ruh sağıığı DSÖ tarafından şöyle tanımlanmaktadır:

... bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın normal gerginlikleriyle başa çıkabildiğı, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiğı ve içinde yaşadığı topluma katkıda bulunabildiğı bir iyilik halidir (WHO 2001a, s.1).

Ruh sağıığı, bireyin ve toplumun iyilik hali ve etkili işleyişi için esastır. Bu temel ruh sağıığı kavramı, çeşitli kültürlerin farklı yorumlarıyla da tutarlıdır.

Ruh sağıığı sosyoekonomik ve çevresel faktörler tarafından belirlenir

Ruh sağıığı ve hastalıkları, tıpkı genel sağıık ve hastalıklar gibi, çok sayıda ve birbirleriyle etkileşimli sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörler tarafından belirlenir. Bunun en açık kanıtı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ruhsal hastalık riskinin düşük eğitim seviyesi, yetersiz gelir düzeyi ve uygunsuz barınma koşulları gibi yoksulluğun muhtelif göstergeleriyle ilişkili olduğunun gösterilmiş olmasıdır. Toplumda dezavantajlı kişilerin ruhsal hastalıklara karşı daha savunmasız olmaları, kendilerini güvende hissetmeme ve umutsuzluk, hızlı sosyal değıişim, şiddet ve fiziksel sağıık riskleri gibi faktörlerle açıklanabilir.

Ruh sağlığı davranışlarla bağlantılıdır

Ruhsal, sosyal ve davranışsal sağlık sorunları karşılıklı etkileşime girerek, davranışlar ve iyilik hali üzerindeki etkilerin pekişmesine yol açarlar. Bir yandan madde bağımlılığı, şiddet, kadın ve çocukların istismarı, diğer yandansa kalp hastalığı, depresyon ve anksiyete gibi çeşitli sağlık sorunları, yüksek işsizlik, düşük gelir düzeyi, yetersiz eğitim, stresli çalışma koşulları, cinsiyet ayrımcılığı, sağlıksız yaşam tarzı ve insan hakları ihlalleri gibi koşulların varlığında hem daha sık görülür hem de baş edilmesi daha zordur.

Ruh sağlığı, etkin halk sağlığı müdahaleleri ile güçlendirilebilir

Birçok ülkede kalp sağlığının iyileştirilmesinde, belirli ilaçlar ya da tedavi tekniklerine kıyasla çevre, tütün ve beslenme politikalarındaki değişikliklerin daha etkili olduğu gözlenmiştir. Değişen çevre koşullarının kalp sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri, çeşitli düzeylerde müdahalelerle tersine çevrilmiştir. Benzer şekilde, araştırmalar ruh sağlığının da, örneğin barınma, eğitim ve çocuk bakımı gibi sağlık dışı politika ve uygulamalardan etkilendiğini göstermiştir. Bu durum, çeşitli sağlık ve sağlık dışı alanlarda politika ve uygulamaların etkinliğinin değerlendirilmesi ihtiyacını öne çıkarmıştır. Kanıtlardaki kısmi belirsizlikler ve boşluklara rağmen, ruh sağlığının güçlendirilmesi için uygun yerel politika ve müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanmasını destekleyecek yönde toplumsal yaştan ile ruh sağlığı arasındaki ilişkiye dair yeterince bilgi bulunmaktadır.

Ortak eylem, bilimsel kanıtların niteliği kadar paylaşılan değerlere de bağlıdır

Bazı toplumlarda, ruh sağlığı bir sonuç olarak veya ismen ifade edilmiyor olsa da gelenekselleşmiş uygulamalar ve yaşam şekilleri, ruh sağlığının korunması ve devam ettirilmesini destekler niteliktedir. Başka bazı toplumlarda ise, ruh sağlığının iyileştirilmesi için çaba sarf edilmesinin önemli ve değerli olduğuna insanların ikna edilmeleri gerekebilir.

Ruh sağlığının güçlendirilmesi için vazgeçilmez olan, politik, ekonomik, sosyal ve kültürel haklara saygılı olmak ve bunları koruyan bir ortamı sağlamaktır

Bu hakların sağladığı güvenlik ve özgürlük olmadan, ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesi mümkün değildir.

Ruh sağlığının güçlendirilmesi için sektörler arası iş birliği zorunludur

Ruh sağlığı, toplumun bir bütün olarak hareket etmesiyle geliştirilebilir. Ruh sağlığının iyileştirilmesi eğitim, çalışma, adalet, ulaştırma, çevre, barınma ve sosyal yardım gibi farklı sektörlerde politikaların ve programların geliştirilmesi yanında, hastalıkların önlenmesi ve tedavisine ilişkin özel sağlık faaliyetlerine de ihtiyaç duymaktadır.

Ruh sağlığı herkesin işidir

Ruh sağlığını glendirilmesi için bir şeyler yapabilecek ve bundan yarar görecek olanlar, bireyleri, aileleri, toplulukları, ticari kuruluşları ve sağlık profesyonellerini içerir. Bu farklı sektörler içerisinde, faaliyetleri ruh sağlığını derinden etkileyen yerel ve ulusal düzeydeki hükümetlerde görevli karar alıcılar kritik öneme sahiptir. Özellikle ulusal veya yerel düzeyde karar verici durumda olanlar, ruh sağlığını en çok etkileyen kişilerdir, bazen kendilerinin bile fark edemeyecekleri düzeyde. Uluslararası kuruluşlar, hangi ekonomik gelişmişlik düzeyinde olursa olsun tüm ülkelerin, ruh sağlığının toplumların gelişimindeki önemine yönelik farkındalık oluşmasını sağlayabilir. Ayrıca, toplumları ruh sağlığının güçlendirilmesi adına müdahale imknlarının ve kanıtların değerlendirilmesi konusunda cesaretlendirebilirler.

Giriş

Halk sağlığı, toplumun örgütlü çabalarıyla sağlığın güçlendirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve yaşamın uzatılması sanatı ve bilimidir (WHO 1998, s. 3).

Bu yüzyılda [20.] insanlığın sağlık alanındaki kazanımları, tarihin başka herhangi bir zamanında görülenden çok daha fazladır. Bu kazanımlar kısmen gelir ve eğitimde yaşanan gelişmelerin neticesinde beslenme, hijyen, barınma, su temini ve koruyucu sağlıkla ilgili iyileştirmelerin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Ayrıca, hastalıkların nedenleri, önlenmesi ve tedavisi hakkında yeni bilgilerin edinilmesi ve müdahale programlarını daha erişilebilir kılan politikaların hayata geçirilmesinin de bir sonucudur. Sağlık alanındaki bu büyük gelişmeler, yapısal değişiklikler ve bireysel eylemlerin birlikteliği sayesinde gerçekleşmiştir (Nutbeam 2000 s.1).

21. yüzyılda sağlık politikalarına yön verecek kilit soru şudur..." İnsanları sağlıklı kılan nedir?" (Kickbusch 2003, s. 386).

Ruh Sağlığı Nedir?

Kuruluşundan bu yana, DSÖ sağlık tanımına ruhsal iyilik halini dahil etmiştir. DSÖ'nün ünlü sağlık tanımı:

...sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır (WHO 2001, s.1).

Bu tanımda sağlığın iyileştirilmesinin merkezinde üç fikir yer almaktadır: Ruh sağlığı, sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır; ruh sağlığı, hastalık yokluğundan daha fazladır ve ruh sağlığı, fiziksel sağlık ve davranışla yakından ilişkilidir.

Ruh sağlığının tanımlanması önemli olmakla birlikte, iyileştirilmesini sağlamak için her zaman yeterli değildir. Ülkeler, kültürler, sınıflar ve cinsiyetler arasındaki değer farklılıkları, tek bir tanım üzerinde uzlaşma sağlanamayacak kadar büyük olabilir (WHO 2001b). Bununla birlikte, örneğin yaş ve zenginliğin dünya genelinde farklı anlam ve ifadelerle sahip olmasının yanında, ruh sağlığının kültürler arası yorum farklılıklarıyla kısıtlanmaksızın kavramsallaştırılabilmesini mümkün kılan, temel ortak bir anlam evrenselliği de mevcuttur. DSÖ yakın dönemde ruh sağlığı için şöyle bir tanımlama önermiştir:

... 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 (WHO 2001a, s.1).

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.

Ne ruhsal ne de fiziksel sağlık tek başına var olabilir. Ruhsal, fiziksel ve sosyal işlevsellik birbirine bağlıdır. Dahası, sağlık ve hastalık birlikte de var olabilir. Ancak sağlık, hastalığın yokluğu olarak kısıtlayıcı bir şekilde tanımlanmışsa, karşılıklı olarak birbirlerini dışlarlar (Sartorius 1990). Sağlığın kendini, başkalarını ve çevreyi içeren bir denge durumu olarak tanımlanması, topluluk ve bireylerin onu nasıl geliştirebileceklerini anlamalarına da yardımcı olur.

Ruh Sağlığının Güçlendirilmesi Halk Sağlığının Ayrılmaz Bir Parçasıdır

Ruh sağlığı ve hastalıkları, tıpkı genel sağlık ve hastalıklar gibi, çok sayıda ve birbirinden etkilenen sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörler tarafından belirlenir. Bunun en açık kanıtı, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde düşük eğitim seviyesi de dahil olmak üzere yoksulluk göstergeleri ile ruhsal hastalık riski arasındaki ilişkidir. Yoksulluk ve ruhsal bozukluklar arasındaki ilişki, gelişmişlik düzeyinden bağımsız olarak tüm toplumlarda görülen evrensel bir olgudur. Güvensizlik ve umutsuzluk, hızlı sosyal değişimler, şiddet ve fiziksel sağlık riskleri gibi faktörler, herhangi bir ülkede yoksul insanların ruhsal hastalıklara karşı daha savunmasız olmalarını açıklayabilir (Patel & Kleinman 2003). Örneğin, bir Amerikan yerli bölgesi kumarhane açılmasını takiben yoksullukta azalmanın sonuçlarının değerlendirildiği yakın tarihli bir doğal deney, çocukluk çağı davranış bozukluklarında sosyal nedensellik gerçeğinin ortaya konulmasında çok yararlı olmuştur. Kumarhanenin açılmasından sonra, belirtilen davranış bozukluklarının oranları belirgin olarak azalmıştır. Bunu sağlayan ara değişkenin, ebeveynlerin çocuklarıyla daha fazla ilgilenebilme bakım vermedeki iyileşme olduğu belirtilmiştir. Sahip olunan ekonomik düzeyin ailenin işlevselliği ve çocuk ruh sağlığı açısından önemli etkileri vardır (Costello ve ark. 2003; Rutter 2003). Ruhsal, sosyal ve davranışsal sağlık sorunları birbirleriyle etkileşime girerek davranış ve iyilik hali üzerinde etkilerin artmasına neden olabilir. Yüksek işsizlik, düşük gelir ve eğitim düzeyi, zorlu çalışma koşulları, cinsiyet ayrımcılığı, sağlıksız yaşam tarzı ve insan hakları ihlallerinin varlığında, bir yandan madde bağımlılığı, şiddet, kadın ve çocukların suistimali, diğer yandan kalp hastalığı, depresyon ve anksiyete gibi sağlık sorunları hem daha fazla görülmekte hem de baş edilmesi daha zor olmaktadır (Desjarlais et al. 1995).

Ruh sağlığı bireysel faktörlerden ve deneyimlerden, toplumsal yapı ve kaynaklardan, sosyal etkileşimlerden ve kültürel değerlerden etkilenir. Gündelik yaşamda, evde, okulda, sokakta ve işte yaşananlar ruh sağlığımızı etkiler (Lehtinen, Riikonen ve Lahtinen 1997; Lahtinen ve ark. 1999). Buna karşılık tek tek bireylerin ruh sağlığı da bu alanların her birindeki yaşantıyı, dolayısıyla da toplum sağlığını etkiler. Gelişmekte olan ülkelerdeki etnografik çalışmalar, Mumbai'deki gecekondu mahalleleri gibi çevrelerin ve sosyal ortamların yerel deneyimleri ve toplum ruh sağlığını nasıl şekillendirdiğini göstermektedir (Parkar, Fernandes & Weiss 2003). Genetik, sinirbilim, sosyal bilimler ve ruh sağlığı alanlarındaki en yeni araştırmalardan bazıları, toplumların insan yaşamı üzerindeki etkilerinin, tek tek bireyler üzerindeki etkilerinin toplamından daha fazla olduğu yönünde ayrıntılı görüşler ileri sürmektedir (Anthony basımda).

Ancak genel anlamda, ruh sağlığı ve hastalıkları, sağlık ve hastalığın çok sayıda farklı etkenlerden kaynaklandığını (Cooper 1993) ve ikisi arasında bir sürekliliğin olduğunu (Rose 1992) gözeten halk sağlığı geleneğinin dışında değerlendirilmektedir. Bu durumun sonuçları iki yönlüdür. İlk olarak, toplum ruh sağlığını iyileştirici yönde fırsatların etkili bir şekilde kullanılmasına engel olur. İkincisi, ruhsal hastalıkların sosyal ve ekonomik yükünü azaltmak için ortaya konan yoğun çabalar, ağırlıklı olarak hasta bireylerin tedavisine yönelik olma eğilimindedir.

Ruhsal hastalıklar yaygın ve evrenseldir. 1990 yılında, dünya çapında, ruhsal ve davranışsal bozukluklar, yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılları (DALY) (WHO 2001b) açısından ifade edilen toplam hastalık yükünün %11'ini temsil etmiştir. Bunun 2020 yılına kadar %15'e çıkacağı tahmin edilmektedir. Ruhsal sağlık sorunları topluma yüklü ve çeşitli maliyetlere yol açmaktadır (WHO 2003). Depresyon, 1990 yılında hastalık yükü sıralamasında dördüncü sırada yer almaktayken, 2020'de iskemik kalp hastalığından sonra ikinci sıraya çıkması beklenmektedir. Bununla birlikte, ruh sağlığı ve hastalıkları çoğu devlet ve toplum tarafından ihmal edilmiştir. DSÖ tarafından yayınlanan son veriler, ülkelerde ruh sağlığı için kullanılabilecek olan kaynaklar ile ruh sağlığı sorunlarının yarattığı hastalık yükü arasındaki büyük boşluğu gözler önüne sermiştir (WHO 2001c). Son yıllarda dünya nüfusunun genel sağlık kazanımlarının aksine, ruhsal hastalıkların yükü artmıştır (Eisenberg 1998; Desjarlais ve ark. 1995).

Bu ihmal, kısmen ruh sağlığı ve ruhsal hastalıkların ayrı kavramlar olarak kurgulanmasından kaynaklanan kafa karışıklığı ve yanlış varsayımlara dayanmaktadır. Bugüne kadar, ruhsal hastalık kavramının ağır bir şekilde damgalanmış olması, ruhsal bozukluğu olanlara yönelik tedavi, destek hizmetlerinin ve ilgili diğer konuların tanımlanmasında örtük "ruh sağlığı" teriminin kullanılmasını teşvik etmiştir. Bu kullanım, ruh sağlığı ve ruhsal hastalık kavramlarına dair kafa karışıklığına katkıda bulunmuştur.

Dünyanın birçok yerinde ruhsal hastalıkların tedavisi en azından son zamanlara kadar diğer tıp ve sağlık hizmetlerinin gerisinde kalmıştır. Hekimler akıl hastanelerinin dış dünyadan yalıtılmış ortamında, görünüşte tedavisi imkansız pek çok hastayla uğraşmışlardır. Delilik ve melankolinin tedavisinin sözde imkansız görülmesi, hekimlerin bu hastalıkların tamamıyla biyolojik kökenli olduğuna inanmalarına yol açmıştır. Bu bakış açısı ruhsal hastalıkların önlenmesinin “ya hep ya hiç” (Cooper, 1990) şeklinde algılanmasına, dahası ruh sağlığını güçlendirmenin bir şekilde gerçek dünyanın sorunlarından uzak olduğu ve ruhsal hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için ayrılan kaynakların kaydırılmasına neden olabileceği şeklinde düşüncelere yol açmıştır.

Ruh sağlığının iyileştirilmesi ve ruhsal hastalıkların kişisel ve sosyal maliyetlerinin azaltılması ikiz hedefinin gerçekleştirilmesi ancak halk sağlığı yaklaşımıyla mümkün olabilir (Sartorius 1998; VicHealth 1999; Hosman 2001; Herrman 2001; Walker, Moodie & Herrman 2004). Bir halk sağlığı yaklaşımı sağlığı geliştirebilecek faaliyetleri, sağlığın güçlendirilmesini, hastalık ve sakatlığın önlenmesini ve etkilenenlerin tedavi ve rehabilitasyonunu kapsar. Bu faaliyetler ve sonuçları bazen çakışıyor olsa da birbirinden farklıdır. Hepsisi gereklidir, birbirinin tamamlayıcısıdır ve biri diğerinin yerine geçemez.

Ruh Sağlığı, Ruhsal Hastalık Yokluğundan Daha Fazlasıdır

Hali hazırda belirtilmiş olduğu üzere, ruh sağlığı, hastalığın olmamasından ziyade uyum başarısı anlamına gelmektedir. 2003 yılında ABD’de George Vaillant, ruh sağlığının göz ardı edilemeyecek kadar çok önemli olduğunu ve bunun tanımlanması gerektiğini söylemiştir. Vaillant’ın (2003) bunun karmaşık bir mesele olduğunu da belirtmiştir. “Ortalama ruhsal sağlık” ile “sağlıklı olma” aynı değildir, çünkü ortalama olarak sağlıklı olma her zaman bir miktar psikopatoloji ile karışmış haldedir. Sağlıklı olma aynı zamanda coğrafyaya, kültüre ve tarihe bağlı olabilir. Durum (state) ve özellik (trait) tartışmasının da açıklığa kavuşturulması gereklidir- kırık bir ayak bileği nedeniyle geçici olarak sakatlanmış bir atlet sağlıklı mıdır ya da bipolar duygudurum bozukluğu tanılı bir kişi belirtisiz dönemde ise sağlıklı mı yoksa hastalıklı olarak mı kabul edilecektir? Bunun yanında “değerlerle bulaşmanın çifte tehlikesi” vardır (Vaillant 2003, s. 1374)- belirli bir kültürün ruh sağlığı tanımlaması dar kapsamlı olabilir ve ruh sağlığı “iyi” bile olsa, ne için iyidir? Kişi ya da toplum için mi? Uyum ya da yaratıcılık için mi? Mutluluk ya da hayatta kalmak için mi? Yine de Vaillant, sağduyunun geçerli olması gerektiğini ve bazı unsurların ruh sağlığında evrensel bir geçerliliğe sahip olduğunu savunur; her kültürün diyetinin farklı olmasına rağmen, vitaminlerin ve dört temel besin grubunun öneminin evrensel olması gibi.

Ruh Sağlığı Olmadan Sağlık Olmaz: Ruh Sağlığı ve Davranışlar

Ruh sağlığı yaşamın her aşamasında davranışlarla ilişkilidir. Çok sayıda kanıt, ruhsal hastalıklarla ilişkili sosyal faktörlerin aynı zamanda alkol ve uyuşturucu kullanımı, suç ve okuldan kopma ile de ilişkili olduğunu göstermektedir. Sağlığı koruyucu faktörlerin yokluğu veya zararlı faktörlerin varlığı, güvenli olmayan cinsel davranış, trafik kazaları ve fiziksel hareketsizlik gibi diğer riskli davranışların ortaya çıkmasında önemli bir rol oynuyor gibi görünmektedir. Ayrıca, bu belirleyiciler ile davranışlar ve ruh sağlığı arasında karmaşık etkileşimler vardır. Örneğin, kişinin işiyle ilgili memnuniyetsizliği depresyon, alkol ve uyuşturucu kullanımı ile ilişkili olabilir. Bu da fiziksel sakatlık ve iş kaybıyla sonuçlanan trafik kazalarına neden olabilir (Walker, Moodie & Herrman 2004). Kleinman (1999), gecekondu bölgelerinde ve varoşlarda yaşayan “kırılgan topluluklarda” ve savunmasız, marjinal göçmen nüfus içerisinde ruhsal ve sosyal sağlık sorunlarının kümeleniğini vurgular: aile ve toplum içi şiddet, intihar, madde bağımlılığı, depresyon ve travma sonrası bozukluk belirtileri ve tüm bunların bir araya gelmesi. Kleinman “çağımızda çeşitli sosyal şiddet biçimlerinin sonucu olarak ortaya çıkan ruhsal hastalıkların toplum sağlığı üzerindeki yükünün önlenmesi amacıyla bir araştırma gündemi ve yenilikçi politikalar ve programların geliştirilmesi için” çağrıda bulunmuştur (Kleinman 1999, s. 979). Sonuç olarak, bir yandan bu türden belirtilerin kontrol altına alınmasını ve azaltılmasını diğer yandan da insanların ve ailelerin çevresel koşullarla baş etmelerini destekleyecek programların geliştirilmesi ve değerlendirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Depresyon ve kalp-damar hastalıkları arasındaki ilişkinin incelendiği çeşitli araştırmaların da gösterdiği üzere, fiziksel ve ruhsal sağlık çeşitli mekanizmalar aracılığıyla birbirlerine çok yakından bağlıdır. Ruh sağlığının, fiziksel sağlığın korunması ve hastalıkların iyileşmesinde ya da fiziksel sağlığın, ruh sağlığının korunması ve iyileşmesinde ne kadar önemli olduğu pek çok kez doğrulanmıştır. Bir topluluğun sağlık durumunun değiştirilmesinde, ruh sağlığı anahtar konumundadır.

Çeşitli kanıt türleri, ruh sağlığının ve/veya belirleyicilerinin, sosyal ve fiziksel çevrede yapılacak planlı ya da plansız değişikliklerle geliştirilebileceğini göstermektedir. Bu konu ilerleyen sayfalarda ele alınacaktır. Yüksek ya da düşük gelirli ülkelerde uygulanan süreç ve sonuçlarının değerlendirilmesi, program geliştirilmesi ve müdahale politikaları için yeterli kanıtlar sunmaktadır. Ayrıca, herhangi bir ülkede sosyal, ekonomik ve çevresel değişikliklerin, ruh sağlığı üzerindeki etkilerinin izlenmesinin gerekli olduğunu da ortaya koymaktadır. Bu tür etkinlikler ruh sağlığının devam ettirilmesi ve geliştirilmesine yönelik zamana, ülkeye, bölgeye ve topluma özgü tasarlanacak daha ihtiyatlı müdahalelerin teşvik edilmesi için kanıt tabanını genişletmeye devam edecektir.

Bu yayın, tam raporda daha ayrıntılı olarak açıklanan ruh sağlığının güçlendirilmesi ile ilgili kavramların, kanıtların, politikaların ve uygulamaların bir özeti sunmaktadır.

Bölüm I: Kavramlar

Bu bölüm, sağlık, sağlığın güçlendirilmesi ve ruh sağlığı ile ilgili bir dizi kavramı ve bunların farklı kültürler, ülkeler ve alt gruplar tarafından kullanımlarını ele almaktadır. Amaç, sağlığın güçlendirilmesinde, ruh sağlığının yerini ve daha geniş anlamda ruh sağlığı alanında ruh sağlığını güçlendirmenin yerini tanımlamaktır. Bu kapsamda, 2. ve 3. bölümlerde ruh sağlığını güçlendirmenin etkinliğine dair kanıtlar ve politika ve uygulamalar hakkında çıkarımlar ele alınmaktadır.

Sağlık ve Sağlığın Güçlendirilmesi

“Yeni” halk sağlığı

Sağlığın güçlendirilmesi, genellikle “yeni” halk sağlığı olarak adlandırılan, hızla gelişen bir eylem alanıdır (Baum 1998). Genellikle ilk yapılan, “sağlık” kavramının dolaylı yoldan incelenmesidir, ancak “sağlık” teriminin kendisi de net değildir.

“Sağlık”, var olan ya da olmayan durumları ifade edebilir. Genellikle hastalık ya da sakatlığın olmaması şeklinde tanımlanmaktadır, fakat aynı zamanda sağlık, bir yeterlilik ve beceri durumuna ya da gerektiğinde başvurulabilecek kişisel kaynakların bir rezervine işaret edebilir (Naidoo ve Wills 2000). Farklı geçmişlere ve kültürlere sahip insanların sağlık kavramları birbirinden farklı olabilir. Sıradan insanların sağlığı anlayışları, genellikle kendi öznel yaşam koşullarını yansıtır. Sağlık bazen hastalığın olmayışıyla, bazen de özerklik veya zinde olma ile özdeşleştirilmektedir. Örneğin, yaşlılar sağlığı içsel güç ve yaşamın zorluklarıyla başa çıkma yeteneği olarak tanımlamaya eğilimliken; gençler, zindeliğin, enerjinin ve gücün önemine vurgu yaparlar. Rahat yaşam koşullarına sahip insanlar, sağlığı zevk alabilme bağlamında değerlendirirken, o kadar zengin olmayanlar, günlük hayatın temel ihtiyaçlarını karşılayabilme ile sağlığı birbirine bağlama eğilimindedirler.

Bununla birlikte, bütüncül bir sağlık teorisi oluşturmak için bazı girişimlerde bulunulmuştur (Seedhouse 1986, Tones ve Tilford 2001). DSÖ tarafından ileri sürülen bütüncül sağlık teorileri, çevresel ve bireysel faktörler de dahil olmak üzere geniş bir alanı kapsamaktadır. Burada net olan çıkarım, sağlığın güçlendirilmesinin hem birey hem de çevre üzerine odaklanması gerekliliğidir. Bu da uzmanlarca bireylere işlevlerinin yeniden kazandırılmasını odağa alan geleneksel tıp modelinden farklı olarak, daha geniş bir müdahale ve aktör yelpazesinin katılımını gerektirmektedir.

Sağlığın güçlendirilmesi, potansiyel olarak değiştirilebilir sağlık belirleyicilerinin ele alınarak eyleme geçilmesi ve aktif savunuculuk yapılması olarak tanımlanmıştır (WHO 1998). Sağlığın güçlendirilmesi ve korunması şüphesiz birbiriyle yakından ilgili ve örtüşen faaliyetlerdir. Sağlığın güçlendirilmesi sağlığın belirleyicileri ile ilgilenirken, sağlığın korunmasında daha çok hastalıkların sebeplerine odaklanılmaktadır. Bu nedenle sağlığın güçlendirilmesi, korunmasına yönelik özel önlemleri de kapsayacak şekilde bir şemsiye kavramı olarak kullanılmaktadır (Lehtinen, Riikonen ve Lahtinen 1997).

Sağlığın belirleyicileri

Sağlığın belirleyicileri bireyin veya toplumun sağlık durumunu iyileştirebilecek ya da tehdit edebilecek faktörleri içerir. Bunlar, sigara içilip içilmemesi gibi bireysel tercihler olabileceği gibi, bireylerin kontrolünün ötesindeki sosyal, ekonomik ve çevresel faktörler de olabilir. Örneğin bireysel düzlemde sosyal sınıf, cinsiyet, etnik köken, eğitime erişim, barınma kalitesi ve destekleyici ilişkilerin varlığı; topluluk düzeyinde ise sosyal ve sivil hayata katılım düzeyi, çalışma/iş imkanları, hava kalitesi ve yaşanan yerdeki mimari özellikler gibi.

Müdahale düzeyleri

Yerelden ulusal seviyeye kadar sağlığı geliştirmek için çeşitli düzeylerde müdahalelerin mümkün olduğunu gösteren çok sayıda kanıt mevcuttur (Benzeval ve ark. 1995). Bireylerin hiç ya da çok az kontrol sahibi olduğu faktörler için, Ottawa Sağlığın Güçlendirilmesi Sözleşmesi'nin de (WHO 1986) vurguladığı şekilde toplumun kolektif dikkati gereklidir. Sözleşme tarafından belirlenen beş eylem stratejisi, bugün hala dünyanın birçok bölgesinde sağlığın güçlendirilmesi için temel plan olarak kabul edilmektedir (bakınız kutu).

Ottawa Sağlığın Güçlendirilmesi Sözleşmesi (WHO 1986)

Eylem stratejileri

- ✓ Sağlıklı bir kamu politikası geliştirin
- ✓ Destekleyici ortamlar yaratın
- ✓ Toplumsal devinimi güçlendirin
- ✓ Kişisel yetenekleri geliştirin
- ✓ Sağlık hizmetlerini yeniden düzenleyin

Sağlıkta eşitsizlikler ve adaletsizlikler

Sağlık alanındaki eşitsizlikler, önceden belirtilenler de dahil olmak üzere geniş bir yelpazedeki sosyal faktörlerle ilgilidir. Eşitsizlikler, bir dereceye kadar genetikteki bireysel farklılıkların, sağlıkla ilgili davranışların, eğitim, çalışma ve oyun tercihlerinin

birer sonucu olarak da ortaya çıkmaktadır. Eşitsizliklerin toplumsal adaletsizliğin bir neticesi olduğu oranda, sadece eşitsizlik değil, aynı zamanda adaletsizlik de söz konusudur.

Yerelden ulusala tüm seviyelerde, sosyal ve ekonomik açıdan dezavantajlı insanların daha sağlıklı olmalarını sağlamaya yardımcı politikalar ve müdahale örnekleri bulunabilir (Benzeval ve ark. 1995; Black ve Mittelmark 1999). DSÖ'ye göre, sağlığın adil biçimde geliştirilmesi ve belirleyicilerinin iyileştirilmesi amacıyla sağlığı güçlendirici politikaların uygulanması yalnızca sağlık sektörü için değil, aynı zamanda ekonomik, çevre ve sosyal sektörler için de gereklidir (WHO 1998).

Sağlığı güçlendirmenin politik boyutu

Ne yapılması gerektiği hakkındaki tartışmalar, belli bir zamanda, belli bir yerdeki, belli bir durumun nüansları ile şekillenir. Örneğin, bir sağlık riskinin varlığı karşısında bir bilgilendirme kampanyasının mı, katı bir önerinin mi, yoksa zorla yükümlülük politikasının mı gerekli olduğu hangi koşullar altında belirlenir? Bilimsel kanıt hiçbir zaman tam olarak tatmin edici bir cevap veremez ve siyasi düşünceler, karar verme sürecine doğal olarak dahil olur. Sağlığın güçlendirilmesi politikaları, sosyal değişim için hem bireysel hem de toplumsal müdahalelerin desteklenmesini içerir.

Sağlığı güçlendirme uygulamaları

Farklı çevrelerde sağlığın güçlendirilmesi çalışmaları, işbirliği ve tekrar eden program planlama, uygulama ve değerlendirme döngülerine dayanan ortak özellikler sergiler. Etkili modeller (Tones ve Tilford 2001; Raeburn ve Rootman 1998), insanların kendi sağlıklarını yönetme ve işbirliği içinde çalışma kapasitelerini oluşturma hedefi üzerinde durmaktadır. Aslında sağlığın güçlendirilmesi uygulama modellerinin tümü şu konuları içermektedir:

1. Topluluğun ihtiyaçları, kaynakları, öncelikleri, tarihi ve yapısı hakkında toplulukla işbirliği içinde dikkatlice çalışılması: “birileri için yapmak” yerine “birileriyle birlikte yapmak”;
2. Bir eylem planının üzerinde uzlaşılması, kaynakların toplanması, uygulanması ve sürecin izlenmesi. Yeni veya değişen koşulların dayattığı taleplerin yanı sıra, uygulama üzerinde sürekli izleme ve etkilerin değerlendirilmesi ve planlanması için akışkanlığa ihtiyaç vardır; ve
3. En iyi uygulamaların değerlendirilmesinin ve yaygınlaştırılmasının kalitenin sürdürülmesine ve iyileştirilmesine dikkat edilecek şekilde vurgulanması.

Sağlığın güçlendirilmesi ile ilgili kanıtların niteliği

İhtiyatlı olmak ilkesi

Sağlığın güçlendirilmesi için kanıta dayalı bir yaklaşımın benimsenmesi kararı 1998 Dünya Sağlık Asamblesi (WHA51.12) tarafından kabul edilmiştir. Öte yandan, sağlığın güçlendirilmesinin etkinliğine ilişkin kanıt oluşturmak zor olabilir. Sağlığın

güçlendirilmesi nihayetinde sosyal bir eylemdir. Bu nedenle, kontrollü laboratuvar deneyleri gibi yöntemler etkinliğin kanıtını oluşturmak için genellikle uygun değildir. Bunun yerine, etkinlik hakkındaki fikir birliği, farklı araştırmacıların, farklı yerlerden ve farklı türlerden kanıtları bir araya getirerek yorumladıkları metodolojik üçgenlemelere dayanmaktadır. “İhtiyatlı olmak ilkesi”, tüm kanıtların kendine özgü zayıflıklara sahip olduğunu, kesin olarak hareket etmek için yeterli veriye hiçbir zaman sahip olamayacağımızı, ancak çoğu durumda harekete geçmemizi destekleyecek kadar kaliteli kanıtın var olduğu duruma karşılık gelmektedir.

Sağlığın güçlendirilmesinin etkinliğine ilişkin kanıtların çoğu toplum temelli araştırma sonuçlarından gelmektedir. Geleneksel, nicel ölçütleri tek kanıt olarak kabul edemeyiz. Niteliksel yöntemler neyin işe yarayıp, neyin yaramadığını daha iyi anlamamızı sağlayabilir. Bu “gerçek dünya” araştırmaları karmaşık bir yöntemle sahip olsa da güvenilir bilgi edinmemize çok yardımcı olabilir.

Son yıllarda sağlığın güçlendirilmesindeki büyük başarılar, tütün kontrolü ve kalp sağlığı da dahil olmak üzere çeşitli eylem alanlarında ortaya çıkmıştır. Finlandiya’da uygulanmış ve sonuçları değerlendirilmiş olan kalp sağlığı güçlendirme programı bunun iyi bir örneğidir (kutuya bakınız). Bazı durumlarda, bu çabalar uluslararası sözleşmeler ve işbirlikleri tarafından da desteklenmiştir (ör. Tütün Kontrolü Hakkında DSÖ Çerçeve Sözleşmesi – WHO 2003a; DSÖ Sağlıklı Şehirler projesi).

Sağlığın güçlendirilmesi vaka çalışması: Doğu Finlandiya’da kalp sağlığını güçlendirme

Kardiyovasküler hastalıkların (KVH) önlenmesinde bir araç olarak sağlığı güçlendirmenin potansiyeli, Doğu Finlandiya’daki Kuzey Karelya eyaletinde 25 yıldan fazla süren bir proje ile etkili bir şekilde gösterilmiştir. Uygulamanın sonucunda Kuzey Karelya’daki erkek nüfusu arasında sigara kullanımı büyük ölçüde azalmış ve beslenme alışkanlıkları değişmiştir. Diyet değişiklikleri, 1972 ile 1997 yılları arasındaki ortalama serum kolesterol düzeyinde %17’lik bir azalmaya yol açmıştır. Yüksek kan basıncı değerleri kontrol altına alınmış ve fiziksel aktivite artmıştır. Kadınlarda ise diyet alışkanlıkları, kolesterol ve tansiyon düzeylerinde benzer değişiklikler, sigara tüketiminde bir miktar artış gözlenmesine rağmen gerçekleşmiştir. 1995’e gelindiğinde, orta yaşlı (65 yaş altı) erkek nüfusun koroner kalp hastalığından yıllık ölüm oranı, program öncesi yıllarla (1967-71) kıyaslandığında %73 azalmıştır. Son yıllarda, Kuzey Karelya’daki erkek ve kadınlar arasında KVH ölüm oranlarındaki düşüş yılda yaklaşık %8 olarak gerçekleşmiştir. 1980’lerden bu yana benzer olumlu değişiklikler tüm Finlandiya’da gözlenmeye başlanmıştır. 1995 yılına kadar, Finlandiya’daki erkeklerde yıllık KVH nedeni ölüm oranı %65 azalmıştır. Aynı zamanda, akciğer kanseri mortalitesi de Kuzey Karelya’da %70’den fazla ve tüm Finlandiya’da ise yaklaşık %60 düşüş göstermiştir.

Kuzey Karelya ve benzeri deneyimler başarılı bir kalp sağlığını güçlendirme programı için aşağıdaki tavsiyelerin oluşturulmasına zemin hazırlamıştır (Puska 2002):

- Önleyici toplum sağlığı programları, genel programlar için geçerli planlama, uygulama ve değerlendirme süreçlerinin iyi belirlenmiş ilke ve kurallarına dikkat etmelidir.
- Önleyici toplum sağlığı programları, ara hedeflerin seçiminde uygun tıbbi/epidemiolojik çerçeve oluşumuna ve müdahale programlarının tasarlanmasında davranışsal/sosyal teorilerle uyuma özen göstermelidir.
- Topluluğun iyi anlaşılması için ("topluluğun tanısı"), çeşitli toplum örgütleriyle yakın işbirliği ve halkın tam katılımı şarttır.
- Toplumsal müdahale programları, iyi planlanmış medya ve iletişim mesajlarını, birinci basamak sağlık hizmetlerini, gönüllü kuruluşları, gıda endüstrisi ve süpermarketleri, çalışma alanlarını, okulları, yerel medyayı vb. içeren geniş kapsamlı toplum etkinlikleriyle birleştirmelidir.
- Toplumsal müdahale programları hem resmi karar vericilerin hem de resmi olmayan kanaat liderlerinin işbirliği ve desteğini alabilmek için çaba göstermelidir.
- Başarılı toplumsal müdahale programları, doğru bir teorik çatıyı özveri, sebat ve sıkı çalışma ile birleştirmelidir.
- Toplumsal müdahale programlarının ana vurgusu ve gücü, toplumdaki sosyal ve fiziksel koşulları, sağlık ve sağlıklı yaşam tarzlarına daha elverişli hale getirmek için değiştirme çabası olmalıdır.
- Temel toplumsal müdahale programı bir hedef topluluk için yararlı olabilir, ancak aynı zamanda bir ulusal örnek program olarak daha geniş bir etki de yaratabilir. Bunun için uygun değerlendirme yapılmalı ve sonuçlar yaygınlaştırılmalıdır.
- Ulusal çıkarımlar için program boyunca ulusal sağlık politikalarını yapan kişilerle yakın temas halinde çalışılmalıdır.

Kanıtın gücü

Sağlığın güçlendirilmesi ile ilgili kanıtların iki odak noktası vardır: kanıtların gücü ve bunun araştırma, uygulama ve politika geliştirme üzerindeki etkileri. Kanıtların gücü, yanlılığı en aza indirmek için yapılan çabaların geçerliği ve etkinliği gibi müdahalelerin ve ilgili metodolojik konuların tasarımından etkilenir. Bilimsel araştırmalarda kullanılan güçlü-kanıt tipolojisinin üç unsuru -yanlışlanabilirlik, öngörülebilirlik ve tekrarlanabilirlik- dört tür kanıt ortaya çıkarmıştır (Tang, Ehsani ve McQueen 2003):

A Tipi: Neyin işe yaradığı biliniyor, nasıl çalıştığı biliniyor ve tekrarlanabilirlik evrensel.

B Tipi: Neyin işe yaradığı biliniyor, nasıl çalıştığı biliniyor ancak tekrarlanabilirlik sınırlı.

C Tipi: Neyin işe yaradığı biliniyor, tekrarlanabilirlik evrensel, fakat nasıl çalıştığı bilinmemekte.

D Tipi: Neyin işe yaradığı biliniyor, nasıl çalıştığı bilinmemekte ve tekrarlanabilirlik sınırlı.

Sağlığın güçlendirilmesi araştırmaları, çok sayıda kültürel, sosyal, ekonomik ve politik faktörün etkileşimde olduğu bir ortamda yapılmaktadır. A tipi kanıt üretilebilmek çözümü güç karmaşıklıklar içermektedir. Bu nedenle sağlığın güçlendirilmesi araştırmaları daha çok B tipi kanıtlara ulaşmak için çaba gösterir ve bunun uygulama açısından önemli sonuçları vardır. Sağlığın güçlendirilmesine yönelik bir müdahalenin etkinliğinin önceden garanti edilmesi mümkün değildir, bu nedenle değerlendirme araştırmalarının, sağlığın güçlendirilmesi uygulaması ile birleştirilmesi gerekmektedir.

Pozitif Ruh Sağlığı

Ruh sağlığının güçlendirilmesine ilişkin kanıtlar, ruh sağlığının nasıl tanımlandığı, ölçüldüğü ve kaydedildiğine bağlıdır. Son 30 yılda yapılan araştırmalar “ruh sağlığı” teriminin ne anlama geldiğini anlamaya katkıda bulunmuş olsa da erişilebilir kanıtların çoğunun İngilizce dilinde kaydedildiği ve gelişmiş ülkelerde elde edildiği gerçeğiyle kısıtlanmıştır. Ruh sağlığı mutluluk hissi gibi pozitif bir duygu (afekt), özsaygı ve yeterliliğin psikolojik kaynaklarını içeren bir kişilik özelliği, olumsuzluklarla baş etme kapasitesine karşılık gelen psikolojik dayanıklılık gibi farklı şekillerde kavramsallaştırılmıştır. Ruh sağlığının çeşitli yönleri ve modelleri pozitif ruh sağlığının ne anlama geldiğini anlamamıza katkıda bulunur. Aşağıdaki kutuda bir dizi özellik açıklanmıştır.

Pozitif ruh sağlığı kavramı hakkında bazı görüşler

Kültürel bağlam

Jahoda (1958), 1947'deki DSÖ bildirgesinde, “sağlığın sadece hastalığın yokluğu değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olduğunu ve ruh sağlığının üç alana ayrıldığını belirtmiştir. Birincisi, ruh sağlığı bireylerin potansiyellerini tam olarak kullanmalarına olanak sağlayarak kendini gerçekleştirmeyi içerir. İkincisi, ruh sağlığı bireylerin çevreleri üzerinde bir yeterlik duygusunu içerir ve son olarak pozitif ruh sağlığı, bireylerin problemleri tanımlayabilme, yüzleşebilme ve çözebilme yetilerini içeren özerklik sahibi olmaları anlamına gelir. HB Murphy (1978) ve bazı diğer araştırmacılar, bu fikirlerin Kuzey Amerikalıların önemli gördüğü kültürel değerlerle dolu olduğunu iddia ettiler. Ruh sağlığının tanımı, içinde yaşanan kültür tarafından açıkça etkilenir. Ruh sağlığı çevre, kültür, sosyoekonomik ve politik etkenlere bağlı olarak farklı anlamlara sahiptir.

Kişilik tipleri

Leighton ve Murphy (1987) çeşitli kişilik tiplerini ve baş etme stratejilerini tanımlamışlardır. Sağlıklı insanların da bazıları nispeten zararlı olabilen ve zorlanıldığında bireyleri ruhsal hastalık riskine sokabilecek, farklı baş etme stratejilerine sahip olduklarını öngörmüşlerdir.

Duygusal boyut

Pozitif ruh sağlığı, öznel bir iyilik hali olarak kavramsallaştırılabilir. Bradburn (1965) ruhsal iyilik halinin pozitif ve negatif yönlerini değerlendirmek için bir ölçek geliştirmiştir. Yapılan çalışmalar öznel iyilik halinin çevre üzerindeki etkisinin, çevrenin uyguladığı etkiden daha fazla olduğunu göstermiştir.

Salutojenik yaklaşım

Antonovski, ruhsal bozukluktan ziyade başa çıkmayı önceleyen “salutojenik” yaklaşımı ve risk faktörlerinden ziyade “sağlıklı (salutary)” faktörlere odaklanmayı önermiştir. Stres yaşantısının pozitif, nötr veya negatif sonuçlara sahip olduğunu vurgulamıştır. Tutarlılık hissi, stres yaratan durumlara esnek bir şekilde tepki verebilme kapasitesini içerdiğinden, pozitif ruh sağlığı için hayati öneme sahiptir. İyimserlik, ruhsal sağlık için temel bilişlerden birisidir ve iyimserlerin, gerçeğin kabullenme ve kişisel gelişime güvenme gibi daha iyi başa çıkma mekanizmalarına sahip oldukları bulunmuştur (Scheier ve Carver 1992).

Psikolojik dayanıklılık

Sıkıntılarla başa çıkma ve stres karşısında ruh sağlığının bozulmasını önleme kapasitesi, bireyler arasında muazzam farklılıklar göstermektedir. Strese verilen tüm cevaplar patolojik değildir ve başa çıkma mekanizmaları olarak da hizmet edebilirler. Çok sayıda araştırmacı, sağlıklı savunma ve başa çıkma mekanizmaları üzerinde çalışmıştır. Rutter (1985), psikolojik dayanıklılığı çevre ve kişinin bireysel yapısının karşılıklı etkileşimi ile ortaya çıkan bir kavram olarak ifade etmiştir. Koruyucu etkenler, bir kişinin çevresel tehditlere verdiği tepkileri değiştirebilir, böylece sonuç her zaman zarar verici olmaz ve sadece stresle karşılaşıldığında görünür olur.

Psikanalitik yaklaşım

Psikanalitik yaklaşım, pozitif ruh sağlığının ölçütlerini kişinin duygusal, entelektüel ve cinsel alanlardaki edimleri için içsel enerjisini kullanma kapasitesi olarak önermektedir.

Yaşam kalitesi yaklaşımı

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Hedefleri, beklentileri, standartları ve kaygılarını da içeren ilgi alanları ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi” olarak tanımlanmaktadır (WHOQOL Group 1995). Bu tanım, kişinin sosyal, çevresel, ruhsal, manevi ve sağlık durumu ile ilgili memnuniyetini kapsayan geniş ölçekli bir iyilik halini yansıtmaktadır. Yaşam kalitesi kavramı, ruh sağlığı da dahil olmak üzere genel olarak sağlığı, baş etme, dayanıklılık, doyum ve özerkliğin pozitif yönlerinin yanında negatif yönlerini de kapsayacak şekilde tanımlanmaktadır.

Ruh Sağlığının İçsel Değeri

Ruh sağlığı, insan hayatının tüm yönlerine katkıda bulunur. Birey, toplum ve kültür için hem maddi hem de maddi olmayan veya içsel değerlere sahiptir. Ruh sağlığı, bir toplumun ve üyelerinin refahı ve verimliliği ile karşılıklı bir ilişkiye sahiptir. Farklı şekillerde değerlendirilebilir:

- Ruh sağlığı, bireylerin iyilik hali ve işlevselliği için gereklidir
- Ruh sağlığının iyi olması bireyler, aileler, topluluklar ve uluslar için önemli bir kaynaktır.
- Ruh sağlığı, genel sağlığın bölünmez bir parçası olarak, toplumsal işleyişe katkıda bulunur ve genel verimlilik üzerinde belirgin bir etkisi vardır.
- Ruh sağlığı günlük hayatımızda yani evlerde, okullarda, işyerlerinde ve boş zaman aktivitelerinde olup bitenle ilişkili olduğu ölçüde herkesi ilgilendirir.
- Pozitif ruh sağlığı, her toplumun sosyal, beşeri ve ekonomik sermayesine katkıda bulunur.
- Maneviyat, ruh sağlığının güçlendirilmesine önemli bir katkı sağlayabilir ve manevi yaşantı ruh sağlığını etkileyebilme potansiyeline sahiptir. (Bkz. Underwood-Gordon 1999).

Ruh sağlığı bireysel bir kaynak olarak kabul edilebilir, bireyin yaşam kalitesine katkıda bulunabilir ve toplumun eylemleri tarafından artırılabilir veya azaltılabilir. Ruhsal iyilik halinin önemli bir yönü de karşılıklı tatmin ve ilişkileri sürdürürebilme kapasitesidir. Toplumsal kaynaşmanın, toplumların ekonomik olarak gelişmesi için kritik öneme sahip olduğuna dair artan kanıtlar vardır ve bu ilişki karşılıklı gibi görünmektedir.

Kültür ve Ruh Sağlığı

Daha önce de belirtildiği gibi, ruh sağlığı kavramına dahil evrensel olarak kabul edilen niteliklerin ifadeleri bireysel, kültürel ve bağlamsal olarak farklılaşmaktadır. Ruh sağlığının güçlendirilmesi için öncelikle o topluluğun ruh sağlığını nasıl kavradığının anlaşılması gerekir. Geniş tabanlı doğası nedeniyle ruh sağlığı, sadece ruh sağlığı profesyonellerinin faaliyet gösterdiği ve değerlendirdiği bir alan değildir.

Her kültür, insanların ruhsal sağlığı ve ilişkili kavramları anlama biçimlerini etkiler. Farklı kültürel değerlere karşı anlayış ve duyarlılıkla yaklaşmak, olası müdahalelerin başarısını da artıracaktır. Apartheid dönemi Güney Afrika'da bir Xhosa annesi ağlayan oğlunu sakinleştirmemesinin sebebini, gelecekte oğlunun ülkeyi terk edebilmesi ya da silahlı mücadeleye katılabilmesi için yeterince güçlü olmasını sağlayabilmek olarak açıklaması buna örnek olarak verilebilir. Angola'daki savaş genç askerlerin psikososyal gelişimini ve eğitimlerini sekteye uğratmıştır (Lavikainen, Lahtinen & Lehtinen 2000; Mendes 2003). Duygularını farklı şekillerde ifade eden ve başkalarıyla ilişki kurmakta zorlanan bu askerlerin, barış zamanında topluma uyum

sağlamalarına yardımcı olmak için bazı özel yaklaşımlar geliştirilmesi gerekmiştir. Stigma, HIV / AIDS'den etkilenen insanlar için önemli bir sorundur. Bu hastalarda ruh sağlığının anlaşılmasına yönelik çabalar, ilgili müdahale programlarının geliştirilmesine de büyük katkılar sunmuştur.

Öte yandan, kültürü homojen olarak gören ve bireysel farklılıkları yok sayan aşırı kültürel özgeci yaklaşımların ruh sağlığının değerlendirilmesi ve iyileştirilmesinde işlevsiz olduğunu da özellikle vurgulamak gerekir. Günümüzde, çoğu kültür birbiriyle örtüşen, heterojen bir yapıdadır. Toplulukların inanç ve eylemleri politik, ekonomik ve sosyal bağlamlarında anlaşılmalıdır; kültür bu süreçte dikkate alınması gereken çeşitli faktörlerden birisidir (Tomlinson 2001).

Sosyal Sermaye ve Ruh Sağlığı

Bir yandan, milyonlarca doları hastalık odaklı bireysel müdahalelerin geliştirilmesi için harcarken, öte yandan günlük deneyimlerimizin bize ne anlattığını, yani toplumumuzu nasıl örgütlediğimizi, bireyler arasındaki karşılıklı etkileşimi ne ölçüde teşvik ettiğimizi ve birbirimize duyduğumuz güven ve ilginin derecesi gibi sağlığımızın en önemli belirleyicilerini büyük oranda görmezden geliyoruz (Lomas 1998 s. 1181).

Son yıllarda toplumsal bütünlük ve sağlığın güçlendirilmesine ilişkin anlayışımızda yaşanan Rönesansla birlikte “sosyal sermaye” kavramı öne çıkmıştır. Bireyselleştirilmiş olan araştırma hatları, bu süreçte sağlığın özellikle de ruh sağlığının sosyal belirleyicileri açısından yeniden düzenlenmiştir (Anthony basımda). “Sosyal sermaye”, bireysel üretkenliğin (“fiziki sermaye” ve “insan sermayesi”) geliştirilmesini odağa alan yöntem ve eğilimlerin ötesinde, karşılıklı yarar için eşgüdümü ve işbirliğini kolaylaştıran toplumsal ilişkiler ağını, normları ve güven gibi sosyal organizasyonun çeşitli özelliklerini kapsamaktadır (Putnam 1995). Ekonomik ve sosyal çevre de sosyal sermayeyi etkilemektedir.

Sosyal sermaye, bireysel bir kavrayış ya da beceri değildir. Bireysel düzeye indirgmeden tanımlanması ve ölçülmesinde zorluklar mevcuttur. Potansiyel tehlike, topluluk üyesi olmayanların ve azınlık gruplarının dışlanması ve topluluk üyelerinin ise aşırı vurgulanmasıdır. Ancak, sosyal sermayenin kolektif eylemi kolaylaştırdığı ve diğer sermaye biçimlerini tamamlayarak toplumsal ve ekonomik büyümeyi, gelişmeyi destekleyebileceği konusunda giderek artan bir fikir birliği bulunmaktadır.

Son yirmi yıldaki araştırmalar, sosyal sermaye ile ekonomik kalkınma, beşeri hizmetlerin etkinliği ve toplumsal gelişim arasındaki bağlantıları ortaya koymuştur. Yüksek sosyal sermayenin insanları sosyal izolasyondan koruduğu, toplumsal güvenliği arttırdığı, suç düzeyini düşürdüğü, eğitim ve öğretimi geliştirdiği, toplumsal yaşamı güçlendirdiği ve iş verimliliğini iyileştirdiği sosyal bilimciler tarafından yapılan

çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Woolcock 1998). Bu doğrultuda sosyal sermaye ve ruh sağlığı arasındaki ilişki de incelenmeye başlanmıştır (Kawachi & Berkman 2001; McKenzie, Whitley & Weich 2002; Sartorius 2003). Sosyal sermaye ile sağlık ve ruh sağlığı arasındaki ilişki ve ruh sağlığını güçlendirmenin sosyal sermayeyi geliştirme potansiyeli bu alandaki güncel araştırma ve tartışmaların odak konularıdır.

Toplum sağlığının ölçütleri veya risk faktörleri genellikle toplumdaki bireysel özelliklerin genel toplamı olarak kabul edilir. Çoğunlukla bir (veya daha fazla) çevresel faktör ile bireysel sağlık arasındaki ikili ilişkiler dikkate alınır (Marmot 1998). Sosyal sermayenin gücü ise, çevreyi çevresel, sosyal faktörler ve topluluklar arasındaki karşılıklı etkileşimin sonucu olarak farklı bir şekilde anlama potansiyeline dayanmaktadır. Bireylerin çevreyle etkileşim örüntüsüne dair bu bakış açısı, toplum sağlığı ile ilişkili bir dizi sonucu bireysel sağlık çıktılarının bir toplamı olarak görmenin ötesinde açıklayabilme gücüne sahiptir (Anthony basımda).

Sağlık ve toplum arasındaki bağlantının altında yatan mekanizmaların (Gillies 1999; Henderson & Whiteford 2003) ve sosyal sermaye ile ruh sağlığı arasındaki ilişkinin anlaşılabilmesi için yapılması gereken çok iş vardır. Bu iki değişken arasındaki ilişkinin çok yönlü mü olduğu, nedenselliğin olup olmadığı veya sadece bir korelasyon ilişkisi mi olduğu net değildir (Lochner, Kawachi ve Kennedy 1999). Bununla birlikte sosyal ağlar, toplumsal dayanışmanın güçlendirilmesinde, informal bakım vermede, yaşamın gündelik krizlerinden korunmada, sağlık eğitiminin ve sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesinde ve halk sağlığı üzerinde etkili olan toplumsal normların geliştirilmesi veya değiştirilmesinde (örn. sigara, sağlığın korunması ve cinsel uygulamalar) önemli rol oynarlar (Baum 1999; Kawachi, Kennedy & Glass 1999).

Sosyal dayanışma, intihar ve antisosyal davranış arasındaki bağlantılar

Anti-sosyal davranışlar ve intihar davranışlarındaki çeşitlilik, sosyal dayanışmanın gücü veya yokluğu ile ilişkilidir (OECD 2001). Toplumsal denetimin zayıflığının ve yerel toplumsal örgütlenmedeki bozulmanın intihar (Durkheim 1897) ve suç (Shaw & McKay 1942) oranlarının artmasına neden olduğu uzun zamandır bilinmektedir.

Ruh Sağlığı ve İnsan Hakları

Politik, ekonomik, sosyal, kültürel ve temel yurttaşlık haklarına saygı gösteren ve koruyan bir ortam ruh sağlığının güçlendirilmesi için vazgeçilmezdir. Bu haklar tarafından sağlanan güvenlik ve özgürlük olmadan, ruhsal iyilik halinin sağlanması ve sürdürülmesi çok zordur (Gostin 2001).

Ruh sağlığının altta yatan belirleyicilerinin tespit edilmesi ve ele alınması için insan hakları perspektifi verimli bir araç sunmaktadır. Birleşmiş Milletler'in (BM) insan hakları mekanizmasını oluşturan araçlar, ruh sağlığı politikalarının, yasalarının ve programlarının tasarlanması, uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesinde ülkelere rehberlik edebilecek evrensel olarak kabul edilen değerler ve ilkeleri bir araya getirmektedir. Hükümetler tarafından onaylanan yasal normlar ve ölçütler, ruh sağlığı için sorumluluk alınmasını sağlar ve bu sayede ruh sağlığının güçlendirilmesi konusunda hükümetlerin hangi performanslarının değerlendirileceği konusunda yararlı bir standart sunar.

İnsan hakları, hükümetlere yasal yükümlülükler vererek, bireyleri ve toplulukları güçlendirir. Toplumdaki güç dağılımı ve yetki kullanımında eşitliğin sağlanmasına yardımcı olmak suretiyle yoksulların güçsüzlüğünü azaltabilir (WHO 2002b). Uluslararası insan hakları çerçevesinin ayrılmaz unsurları olan ayrımcılığın olmaması ve eşitlik ilkeleri, incinebilir gruplara özel dikkat gösterilmesini gerektirmektedir. Ayrıca, insan hakları beyannamesi ve diğer BM araçlarında belirtilen karar alma süreçlerine katılım hakkı, marjinal grupların kendilerini ilgilendiren sağlık konuları ve stratejiler hakkında söz sahibi olmalarına ve çıkarlarına uygun değerlendirmeler yapıp, harekete geçilmesine yardımcı olabilir.

Ruh sağlığını güçlendirme sadece sağlık bakanlıklarının alanı değildir. Çok çeşitli sektörlerin, aktörlerin ve paydaşların katılımını gerektirir. İnsan hakları sivil, kültürel, ekonomik, politik ve sosyal boyutları kapsamakta ve böylece geniş bir yelpazede yer alan ruh sağlığı belirleyicilerinin ele alınmasında sektörler arası bir çerçeve sunmaktadır.

Eylem İçin Kavramsal Bir Çerçeve

Avustralya'daki Victoria Sağlığı Geliştirme Vakfı (VicHealth), ruh sağlığını güçlendirme çabalarına rehberlik edecek bir eylem çerçevesi geliştirmiştir (bkz. Şekil 1). Bu çerçevenin merkezinde ruh sağlığının belirleyicilerinden üçü (toplumsal kapsayıcılık, ayrımcılık ve şiddetin olmaması ve ekonomik katılım), eyleme geçmede önceliği olan toplumsal grupların, alanların ve ortamlarının belirlenmesi ve beklenen faydaların tanımlanması yer almaktadır.

Ruhsal hastalıklar tüm toplumsal katmanlarda görülürken, göreceli olarak sosyal ve ekonomik açıdan dezavantajlı insanlar arasında daha yaygındır (Desjarlais ve ark. 1995). Sağlıktaki adaletsizliklerin azaltılması hedefi, VicHealth'in sağlığın güçlendirilmesi çerçevesine entegre edilmiştir. VicHealth'in görüşüne göre, bunun başarılı olması için yapılması gerekenler:

- Ruh sağlığının sosyal ve ekonomik belirleyicilerine odaklanmak;
- Toplumda ve toplumun alt katmanlarında sağlığın güçlendirilmesinde faydalı olan tüm yöntemleri dahil etmek; ve
- Farklı sektörler ve ortamlarda işe yarayan yöntemleri kullanmak.

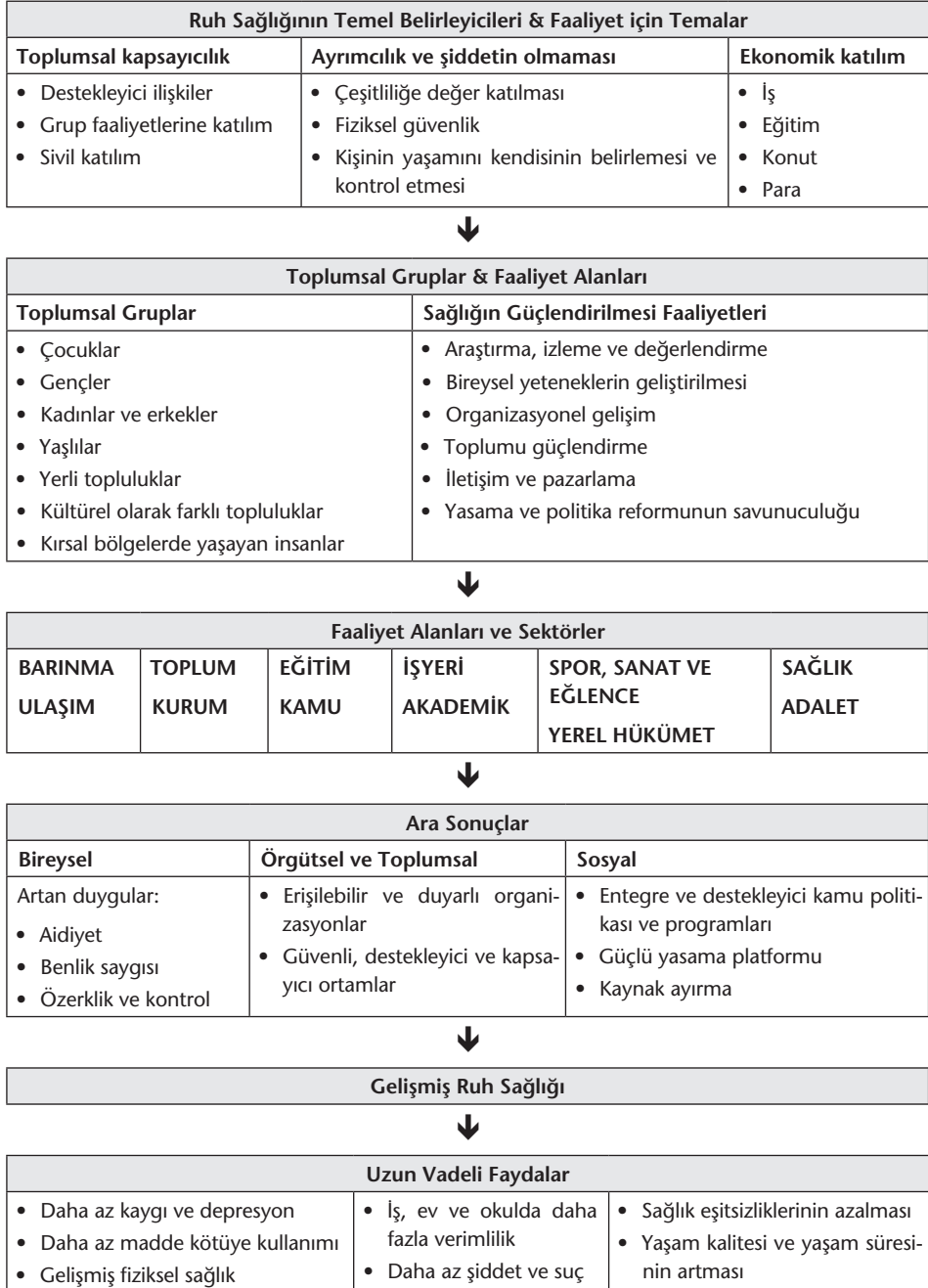
Sosyal ve ekonomik faktörler ile ruh sağlığı arasındaki ilişki nedeniyle, ruh sağlığını ve iyilik halini güçlendirmenin başarısı, ancak tüm toplumun katılımı ve desteğiyle ve kamu, özel ve sivil toplum sektörlerini içeren bir dizi kurumlar arasında ortaklıkların geliştirilmesiyle mümkün olabilir ve sürdürülebilir.

Sektörler arası katılımı sağlamak için, sektörler arası sinerji kurulmalı ve hastalık karşısında sağlığa odaklanan ortak bir dil geliştirilmelidir. Kaynakların kıtlığı ve ruhsal bozuklukların yönetimi ve azaltılması için gereken küresel çaba göz önüne alındığında, tedavi edici sağlık sektörü ile kaynaklar konusunda rekabet algısının önlenmesinin de ayrıca önemli olduğu dikkate alınmalıdır.

Hükümet politikaları ile araştırma ve uygulama çoğunlukla birbiriyle pek de ilgisi olmayan sistemlerde veya kuruluşlarda gerçekleşir. Toplum düzeyinde etkili bir ruh sağlığı güçlendirme faaliyeti geliştirmek için, bu “silolar” arasındaki entegrasyon mekanizmalarının geliştirilmesi gerekmektedir. Uzun vadeli ve entegre planlama, uygulama ve yatırım kritik önemdedir. Değerlendirmenin yapılacağı ve ilerlemenin yavaş olacağı önceden bilinmelidir. Uzun vadeli kazanımlar, genellikle kısa vadede sonuç almak isteyen hükümetler açısından hiçbir zaman cazip değildir, bu nedenle politik söylemi yönetmenin etkili yolları geliştirilmelidir.

Sağlığın güçlendirilmesi, güncel ilgi alanlarından birisi iken, ruh sağlığının güçlendirilmesi oldukça yeni bir faaliyet alanıdır. Sağlığın güçlendirilmesi retoriği, sağlığın yapısal belirleyicilerini değiştirmek için çok sayıda farklı yöntemlerin kullanımını içermekle birlikte, sağlık ve diğer sektörlerde gerekli olan kavramsal ve pratik becerilere sahip işgücünün oluşumunda çeşitli zorluklar mevcuttur. Bunun yanında, sağlık ve sosyo-politik alanlarda çalışan akademisyenler arasında disiplinler arası işbirliğinin geliştirilmesi de önemlidir. Bu durum, rekabetçi akademik ortamda ideolojik ve kültürel bir değişimi gerektirmektedir. Son olarak, sektörler ve disiplinler arasındaki rekabet ilerlemeyi engelleyebilir. Uluslararası işbirliği imkanlarının geliştirilmesi, ruh sağlığının güçlendirilmesi faaliyetlerinin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmesini sağlamak için esastır ve ortak akıl ve uzmanlığın getirdiği tecrübe tarafından desteklenmelidir.

Şekil 1: VicHealth'in ruh sağlığının ve iyilik halinin güçlendirilmesi için oluşturduğu çerçeve



Bölüm 2: Kanıtlar

Sağlığın etkin biçimde güçlendirilmesi, sağlığın belirleyicilerinde de değişikliklere yol açar (Nutbeam 2000, s. 3).

Sağlığın Güçlendirilmesinde Amaçlar ve Eylemler

Ruh sağlığı ve hastalıklarını belirleyen kişisel, sosyal ve çevresel faktörler kavramsal olarak üç tema etrafında kümelenebilir (HEA 1997; Lehtinen, Riikonen ve Lahtinen 1997; Lahtinen ve ark. 1999):

(1) Sağlıklı toplumların geliştirilmesi ve sürdürülmesi

Güvenli ve emin bir ortam, iyi barınma ve çalışma koşulları, olumlu eğitim deneyimleri, istihdam ve destekleyici bir politik altyapı çatışma ve şiddeti en aza indirir, kişinin kendi hayatını tayin ve kontrol etmesine imkan sunar ve toplumsal onay, sosyal destek, olumlu rol modellerin varlığı ve beslenme, ısınma, barınma gibi temel ihtiyaçların teminini sağlar.

(2) Her bireyin katılımcılık, farklılıklara hoşgörülü olma ve karşılıklı sorumluluk gibi becerilerle sosyal dünyaya dahil olması

Bu erken bağlanma, bağlılık, ilişki kurma, iletişim ve kabul görme duygularındaki olumlu deneyimlerle ilgilidir.

(3) Her bireyin düşünce ve duygularıyla baş edebilme, hayatını yönetebilme ve duygusal dayanıklılık yetileri

Bu fiziksel sağlık, benlik saygısı, çatışmayı yönetebilme ve öğrenme yetisi ile ilişkilidir.

Belirtilen bireysel, sosyal ve çevresel niteliklerin teşvik edilerek, karşıtlarından kaçınılması, ruh sağlığını güçlendirmenin hedefleridir. Her ulus veya toplumdaki temel sorunlar ve potansiyel kazanımlar hakkında yerel görüşler ile ruh sağlığının sosyal ve kişisel belirleyicileri hakkındaki kanıtlar ruh sağlığının güçlendirilmesi faaliyetlerini şekillendirecektir. Daha önce de belirtildiği gibi, sağlığın güçlendirilmesi ile hastalıklardan korunma zorunlu olarak birbiriyle ilişkili ve örtüşen faaliyetlerdir: Birincisi sağlığın belirleyicileri ile ilgili iken ikincisi hastalığın nedenlerine odaklanır. Ruhsal

bozukluklardan korunmak için elde edilen kanıtlar (Hosman & Jané-Llopis basımında), aynı zamanda ruh sağlığının güçlendirilmesi için de geçerlidir. Ancak, bunun ötesinde, ruh sağlığının güçlendirilmesinin etkinliğine yönelik kanıtlar, farklı ülkelerde ve ortamlardaki deneyimlerin çeşitli şekillerde değerlendirilmesi yoluyla çoğalmaktadır. İhtiyatlılık ilkesi (bkz. S. 18), mutlak bir kesinlik için asla yeterli bilgiye sahip olamayacağımızı tanımlamış olsa bile, bu alanda artan kanıtlar müdahalelerin geliştirilmesi konusunda özgüvenin güçlenmesine katkıda bulunmaktadır.

Ruh sağlığının güçlendirilmesi faaliyetleri temel olarak sosyo-politiktir: işsizliğin azaltılması, okulların ve barınma olanaklarının iyileştirilmesi, damgalamanın ve çeşitli sınıflara yönelik ayrımcılığının azaltılması ve kafa yaralanmasından kaçınmak için emniyet kemeri takılması gerekliliğinde olduğu gibi özgün önleme girişimlerini içermektedir. Anahtar unsurlar politikacılar, eğitimciler ve sivil toplum kuruluşlarının üyeleridir. Ruh sağlığı uzmanlarının işi onlara bu kilit değişkenlerin önemine dair kanıtları hatırlatmaktır (Goldberg 1998). Sağlık uygulayıcıları hastalığın önlenmesinde, temel sağlık hizmetleri ve diğer sağlık alanlarında programların tasarlanmasında, uygulanmasında ve sağlık politikalarının geliştirilmesinde daha doğrudan rol oynayabilirler.

Sağlığın güçlendirilmesi ve hastalıklardan korunmaya yönelik kombine bir yaklaşım (Mrazek ve Haggerty 1994; Eaton ve Harrison 1996), yapılacak müdahaleleri, çeşitli gruplarda hastalık riski düzeylerine (ya da sağlığın iyileştirilmesi kapsamına) göre sınıflandırır ve ne tür bir kolektif eylemin gerekli olduğunu netleştirir: *evrensel* (tüm nüfusa yönelik; örneğin doğum öncesi bakımın iyileştirilmesi), *seçilmiş* (nüfus içinde ortalamanın üzerinde riske sahip alt grupların hedeflenmesi; örneğin genç, yoksul, ilk kez hamile olan anneler için aile desteği) veya *tanımlanmış* (minimal ancak saptanabilir semptomları olan yüksek riskli bireylerin hedeflenmesi; örneğin depresyon ve demans semptomları için tarama ve erken tedavi). Bu alanda kanıtların toplanmasını şunlar etkilemektedir: (1) doğrudan nedensellik içeren kanıtlar sağlık veya hastalık için en güçlü etkilere sahiptir; (2) çoğu sağlık durumunun zaman içinde etkileşen birden fazla nedeni vardır (Desjarlais ve ark. 1995); ve (3) aile ortamı veya çocuk istismarı, ihmali gibi önemli faktörler, hem fiziksel ve ruhsal sağlık düzeyini hem de sonraki yaşamda çeşitli hastalıkların görülme riskini etkileyecektir. Muhtelif yaşam olayları ve koşullar olumlu veya olumsuz etkileşimlere girerek, sağlık, dayanıklılık veya hastalıkların gelişmesine katkıda bulunacaktır.

Ruh sağlığının güçlendirilebilmesi için barış, sosyal adalet, uygun barınma koşulları, eğitim ve istihdamın gerekli olduğu görülmektedir. Sektörler arası eylem gereksinimi bazen çok kapsamlı olabilir (Kreitman 1990). Ölçülebilir sonuçlara sahip, özgün, kanıta dayalı öneriler gereklidir. Bununla birlikte, hastalığı, üretkenlikteki veya yaşam kalitesindeki uzun vadeli değişiklikleri göstermek için bireysel sağlığı güçlendirme projelerine başvurmak genellikle gerçekçi olmamaktadır ve de gereksizdir. Bunun yerine önerilen, ruh sağlığını, kritik belirleyicileri ile ilişkilendiren

kanıtlar (etiyojik araştırmalar) ve aynı belirleyici veya aracı değişkenlerdeki değişiklikleri göstermek için programların tasarlanması ve değerlendirmelerin bir araya getirilmesidir. Program ve politikalar ekonomik katılım göstergelerinde, ayrımcılık düzeylerinde veya sosyal bağlanmışlıkta değişiklikler geliştirme amacıyla olabilirler. Bu değişikliklerin ruh sağlığına yararlarının belirlenmesi ve belgelenmesi ve bu belirleyicilerin göstergelerinin geliştirilmesi daha fazla desteğe ihtiyaç duyan tamamlayıcı çalışma alanlarıdır. Ruh sağlığının güçlendirilmesinin bir kanıt temeli vardır, ancak etiyojik araştırmaların uygulanan program ve politikaların değerlendirilebilmesi için desteklenmesi gerekmektedir.

Özet Rapor'un bu bölümü, çeşitli ortamlarda ve gruplarda ruh sağlığının güçlendirilmesi için kanıtların niteliğini, toplanmasını, değerlendirilmesini ve kullanılmasını içermektedir. Daha fazla kanıt elde etmenin yolları üzerinde durarak da sonlanmaktadır.

Ruh Sağlığının Güçlendirilmesinde Kanıt ve Kanıt Kullanımı

Araştırmayı uygulama ve politikayla ilişkilendirme

Son yıllarda ruh sağlığının güçlendirilmesi için sağlam bir kanıt temeli oluşturulmasında önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Ruh sağlığı için bilinen risk faktörleri ve koruyucu faktör kümeleri üzerinde fikir birliği bulunmaktadır ve müdahalelerin tanımlanmış risk faktörlerini azaltabileceğine ve bilinen koruyucu faktörleri arttırabileceğine dair kanıtlar mevcuttur (Mrazek ve Haggerty 1994). Avrupa Komisyonu için hazırlanan Uluslararası Sağlık Geliştirme ve Eğitim Birliği (International Union for Health Promotion and Education- IUHPE) raporunda, ruh sağlığını güçlendirme programlarının işlediği ve uygulamaya yönelik bir dizi kanıta dayalı programın bulunduğu bildirilmektedir (IUHPE 2000). Biriken kanıtlar, çeşitli gruplar ve ortamlarda etkili ruh sağlığı güçlendirme programlarının uygulanmasını mümkün olduğunu göstermektedir (Basında Hosman & Jané-Llopis'e bakınız).

Önemli bir zorluk, uygulama ve politikalar hakkında bilgilendirme için kanıt tabanının güçlendirilmesidir. Araştırmacıların kanıtların kalitesi, metodolojik zorlukları ve bilgiye olan katkısı üzerine kısmen endişeleri olsa da alandaki farklı paydaşlar, ihtiyaç duyulan kanıt türlerine ilişkin başka perspektifler geliştirebilirler. Nutbeam'in (2000) açıkladığı gibi, politika yapımcıların, kaynakların tahsis edilmesini meşrulaştırma ve katma değeri gösterme gereği ile ilgilenmeye; uygulayıcıların, müdahalelerin uygulanmasının muhtemel başarisına dair güven duymaya ve yararlanan insanların ise hem programın hem de uygulama sürecinin katılımcı ve ihtiyaçları ile ilişkili olduğunu görmeye ihtiyaçları vardır. Diğer bir önemli görev, özellikle dezavantajlı gruplar ve düşük gelirli ölkelerde mevcut kanıtların sahada, iyi uygulamalarda kullanımının teşvik edilmesidir. Bu, farklı kültürel bağamlarda ve ortamlarda etkili,

uygulanabilir ve sürdürülebilir programların tanımlanmasını gerektirir. Bu nedenle zorluk iki yönlüdür: araştırma kanıtlarını etkili uygulamalara dönüştürmek ve henüz belgelenmemiş kanıtlar literatüre girebilsin diye etkili uygulamaları da araştırmaya dönüştürmek.

Pozitif ruh sağlığına geçiş

Ruh sağlığını güçlendirme, ruh sağlığını olumsuz terimlerden ziyade olumlu olarak yeniden kavramsallaştırır. İyi halinin olumlu göstergelerine odaklanan bu dönüşümde ruh sağlığı çıktılarının olumlu göstergelerinin belirlenmesi için yöntemsel açıdan düzeltmeye gereksinim vardır. Bu dönüşüm aynı zamanda pozitif ruh sağlığının mümkün kılınması ve başarılı bir şekilde uygulanması için gerekli koşulların tanımlanmasını ve sürecin yanında sonuçların da ortaya çıkarılmasını sağlayan araştırma yöntemlerine odaklanılmasını gerektirmektedir.

Programın etkin biçimde uygulamasının tanımlanması

Programın uygulanmasının sistematik olarak araştırılması göreceli olarak ihmal edilmiştir. Burada zorluk, metodolojik sınırları aşan ve girişimleri sürecin yanında sonuçları açısından da değerlendiren, ruh sağlığını güçlendirme pratiğinin (Labonté & Robertson 1996) ilkeleri ile uyumlu değerlendirme yöntemleri ve yaklaşımlarının kullanılması olarak belirlenmiştir. (WHO 1998b). Kanıtlar arasında hiyerarşi olduğu fikri; özellikle de neredeyse sadece pahalı randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) değerlendirme sonuçlarına odaklanan bir hiyerarşi kavramı, mevcut kanıtları, esas olarak yüksek gelirli ülkelerde yapılan araştırmalarla sınırlamaktadır. RKÇ'lerin yanında vaka çalışmaları, anlatı analizleri korelasyon çalışmaları, görüşmeler, anketler ve etnografik çalışmalar gibi daha kalitatif içerikli yöntemlerin dahil edildiği bir yaklaşım sürekliliği gerekmektedir (McQueen & Anderson 2001).

Uygulama araştırmaları, programların hangi şartlar altında ve nasıl etkili olabileceğinin anlaşılması için önemlidir. Buradan edinilecek veriler, gerçek ortamdaki en iyi uygulama hakkında gelişen bilgi birikimine katkıda bulunacaktır.

Kanıtların düşük gelirli ülkelere uygulanması

Kanıt tartışmasının müdahalelerin kalitesine, yaygınlaşmasına ve politik çıkarımlara daha doğrudan odaklanabilmesi için araştırma tasarımının kalitesiyle ilgili endişelerin ötesine uzanması gerekmektedir. Mevcut kanıt tartışması, İngilizce literatürde Avro-Amerikan bağlamda yer almıştır: “kanıtlar, en çok ihtiyacı olan gelişmekte olan ülkeler ve çatışmalardan etkilenen alanlarda en azdır” (WHO 2002, s. 27).

Kanıtları uygulayıcılar ve politika yapıcılar için erişilebilir kılmak amacıyla kullanıcı dostu bilgi sistemlerinin ve veri tabanlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Özellikle okullar ve topluluklar gibi ortamlarda aktarılabilir ve sürdürülebilir etkili programları tanımlamaya acil bir ihtiyaç vardır. Bu bağlamda, “toplum anneleri programı” (Johnson ve ark. 1993, 2000) ve “dul eşler arası destek programı” (Silverman

1988) gibi toplumu kalkındırma ve güçlendirme yöntemlerine dayalı programların araştırılması yararlı olabilir. Bu programların dezavantajlı topluluk ortamlarında profesyonel olmayan topluluk üyeleri tarafından başarıyla uygulanan ve sürdürülen yüksek etkili, düşük maliyetli, yinelenbilir programlar olduğu görülmüştür. Gençlere yönelik okul temelli programların uygulanması da düşük gelir düzeyi olan ülkelerde kalkınma için kilit bir alan olarak görünmektedir.

Geniş kaynakların yokluğunda, birçok ülkede en temel zorluk, yenilikçi uygulama biçimlerini belgelemek ve onları başkalarının dikkatine sunmaktır. Belge olarak haber bültenleri ve broşürler bile yetersiz düzeyde olabilir. Ancak kanıtların belgelenmesinde yetersizlik olması, iyi uygulamaların olmadığı anlamına gelmez. Farklı kültürel ortamlarda, var olan kanıtların nasıl uygulanabileceğini incelemek için araştırmaların yaygınlaştırılması gerekmektedir.

Düşük maliyetli, sürdürülebilir programların etkili bir şekilde uygulanmasına yönelik kılavuzların basılmasında, düşük gelirli ülkelere teknik destek yoluyla yardımcı olmak için uluslararası işbirliği gereklidir. Eşitsizliklerin azaltılarak, en çok ihtiyaç duyan birey, aile ve topluluklar için ruh sağlığını geliştirecek etkin, büyük ölçekli uygulama ve politikaların nasıl hayata geçirileceği en temel kanıt tabanını oluşturacaktır.

Ruh Sağlığının Sosyal Belirleyicileri

Sağlığın sosyoekonomik belirleyicileri üzerinde çokça çalışılmıştır. Özetle, sosyal olarak daha yalıtılmış ve dezavantajlı insanlar diğerlerine göre daha sağlıklı iken (House, Landis ve Umberson 1988), sosyal bağları güçlü toplumlar ise daha düşük ölüm oranlarıyla birlikte daha sağlıklıdırlar (Kawachi ve Kennedy 1997). Birçok çalışma, sosyal bağlarla sağlık arasındaki güçlü ilişkiyi göstermiştir (Putnam 2001). Ruh sağlığı ve hastalıklarıyla bağlantılı kişisel, sosyal ve çevresel faktörlere ilişkin kanıtlar, birçok yazar tarafından dile getirilmiştir (ör. HEA 1997; Lahtinen ve ark. 1999; Wilkinson ve Marmot 1998; Eaton ve Harrison 1998; Hosman & Llopis 2004; Patel ve Kleinman 2003).

Beyin bilimleri ve sinirbilimde 20. yüzyıla ait ilerlemelerle eş zamanlı olarak ruh sağlığı ve bozukluklarının sosyal belirleyicileri hakkındaki görüşler de evrim geçirmiştir. 21. yüzyılın başlangıcında, genetik varlığımız ve onun ifadesinin toplumsal olarak şekillendirilmesi konusunda heyecanlı bir pozisyona geri döndük. Günümüzdeki hakim görüş, çoktan reddedilmiş etnik temizlik ve seçici sterilizasyon yöntemleriyle nüfus düzeyinde uygulanan soy ıslahı değildir elbette. Bunun yerine, hakim motif, gen ifadesinin dışsal ajanlar tarafından ve de sosyal deneyimlerle şekillendirilebildiğidir.

Toplumlar ve liderleri için bu fikirlerin, 21. yüzyılda ortaya çıktıkça ve geliştikçe kavranması önemli olacaktır. Toplumsal yanıtla ilgili seçenekler, kısmen zararın ya da kazancın ortaya çıkmasını öngörme kapasitemize ve kısmen de kaynakların dağıtımıyla

ilgili fayda-risk analizimize dayanır. Bu bağlamda, tahminlerimizin doğruluğu kanıtlarda açıklanmıştır ve az ya da çok objektiftir, ancak fayda-risk değerlendirmesi ve müdahalelerin seçimi, değerler hakkındaki ortak fikir birliğinin ifadesine bağlıdır.

Toplum liderleri için acil bir görev, mevcut kanıtların değerlendirilebildiği sosyal yapıları ve süreçleri oluşturmak veya iyileştirmek ve ruh sağlığını güçlendirmek için kaynakları harekete geçirmektir (Jenkins 2001). Yeni keşif ve kanıtları eyleme geçirecek sosyal yapılar ve süreçler olmadıkça, ruh sağlığının belirleyicileri hakkında yeni bulgu ve açık kanıtların değeri sınırlıdır.

20. yüzyılın sonunda “risk faktörü epidemiyolojisi” kavrayışı ruhsal bozukluklarda ya da genel tıbbi durumlarda riski arttıran bireysel özellikler ve davranışlar üzerinde seçici olarak dar bir araştırma odağı olması nedeniyle sertçe eleştirilmiştir (örneğin, Susser ve Susser 1996). Aynı zamanda, önleme programları bireysel düzeydeki davranışsal değişime odaklandığında ne kadar az kazanımlar elde edildiği de ciddi bir kötümserlik gelişimine neden olmuştur (örn. Syme 2003). Gerçekten de bu tür bir eleştiri yeni değildir. Claus Bahne Bahnson gibi daha önceki eleştirmenler, biyolojik, sosyolojik veya diğer faktörlerin az ya da çok önemi üzerine eski tartışmalardan kaçınan ancak bu düzeyleri tüm süreci kapsayan daha büyük bir tabana entegre ederek daha fazla araştırma yapılmasının önemini vurgulamışlardır. İntihar davranışı gibi ruhsal bozuklukların en azından bir düzeyde sosyal bir olgu olarak ele alınması gerektiği yönündeki eleştiriler bir asırdan fazladır ifade edilmektedir.

Halen hem disiplinler arası halk sağlığı araştırmalarından, hem de insan dışı primatlar üzerindeki laboratuvar araştırmalarının deneysel paradigmalarından öğrenilecek çok şey bulunmaktadır (bakınız kutu).

İnsan dışı primatlar üzerinde uygulanan laboratuvar araştırmalarından öğrenilenler

Profesör Harry Harlow’un primat bebeklerin annelerinden ayrılması konusundaki ilk deneyleri ilgi çekici bir primat araştırması geliştirilmesine yol açmıştır. Bu araştırma, insan araştırmalarına odaklanmayı teşvik etmiş ve anne-bebek ayrılığının insanda nasıl ruh sağlığının bir sosyal belirleyicisi olabileceğinin açığa kavuşturulmasına yardımcı olmuştur. Özetle, korunmasız erkek primat yavrularının aşırı agresif davranışları ve yoğun alkol tüketimleriyle ilişkili gen-çevre etkileşimlerine dair kanıtlar bulunmuştur.

Araştırmada, annelerinden erken ayrılan ve daha sonra yalnızca yine annelerinden erken ayrılan akranlarıyla birlikte yetiştirilen erkek primat yavrularında agresif tutumlar ve içme davranışlarının alevlendiği gösterilmiştir. İlginç olarak, serotonin taşıyıcısı ile ilgili genetik mutasyona sahip erkekler arasında daha fazla agresif davranışlar ve alkol tüketimi gözlenmiştir. Erkek yavrular anneleriyle birlikte tutulduğunda ise ne saldırganlık ne de alkol tüketimindeki farklılıklar açısından serotonin taşıyıcısıyla arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yani, serotonin taşıyıcı mutasyonunun zararlı aktivitesi, yalnızca anneden erken ayrılıp akranlarıyla yetiştirme koşullarında ortaya çıkmış, anneleri ile yetişenlerde görülmemiştir (Suomi 2002).

Bu tür primat deneyleri, insanlar ile kolayca tekrarlanamaz. Bununla birlikte, “doğanın deneyleri” bazen bebeklerin ailelerinden erken ayrıldıkları, daha sonra grup olarak barındıkları (örneğin, HIV / AIDS’li birçok ebeveynin ölümlerinin büyük yetimhanelerin oluşturulmasına yol açtığı alanlarda gözlemlendiği gibi) durumlar yaratır. Ek olarak, dünyadaki birçok kentsel alanda, gençler ev ortamlarını terk eder, sokak çocuğu olurlar ve sosyal hiyerarşilere yol açan akran gruplarına girerler. Primat laboratuvarlarından elde edilen bu yeni bulgular, bu koşullar altında pozitif ruh sağlığının bozabilecek sosyal belirleyicilere işaret etmekte ve bu yetimhane ve akran grubu ortamını müdahaleler ve araştırmalar için özellikle verimli bir bağlam haline getirmektedir.

Fiziksel ve Ruhsal Sağlık Arasındaki Bağlantılar

Pozitif ruh sağlığı, iyilik hali ve olumlu zihin durumlarını kapsayan anahtar alanlardan oluşur. Pozitif ruh sağlığı hem fiziksel hem de ruhsal hastalıkların başlangıcını, seyrini ve sonuçlarını etkileyebilir. Örneğin, araştırmalar depresyon ve anksiyete ile kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıklar arasındaki bağlantıyı göstermiştir (Kuper, Marmot ve Hemingway 2002; Carson ve ark. 2002). Ruhsal bozuklukların, bedensel hastalıkların ve yaşam kalitesiyle ilgili daha kötü sonuçların ortaya çıkmasına karşı savunmasızlığın artmasındaki rolü iyi belgelenmiştir. İyimserlik, kişisel kontrol ve anlam duygusu gibi psikolojik inanışların ruh sağlığının yanı sıra fiziksel sağlığın da koruyucusu olduğu bilinmektedir. Gelecekle ilgili gerçekçi olmayan iyimser inançlar bile HIV virüsü taşıyan erkeklerin sağlığı için koruyucu olabilir. Benzer şekilde, fiziksel sağlık hem ruhsal hem de fiziksel hastalıkları ve sonuçlarını etkileyen olumlu bir özelliktir. Bu karşılıklı ilişkiler, bütüncül sağlık kavrayışının içerisine dahildir.

Kısa bir süre önce yayınlanan New York Şehri Sağlık Araştırması sonuçları (33 topluluğu temsil eden 10 000 New York’lu ile yapılan bir telefon anketi) belirgin duygusal sıkıntı bildiren kişiler arasında genel sağlık durumunun üç kat daha kötü olduğunu ortaya koymaktadır. Yüksek kolesterol düzeyi, tansiyon, obezite, astım ve diyabet dahil olmak üzere erken ölüm riski taşıyan birçok kronik duruma bu grupta yüksek oranlarda rastlanmaktadır. Sıklıkla, hareketsiz yaşam, sigara içme, fazla alkol alımı ve kötü beslenme gibi sağlık sorunları için artan risklere yol açan davranışlarda bulunmaktadırlar (New York Sağlık ve Ruh Sağlığı Bölümü 2003).

Yaşlıların sağlığı ile ilgili çalışmalarda da fiziksel ve ruhsal sağlık arasındaki ilişki belirgindir. Örneğin, Taylandlı yaşlılar arasında yaşamdan doyum almalarına yol açan doğru beslenme alışkanlıkları, düzenli egzersiz, sağlık hakkında bilgi edinme, dini etkinliklere katılım, başkalarıyla iyi ilişkiler ve iyi planlanmış gelir gider yönetimi gibi özelliklerin olmasının, bedensel ve ruhsal sağlık için önemli olduğu ortaya konulmuştur (Othaganont, Sinthuvorakan & Jensupakarn 2002).

Bütüncül sağlık kavrayışı, sağlığın ve iyilik halinin doğasına dair birçok yerel inanç için temeldir. Bu, Avustralya'nın eski yerli kültürünün sağlık tanımlamasında ifade edilmiştir. Ulusal Aborijin Sağlık Stratejisi Çalışma Grubu (1989) sağlığı şöyle tanımlar:

*... sadece bireyin fiziksel olarak sağlıklı oluşu değil, tüm topluluğun sosyal, duygusal ve kültürel iyilik halidir. Bu, hayatın bütüncül bir görünümüdür ve aynı zamanda dön-
güsel yaşam-ölüm-yaşam kavrayışını da içerir.*

Bu tanım, sosyal ve duygusal iyilik hali olarak tanımlanan ruh sağlığını ve manevi, çevresel (ülke ve yaşanılan yer gibi), fiziksel, sosyal (topluluk ve kültür dahil) ve duygusal faktörleri kapsamaktadır. Bunların birbirleriyle karmaşık şekillerde etkileşiyor olduğu görülmektedir.

Bu etkileşimlerin psikolojik ve psikofizyolojik mekanizmalar vasıtasıyla gerçekleştiği varsayılmaktadır. Son zamanlarda, belirli psikiyatrik bozuklukların kardiyak hastalıklarda olumsuz gidişata ve ölüme sebebiyet veren etkileri tespit edilmiştir (Bunker ve ark. 2003).

Böylece, ruhsal ve fiziksel sağlık ve hastalık açılarından sağlığa bütüncül bir yaklaşımın değerini vurgulayan çok sayıda kanıt bulunmaktadır. Bu tür ilişkilerin doğal sonucu hem genel sağlık hem de fiziksel ve ruhsal bozukluklar açısından önemli olduğu görülen pozitif ruh sağlığının desteklenmesidir.

Ruh sağlığı, ruhsal hastalıklar ve iyileşme kavramları

Ruh sağlığının, hastalık olmamasından daha fazlası olduğunun farkına varılması, ruhsal hastalığı bulunan bireylere ve bakım verenlerine yardımcı olabilir. Sağlığı koruyucu kaynaklar ve pozitif sağlık, şizofreni hastalarında olduğu gibi bazen şiddetli psikopatolojik semptomlarla birlikte var olabilir. Bu yaklaşım önleme, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon alanlarında iyileştirmeye yönelik olarak kişinin sağlıklı, güçlü yönleri, yetenekleri ve kişisel çabalarına odaklanarak, daha kapsamlı bir klinik yaklaşım geliştirilmesinin önemini göstermektedir. Bu model, güçlü yönlere ve olumlu gelecek yönelimine vurgu yaparak, sağlık hizmeti alanları ve onlarla ilişkide olanları güçlendirir. Güçlü yönlerin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi, ruhsal veya başka bir hastalığı olanların "iyi yaşamasına" ve bu nedenle daha da yetersizleşmekten kaçınmalarına yardımcı olur (Schmolke 2003).

Ruh Sağlığı Göstergelerinin Geliştirilmesi

Ruh sağlığı ve güçlendirilmesi konusunda toplumsal göstergelerin geliştirilmesi ve kullanılmasına dair elimizdeki önemli veriler şunlardır: Ruh sağlığı ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar, yaşam kalitesi ile ilgili uluslararası araştırmalar, sosyal belirleyiciler ve eşitsizlikler arasındaki ilişkiler ve bunların ruh sağlığı ile ilgili sonuçları, psikometrik çalışmalar ve sağlık taraması ve izlemlerinden elde edilen gözlem sonuçları.

Ruh sağlığı göstergelerinin ortaya çıkarılmasında, birbirlerinin karşısı olmamakla birlikte sağlığı güçlendirme projelerinin uygulayıcıları ile ruh sağlığı çalışanlarının farklı bakış açılarına önem verilmelidir. Nitekim her iki grup da topluluklara ya da bireylere odaklanarak, pozitif ruh sağlığının çeşitli kurumsal veya bireysel mekanizmalar aracılığıyla maddi ve sosyal kaynakların dağılımını etkileyen daha büyük bir sosyopolitik, ekonomik ve kültürel çevrede oluştuğunu kabul eder. Nihayetinde, bireysel biyoloji ve genler bu ortamlar tarafından koşullandırılır ve bu ortamlarla etkileşime girerler. Sonuç olarak, pozitif ruh sağlığının belirleyicileri zaruri olarak farklı etki düzeylerini yansıtacaktır.

Çerçeveler veya pozitif ruh sağlığının kavramsal modelleri geliştirilirken, ruh sağlığı üzerinde etkili farklı gelişim alanlarındaki bir dizi göstergenin belirlenmesi ihtiyacı erken bir aşamada zaten kabul edilmiştir (Korkeila 2000; Lahtinen ve ark. 1999; Ulusal Araştırma ve Refah ve Sağlık Geliştirme Merkezi (STAKES) ve Avrupa Komisyonu 2000; Stephens, Dulberg & Joubert 1999). Ruh sağlığı üzerinde etkili bu göstergeler, çeşitli sektörlerdeki faaliyetleri (örneğin sağlık, refah, eğitim, adalet) kapsamaktadır. Aynı zamanda kültürel, sosyal ve politik-ekonomik süreçlerin *makro düzeydeki ölçütlerini*; toplumsal örgütlenme ve toplulukların, okulların, yerel mahallelerin ve işyerlerinin davranışsal *uzak ölçütlerini*; ailelerin ve akranların demografik, maddi, sosyal ve davranışsal *yakın ölçütlerini* ve bireylerin psikolojik, biyolojik, sosyal, maddi ve demografik özelliklerinin *doğrudan ölçütlerini* içermektedir. Açıkçası, bunların tümünü veya bir kısmını içerebilen bir çerçeve geliştirmek kapsamlı bir girişimdir. Bununla birlikte, bu konuda gösterilmiş bazı gayretler bulunmaktadır.

Ruh sağlığının geniş bilgi tabanlı makro düzey belirleyicilerinin ölçümünü sağlayan araçlardan birisine örnek, BM tarafından 2000 yılında gözden geçirilen İnsani Gelişim Endeksi (Human Development Index- HDI)'dir. HDI bir kazanımlar ölçüm aracı olarak geliştirilmiş ve bir ülkenin ekonomik performansı kadar insani sonuçlarına da dikkati çekmeyi amaçlamaktadır. Toplumsal Cinsiyete Dayalı Gelişim Endeksi (Gender-related Development Index- GDI) ve Toplumsal Cinsiyet Güçlendirme Endeksi (Gender Empowerment Index) (GEI) makro düzeydeki ulusal göstergelerin diğer örnekleridir. Bu göstergeler, temel insani gelişimin bazı yönlerini tanımlar ve ruh sağlığını koruma ile ilgili önlemleri uygun bir bağlamda verirler.

Ayrıca, bireylerde ruh sağlığı bozukluklarının genel düzeyini derecelendirmeye yönelik veya intihar gibi belirli bir davranışa belgelemeye yönelik çeşitli ölçüm araçları mevcuttur. Örneğin, Kessler-10 (K10), psikolojik sıkıntının ölçüsünü veren bir öz bildirim anketidir; SF-36, ruhsal bozukluğun görüşmecisi tarafından puanlamasına göre derecelendirilmiş bir göstergedir.

İntihar, kendini yaralama ve intihar fikirleri oranlarının ruh sağlığı problemlerinin göstergeleri olarak kullanılması yararlı olur mu?

İntihar hem profesyonel hem de meslekten olmayan insanlar tarafından psikolojik sıkıntının en temel göstergelerinden birisi olarak kabul edilir. İntihar oranları psikolojik durum ve psikiyatrik hastalığa bağlı nedenlere özgü mortalitenin bir göstergesi olarak yaygın olarak kullanılır veya kullanılması da önerilir. Bununla birlikte, intiharın bir gösterge olarak kullanımını problemli hale getiren birkaç özellik vardır. Topluluk açısından olayın tanımı, değişkenliği ve nadirliği, raporlamanın niteliği ve nedensel yollarının karmaşıklığı intihar oranlarının, topluluğun ruh sağlığı bozukluğuna ilişkin zayıf bir gösterge olmasına yol açmaktadır.

İntiharın mortalite oranları, kendini yaralamanın daha yaygın oluşunu ve potansiyel olarak daha değiştirilebilir olan morbiditesini gizlemektedir. Kendini yaralama, kasıtlı olarak kendine zarar verme kavramından daha az sübjektiftir. Kendini yaralamaların yaygınlığı ve madde kötüye kullanımı, depresyon ve şiddet gibi pek çok yaygın psikolojik sıkıntı göstergeleri ile ilişkisinin yanı sıra sonraki intiharla ilişkisinden dolayı, ruh sağlığı problemlerinin uygun bir göstergesi olabilir.

İntihar düşüncesi hakkındaki sorular, psikolojik sorunları doğrudan araştırmamanın başka bir yoludur. Bununla birlikte, bu tür bir ölçütün duyarlılığını ve önemini değerlendirmek için toplum çalışmalarında intihar düşüncesinin tutarlı bir ölçümü gerekmektedir.

İntiharın koşullarını ve bağlamlarını inceleyen çalışmalar, intihar davranışının yerel ve duruma özgü motivasyonlarını ve tetikleyicilerini de tanımlamaktadır (Mitchell Weiss, kişisel iletişim). Bu bağlamda, intihar davranışı ile ilgili çalışmalar, tanı ölçütlerini karşılayan ve intihar eğilimini açıklamak için sıklıkla kullanılan ruhsal sağlık sorunlarının alt kümesini tamamlayıcı nitelikteki diğer ruh sağlığı sorunlarını belirleyebilir. İntihar çok açık bir şekilde bir ruh sağlığı sorunu olduğu için, intiharın bağlamları, ruh sağlığı uzmanlarını özellikle ilgilendirmektedir ve bu kişiler farklı kültürlerde toplum ruh sağlığı planlaması için bir rehber olarak yararlıdırlar.

Bireylerden toplanan bilgiler demografik belirleyicileri, stresli yaşam olaylarına maruz kalmayı, sosyal destek düzeyini ve yaşam kalitesini içermektedir. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve istihdam durumu gibi *demografik belirleyiciler* toplulukların tanımlanmasında ve ruh sağlığının güçlendirilmesinde betimleyici bir bağlam sağlamak için gereklidir. *Stresli yaşam olayları* negatif ruh sağlığı ile ilişkilidir (Brown & Harris 1989) ve sosyal bilimlerde kapsamlı olarak çalışılmıştır (Wethington, Brown & Kessler 1995). Sosyal destek genellikle çevresel bir değişken olarak kavramsallaştırılır; ancak araştırmalar, genetik faktörlerden (Kendler 1997) etkilendiğini, kişilik ile ilişkili olduğunu ve zaman içinde nispeten istikrarlı olduğunu göstermektedir (Sarason, Sarason ve Shearin 1986). Daha önemlisi, sosyal destek çevrede saklı değildir, aksine bireylerin eylemleri aracılığıyla karşılıklı olarak sağlanmaktadır. Uzunlamasına çalışmalarda sağlık ve daha özgül olarak pozitif ruh sağlığı ile ilişkisi belgelenmiştir (Cederblad ve ark. 1995). Sosyal destek üç alanı

kapsamaktadır: bireylerin başkalarına ne ölçüde bağlı olduğu, kişinin destekle ilgili bilişsel değerlendirmesi ve başkalarının destek sağlamadaki cevabı. Sosyal bilimlerin sosyal destek ile ilgilenen uzun geçmişinden bir dizi ölçüm aracı (Korkeila 2000) ortaya çıkmıştır. Örneğin 27 maddelik Sosyal Destek Anketi ve Tıbbi Sonuçlar Araştırması Sosyal Destek Anketi (Medical Outcomes Study Social Support Survey-MOS_SSS) gibi. *Yaşam kalitesi* ölçütleri sadece ruh sağlığını ölçmekle kalmaz, aynı zamanda ruh sağlığının çeşitli yönlerini doğrudan araştıran maddeleri ve alanları da içerir.

Etkili Müdahalelerin Kanıtları

Ruh sağlığının güçlendirilmesini amaçlayan çeşitli program ve politika örneklerinin etkinliklerine dair kanıtlar bulunmaktadır. Elde edilen sonuçlar, ruh sağlığının güçlendirilmesinin halk sağlığı girişimleri dahilinde yaşam boyunca ve perinatal bakım merkezleri, okullar, işyerleri ve yerel topluluklar gibi ortamlarda uygulanabilecek gerçekçi bir seçenek olduğunu göstermektedir. Yaşamın birçok alanında, iyi tasarlanmış müdahaleler, pozitif ruh sağlığına ve topluluğun iyilik haline katkıda bulunabilir. Son yirmi yılda ruh sağlığının güçlendirilmesinde ve ruhsal bozuklukların önlenmesinde sayısız çalışma bu tür programların, ruh sağlığının iyileşmesine, sosyal ve ekonomik açıdan gelişmeye yol açtıklarını kanıtlamıştır (Albee & Gulotta 1997; Durlak 1995; Price ve ark. 1992, Price ve ark. 1988, Hosman & Llopis 1999; Hosman, Llopis ve Saxena 2004; Mrazek ve Haggerty 1994). Konuya özgü literatürün gözden geçirilmesi, bu programların okullar ve işyerleri (Price & Kompier 2004) dahil olmak üzere farklı ortamlarda (Greenberg ve ark. 2001) çocuk istismarı (Hoefnagels 2004; MacMillan ve ark. 1994a, 1994b), davranış sorunları (Reid ve ark. 1999), şiddet ve saldırganlık (Yoshikawa 1994), ve madde kullanımı (Gilvarry 2000; Anderson ve ark. 1999) gibi davranışları değiştirmede etkili olabileceğini göstermiştir. Benzer şekilde, çocuklar ve ergenler için zararlı madde kullanımı (Tobler 1992; Tobler ve ark. 1999; Tobler ve ark. 1997), çocuklar için ruh sağlığı gelişimi (Durlak ve ark. 1997; Durlak & Wells 1998), altı yaşına kadar olan bebekler ve çocuklar için müdahaleler (Brown ve ark. 2000), çocuk cinsel istismarının önlenmesi (Davis & Gidycz 2000) ve depresyonun önlenmesi (Jané-Llopis, Hosman & Jenkins 2003) alanlarında programların etkinliklerini değerlendirmek için meta analizler gerçekleştirilmiştir.

Ruh sağlığının etkin biçimde güçlendirilmesinin en iyi örneklerinin aşağıda verilen derlemesi temel olarak, yarı deneysel çalışmalar dahil olmak üzere kontrollü çalışmalardan elde edilen kanıtlara ve izlem çalışmalarına dayanmaktadır. İlgili durumlarda, gözlemsel ve niteliksel çalışmalardan da yararlanılmıştır. Zira, özellikle pahalı kontrollü çalışmalar için kaynakların yetersiz olduğu düşük gelirli ülkelerdeki müdahalelerden elde edilen kanıtlar genellikle bu tür gözleme dayalı çalışmalardan elde edilmiştir. Programlar ve politikalar, toplumda ruh sağlığını güçlendirmek için

farklı alanlarda ve yaşam evrelerinde kullanılan çok çeşitli stratejileri göstermektedir. Politika ve programların kısa bir seçkisi burada sunulmaktadır; tam raporda daha fazla detay ve daha geniş bir örnek yelpazesi bulunmaktadır. Ruhsal hastalıkların önlenmesi ve bozulmuş ruh sağlığı riskini azaltmaya yönelik kanıta dayalı programların kapsamlı bir özeti için, ayrı bir kaynaktan yararlanmanızı öneriyoruz (Hosman, Llopis & Saxena 2004).

Ruh Sağlığını Etkileyen Makro Müdahaleler: Destekleyici Ortamlar Yaratmak ve Kamusal Politikalar Uygulamak

Beslenme koşullarının iyileştirilmesi

Sosyoekonomik açıdan dezavantajlı çocuklarda beslenme koşullarının ve gelişimin iyileştirilmesinin, özellikle de yoksul toplumlarda yaşayan çocuklarda daha sağlıklı bilişsel gelişime ve daha iyi eğitim sonuçlarına yol açtığına dair güçlü kanıtlar vardır. Potansiyel olarak en etkili müdahale modelleri beslenme desteğini (gıda takviyesi gibi) psikososyal bakım konusunda danışmanlık hizmetleri ile birleştiren müdahalelerdir (örn. içtenlik, dikkatli dinleme) (WHO 1999). Bunların aynı zamanda uygun maliyetli de oldukları ileri sürülmüştür (WHO 2002). Bunun yanında, iyodun zihinsel ve fiziksel gerilemeyi ve öğrenme becerisinde bozulmayı önlemede önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (WHO 2002). İyot takviyesi programları çocukların yeterli düzeyde iyot almalarını sağlar. UNICEF tarafından desteklenen küresel boyutlardaki girişimler, dünyadaki hanelerin % 70'inin iyotlu tuz kullanmasına yol açmıştır ki bu sayede 91 milyon yenidoğan zihinsel ve fiziksel sağlıkla ilgili sorunlara yol açabilen iyot eksikliğinden korunmuştur (UNICEF 2002 raporu).

Barınma koşullarının iyileştirilmesi

Kötü barınma koşulları, yoksulluğun bir göstergesi olup halk sağlığını iyileştirme ve sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltma girişimlerinde bir hedef olarak kullanılmıştır. Yeni yapılan sistematik bir gözden geçirme çalışmasında (Thomson, Petticrew & Morrison 2001); barınma koşullarının iyileştirilmesinin bireyler tarafından bildirilen fiziksel ve ruhsal sağlıkta iyileşme, güvende hissetme, suç oranlarının azalması yönündeki bir algının oluşması, sosyal ve toplumsal hayata katılımı artışı gibi ruh sağlığı çıktıları üzerinde olumlu etkileri gösterilmiştir (ayrıca bkz. s. 46).

Eğitime erişimin artırılması

Düşük okuryazarlık oranları, birçok ülkede, özellikle Güney Asya ve Sahra altı Afrika'da büyük bir sosyal problemdir. Okuma-yazma bilmeme ve düşük eğitim düzeyi kadınlarda daha yaygın olarak görülmektedir. Eğitim eksikliği bireylerin ekonomik haklara erişim imkanlarını ciddi biçimde sınırlandırmaktadır. Çoğu ülkede okuryazarlık düzeyini arttırmak için çocukların daha iyi eğitim almalarına yönelik

çaba gösterilirken, okuryazar olmayan yetişkinlere yönelik göreceli daha az girişim vardır. Hindistan'da yapılan etnografik araştırmalar, özellikle yetişkinler için okuryazarlığın artırılmasına yönelik programların ruh sağlığının güçlendirilmesi açısından somut faydalar sağladığını göstermektedir (Cohen 2002). Eğitimle birlikte kişinin haklarını savunmada özgüveninin artması, fırsatlara erişimlerin önündeki engellerin azalması ve aldatılma riskinin de beraberinde düşmesi gibi değişiklikler pozitif ruh sağlığına erişime aracılık etmektedir.

Kanıtlar, aynı zamanda eğitimde cinsiyet farklılıklarını ortadan kaldırmayı hedefleyen girişimlerin başarısını da göstermektedir (Dünya Bankası 2000). Örneğin, 1982 yılında Bangladeş'te oluşturulan bir burs programının ilk sonuçları ortaöğretimde kız çocukların okula kayıt oranının beş yıl içinde %27'den %44'e çıkarak, ulusal ortalamadan iki kat daha fazla gerçekleştiğini ortaya koymuştur (Bellew & King 1993). Pakistan'daki çalışmalar, okula daha kolay fiziksel erişim, sübvansiyonlar (para yardımı) ve kültüre uyumlu uygulamaların kız çocukların okula kayıt edilmelerini net bir şekilde artırabileceğini göstermiştir (Dünya Bankası 2000). Daha iyi eğitim kadınların bilişsel-duygusal ve entelektüel yeterliliklerini ve iş olanaklarını arttırmakta, sosyal eşitsizliği ve depresyon gibi bazı ruhsal bozuklukların gelişme riskini ise azaltmaktadır.

Toplumsal ağların güçlendirilmesi

Toplumsal müdahaleler, topluluğu güçlendirme süreçlerini geliştirmeye ve topluluk üyeleri arasında aidiyet ve sosyal sorumluluk duyguları oluşturmaya odaklanmıştır. ABD'de yüzlerce toplulukta başarılı bir şekilde uygulanan ve Hollanda, İngiltere, İskoçya, Galler ve Avustralya'da da tekrarlanan Önemseyen Topluluklar Programı (ÖTP) (Communities That Care- CTC) bu açıdan iyi bir örnek olarak gösterilebilir (Hawkins ve ark. 2002). ÖTP toplumsal şiddet ve saldırganlığın önlenmesine yönelik topluluğu harekete geçiren alanda test edilmiş müdahalelerin uygulanmasını içeren bir stratejidir (Hawkins ve ark. 2002). Toplumun aynı anda birden fazla alanda; örneğin kamu (örn. toplumsal seferberlik, medya, politika dönüşümleri), eğitim (örn. okul yönetimi yapısının veya öğretim uygulamalarının değiştirilmesi), aile (örn. ebeveyn eğitim stratejileri) ve birey (örn. toplumsal yeterliliği güçlendirme stratejileri), uygulanacak eylemleri geliştirilebilmesi için yerel bilgi birikiminin kullanılmasını teşvik eder (Hawkins ve ark. 1997). ÖTP stratejisi, her bir topluluğun risk profiline uyan mevcut kanıta dayalı programların seçilmesi ve uygulanmasında toplulukları desteklemektedir. Bugüne kadar bu sistem sadece ABD'de yaklaşık 40 toplulukta öncesi-sonrası karşılaştırılarak elde edilen verilerle değerlendirilmiştir. Sonuçlar gençlerin davranışlarında, ebeveynlik becerilerinde, aile ve toplum ilişkilerinde olumlu değişiklikler; okul problemlerinde, hırsızlıkta, silahlı suçlarda, uyuşturucu ve saldırı suçlarında azalma olduğunu göstermiştir.

Bağımlılık yapan maddelerin kullanımının azaltılması

Hamilelik sırasında alkol, tütün ve uyuşturucu kullanımının olumsuz etkilerine dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Bu etkiler erken doğumların artmasını, düşük doğum ağırlığını, uzun süreli nörolojik ve bilişsel-duygusal gelişim sorunlarını (örn. düşük zeka düzeyi, mizaç sorunları, DEHB, davranış sorunları, düşük okul başarısı) ve perinatal mortaliteyi içermektedir (örn. Sturgeon 2004; Tuthill ve ark, 1999). Erken doğum ve düşük doğum ağırlığı olumsuz ruh sağlığı ve psikiyatrik bozukluklar için de bilinen risk faktörlerindendir (Elgen, Sommerfelt & Markestad 2002). Genel olarak annede madde kötüye kullanımının olması, çocuğun ergenlik ve genç erişkinlik döneminde madde bağımlılığı geliştirmesiyle ilişkili bulunmuştur (Allen ve ark. 1998). Bu nedenle gebe kadınlarda madde kullanımının engellenmesi ya da kullanımının azaltılması için geliştirilen eğitim programlarının uzun vadede ruh sağlığı açısından çeşitli faydaları olabilir.

Afet sonrası müdahaleler

Afet sonrası toparlanma aşamasında uygulanacak psikolojik ve sosyal müdahaleler etkilenen nüfusta ruh sağlığının iyileştirilmesi ve psikopatoloji gelişiminin engellenmesi için önerilmektedir (WHO 2003b). Etkilenen topluluktan gönüllülerin kullanılması, duygusal destek sağlanması, psikoeğitim ve önceden var olan pozitif baş etme yöntemlerinin desteklenmesi bu müdahaleler arasında yer almaktadır.

Şiddetin önlenmesi

Şiddetin önlenmesine yönelik toplumsal girişimler arasında toplumsal eğitim kampanyaları, kentsel altyapıyı geliştirme çabaları ve toplumsal güvenliğin sağlanması bulunmaktadır (WHO 2002a). Bu girişimler sadece şiddeti önlemekle kalmaz, aynı zamanda etkilenen nüfusun ruh sağlığı ve iyilik hali üzerinde de olumlu etkileri vardır.

Ruh Sağlığının Güçlendirilmesi İçin Bölgesel (Mezo) ve Mikro Müdahaleler

Yaşamın ilk evreleri

Yaşamın ilk evrelerinde zihinsel, sosyal ve fiziksel işlevler diğer dönemlere kıyasla daha fazla gelişim göstermektedir. Doğumdan sonra üç yaşına kadar olan süreç çocukluk ve ergenliğin nasıl geçeceğini etkilemektedir (UNICEF 2002). Yaşama sağlıklı bir başlangıç yapılması çocuğun okulda akranlarıyla, yakın ilişkilerinde sevdikleriyle ve daha geniş bağlamda topluluk üyeleriyle iletişimde ve işlevselliğinde büyük ölçüde belirleyici olmaktadır. Yaşama sağlıklı bir başlangıç yapılmasında ana ölçütler yoksulluk, şiddet, silahlı çatışma, aile içinde HIV-AIDS (UNICEF 2002), fiziksel hastalıklar, sakatlıklar, yaralanmalar, istismar, ihmal, doğum öncesi madde maruziyeti, yetersiz beslenme ve anneye sağlıksız bağlanma gibi olumsuz durumlardan korunmayı ve de fiziksel ve psikolojik açıdan iyi olma halini kapsamaktadır.

Yaşama nasıl başlanıldığı sonraki süreçte karşıt olma-karşıt gelme, saldırganlık, utanç ve çekingen davranışlar; dikkat eksikliği ve hiperaktivite, sözel ve sosyal beceriler açısından okula hazır olamama gibi davranış problemlerinin ortaya çıkma olasılığını da etkilemektedir.

Ekonomik sıkıntıların azaltılmasını, işyerlerinde ailenin desteklenmesini, çocuk bakımına erişimin kolaylaştırılmasını ve genel olarak ailelerin iyilik düzeyinin artırılmasını hedefleyen politikalar, geleceğin yetişkinleri olan çocuklarda ruhsal ve fiziksel sağlığın iyileştirilmesine de yardımcı olmaktadır.

Bir ruh sağlığını güçlendirme vaka çalışması: ev ziyaretleri

Hamilelere yönelik ev ziyaretlerinden elde edilen kanıtlar hem annelerin hem de uzun dönemde yeni doğanların ruh sağlığının iyileştirilmesinde ve halk sağlığı açısından önem arz eden sosyal, ekonomik ve sağlık alanlarında olumlu sonuçlar ortaya koymuştur. Bu alanda iyi bir örnek hemşireler tarafından doğum öncesi ve bebeklik döneminde ev ziyaretleri yapılarak düşük gelirli annelerin ve çocukların erken dönem sağlık durumu ve gelişiminin takip edilerek gelecekteki yaşamlarının iyileştirilmesini hedefleyen ve 25 yıldır uygulanmakta olan Prenatal ve Çocukluk Ev Ziyareti Programı'dır (Olds 1998; Olds 2002).

Program, farklı koşullarda yaşayan iki ayrı toplulukta uygulanan büyük ölçekli randomize kontrollü çalışmalar ile test edilmiştir. Yaralanma ve yabancı cisim yutulması, çocuk istismarı ve ihmalinin azaltılmasında ve ebeveyn bakımının iyileştirilmesinde başarılı olduğu gibi; gebelik sayısında azalma, iş hayatına daha fazla katılım ve kamu yardımlarının daha az kullanılmasını sağlayarak annenin yaşamını da iyileştirdiği gösterilmiştir. İlk uygulamalarda hamilelikleri sırasında hemşire ziyareti yapılarak programa dahil olan düşük gelirli, bekar annelerin çocuklarında tutuklanma, mahkumiyet, madde kullanımı ve 15 yaş altında rastgele cinsel faaliyetler gibi konularda uzun vadeli olumlu sonuçlar da ortaya çıkmıştır. Bu projede ailelerin maddi durumlarının iyileşmesinin, hükümetlerin bu tür ailelere yaptığı yardım maliyetlerinde azalmaya yol açarak programın aslında kendi maliyetini de fazlasıyla telafi edebildiği gözlenmiştir.

Bu müdahaleler ABD'de başka iki toplulukta muhtelif risk ve koruyucu faktörlerin belirlenmesinde de yararlı olacak şekilde başarıyla tekrarlanmıştır. Son zamanlarda program bazı Avrupa ülkelerinde de uygulanmaya başlanmıştır.

Bu tür ev ziyaretlerinin yaygınlaştırılması, benimsenmesi ve hayata geçirilmesinin planlanmasında hemşireler ve sosyal çalışmacılar tarafından uygulanan bazı programların etkili bulunmadığı da unutulmamalıdır (Villar 1992). Bu durum etkin programlar için uygun bileşenlerin neler olduğunun belirlenmesi ihtiyacına işaret etmektedir. Elde edilen veriler kılavuzlara aktarılarak gelecekte daha verimli ev ziyareti programlarının geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Okul öncesi eğitim ve psikososyal müdahaleler

Küçük çocuklu aileler için kütüphanelerde aile okuma programları, sağlık taraması klinikleri, boş zaman etkinlikleri ve basit okuma becerileri kazandırmayı ve sosyo-duygusal değerleri öğretmeyi amaçlayan televizyon programları gibi birçok toplum programı bulunmaktadır.

ABD’de Perry Anaokulu Projesi’nde haftalık ev ziyaretleriyle birlikte yürütülen yarım günlük okul öncesi müdahalelerin uzun süreli etkileri gösterilmiştir. Proje sonucunda Afro-Amerikalı ve yoksul ailelerden gelen çocuklarda bilişsel gelişim, okul başarısı ve okulu tamamlama oranı artmış, davranış sorunları ve tutuklanma sayıları ise azalmıştır. Katılımcıların 19 ve 27 yaşındaki değerlendirilmesinde yaşam boyu tutuklanma oranlarında (%40 azalma) ve tekrarlanan tutuklanmalarda (7 kat azalma) önemli düşüşler sağlanmıştır (Schweinhart ve Weikart 1997).

Fakir veya azınlık ailelerde doğan çocukların konuşma ve dil becerilerinin genellikle diğer çocuklardan daha yavaş geliştiği bilinmektedir. Çocuklara henüz iki yaşındayken temel okuma becerilerini destekleyen veya resimli kitaplar hakkında ebeveynleri ile konuşmalarını teşvik eden erken müdahalelerin okuma becerilerini geliştirdiği ve okula geçişi kolaylaştırdığını gösteren güçlü kanıtlar mevcuttur (Valdez-Menchaca & Whitehurst 1992).

Ev ortamındaki müdahalelerin ve ebeveynlere yönelik yaklaşımların kaynakların etkili kullanımı açısından uygun olup olmadığı gündeme gelmiştir. Bu alanda yapılan birkaç maliyet etkinliği değerlendirmesi umut verici görünmektedir (Olds 1997). Dahası, aynı anda hem ebeveynlerin hem de bebeklerinin fiziksel ve ruhsal sağlığına yönelik müdahalelerin etkilerinin çocukların yaşamları boyunca ve hatta kuşaklar arasında devam ettiği tespit edilmiştir.

Okul ortamında şiddetin azaltılması ve duygusal iyilik halinin geliştirilmesi

Birçok ülke evrensel ilköğretim sistemini benimsemiştir. Okula devam oranı tüm gelişmekte olan ülkelerde olmasa da genel olarak artmaktadır. Akademik gelişmeyi desteklemenin merkezi rolüne ek olarak, okullar öğrencilerin sağlık ve sosyal-duygusal gelişiminde önemli bir role sahiptir (WHO 1997; Elias ve ark. 1997; Weare 2000). Çocukların okulda geçirdikleri sürelerde değişiklikler olmasına rağmen, birçok toplumda okullar sosyalleşme için temel kurumlardır. Zamanlarının çoğunun geçtiği bir ortamda müdahale yapabilmeyi kolaylığı nedeniyle, okullar çocuklar ve gençlere yönelik müdahaleler için de en uygun ortamlardan biridir.

Çocukların sosyal ve duygusal yeterlilik kazanması işlevsellik düzeyinin artmasına yol açar. Aynı zamanda becerilerini yapıcı olarak kullanabilmeleri ve uygulama fırsatı bulabilmeleri tutarlı bir kimlik duygusu geliştirebilmelerine yardımcı olur. Bu sürece genellikle “sosyal ve duygusal öğrenme” denir (Elias ve ark. 1997). Akademik, Sosyal ve Duygusal Öğrenme için İşbirliği’nin (Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning- CASEL – www.casel.org/index) web sitesi sosyal-duygusal

öğrenmenin geliştirilmesine yönelik kanıta dayalı zengin programları içermenin yanı sıra, bu tür programların çeşitli topluluklar, ülkeler veya bölgelerde uygulanabilmesine destek olmak için ulaşılabilir çeşitli materyaller sunmaktadır.

Ruh sağlığı için etkili okul temelli müdahaleler

Öğrenci gruplarına kapsamlı programlar uygulamanın pozitif ruh sağlığına katkıda bulunduğuna dair çok fazla ampirik kanıt vardır. Okullarda uygulanan çeşitli müdahaleler yeterlilik ve kendine değer verme becerilerinin geliştirilmesi ile duygusal ve davranışsal problemlerin azaltılması olarak tanımlanabilir (Kellam 1994; Domitrovich ve ark. 2004; Patton ve ark. 2003; Greenberg ve ark. 2001). Bazı müdahaleler bütünsel bir yaklaşımla okulun tamamını hedeflerken, diğerleri okul sisteminin sadece bir bölümünü (örneğin belirli bir sınıftaki çocukları) veya duygusal ya da davranışsal problemler için risk altında olduğu saptanan belirli bir öğrenci grubunu hedef almaktadır.

Okul temelli programlar genel olarak akademik başarısızlık, saldırganlık ve zorbalık gibi bir dizi risk faktörü ve ruh sağlığı problemleri üzerine odaklanmış olup depresif belirtilerde azalmanın yanı sıra bireysel yeterlilik ve dayanıklılığı arttırdığı gösterilmiştir (Ferner et. al 1993, Kellam ve arkadaşları 1994, Greenberg ve Kusche 1998).

Öğrencilerde yaşı artmasıyla birlikte çocukluk dönemi suç davranışı ya da madde kullanımına ilişkin akran baskısı gibi yeni zorluklarla karşılaşıldığında, sağlığın ve sosyal gelişimin sürdürülebilmesinde sosyal-duygusal beceriler özellikle önem kazanmaktadır. Ortaokul ve lise öğrencilerine yönelik okul temelli beceri geliştirme programları, özellikle sorun çözme gerekliliği söz konusu olduğunda sıklıkla ruh sağlığının korunmasında ve madde kötüye kullanımının önlenmesinde etkili olabilmektedir. Becerilerin geliştirilmesine odaklanan okul temelli programlara örnek olarak Pozitif Gençlik Gelişim Programı (Positive Youth Development Programme- PYD) verilebilir (Caplan ve ark. 1992). Genel sosyal yeterliliğin ve alkol, uyuşturucu kullanımına hayır diyebilme becerilerinin geliştirildiği eğitim programı ile öğrencilerin hem genel beceri düzeylerinde hem de öğretmenlerin sosyal uyum hakkında bildirdikleri raporlarında önemli iyileşmeler olduğu saptanmıştır.

Okul ekolojisini değiştirmek

Okulda pozitif bir psikososyal ortamın ("çocuk dostu okullar") gençlerin ruh sağlığını ve iyilik halini olumlu yönde etkileyeceği açıktır (WHO 2003c). Okuldaki pozitif psiko-sosyal çevrenin bileşenleri; dostane, ödüllendirici ve destekleyici bir ortamın sağlanmasını; işbirliği ve aktif öğrenmenin desteklenmesini; fiziksel ceza ve şiddetin yasaklanmasını içerir.

Çok bileşenli programlar

Okul ekolojisini değiştirmenin yanında bireysel becerilerin geliştirilmesi gibi farklı alanlara eşzamanlı odaklanan programlar sadece tek bir alana müdahale

edenlerden daha etkilidir. Etkin çok bileşenli program örnekleri olarak; özellikle yüksek riskli gruplarda öğrenci saldırganlığının azaltılabileceğini gösteren Ailelerin ve Öğretmenlerin İlgi Alanlarını Bağlantılandırma Programı (Linking the Interests of Families and Teachers - LIFT) (Reid ve ark. 1999); birey, okul ve ailelere yönelik müdahaleleri içeren altı yıllık bir program sonucunda çok sayıda risk ve koruyucu faktörde değişikliklere yol açan, okula bağlanmanın ve başarının artmasını, okulda olumsuz davranışların ise azalmasını sağlayan Seattle Sosyal Gelişim Projesi (Seattle Social Development Project) (Hawkins ve ark. 1992) sayılabilir (Hawkins, Von Cleve & Catalano 1991).

Yetişkin nüfus

İşsizlik geriliminin azaltılması

İşten çıkarılma ve işini kaybetme ciddi ruh sağlığı sorunlarına neden olabilir. Bir grup ABD’li anneden oluşan örneklemde yapılan çalışmada, yoksul, çalışmayan ve sosyal yardım alan annelerin çocuklarında negatif bilişsel ve davranışsal sonuçlar görülmüş; aynı zamanda bu durum anne ruh sağlığının bozulması, daha az sosyal destek ve daha kaçınmacı baş etme stratejileri ile de ilişkili bulunmuştur (Brooks-Gunn ve ark. 2001). Dar gelirli kadınların düşük ücretli işlerde çalışmaları yerine uzun vadede ekonomik olarak kendi kendilerine yetmelerini sağlayacak işlere yönlendirilmesini amaçlayan iş reformlarının geliştirilmesi ve uygulanması önerilmektedir. Öncelikler ise yaşamı idame ettirebilecek yeterli bir ücretin sağlanması, orta öğretim sonrası eğitime devam edilebilmesi ve mesleki eğitim yer almaktadır (O’Campo 1998).

Benzer şekilde, düşük gelirli işsiz gruplar için danışmanlık hizmetleri veya iş arama eğitimleri işsizlikle başa çıkmada ve işsizliğin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz sonuçlarının azaltılmasında etkili stratejiler olabilir. Örneğin, JOBS Programı’nın (Caplan ve ark. 1989; Caplan ve ark. 1997) iş arama yeterliliğinde, yeniden istihdam edilme oranlarında, yapılan işlerin kalitesinde ve ücretlerde olumlu etkilerinin olduğu, depresyon ve kaygı düzeyini ise azalttığı gösterilmiştir. JOBS Programı Çin Halk Cumhuriyeti, Finlandiya ve ABD (Price ve diğerleri, 1998) gibi farklı ülkelerde başarıyla uygulanmış ve halen İrlanda’da uygulanmaya devam edilmektedir.

İşyerinde stres önleme programları

Çalışma koşullarının ruh sağlığı sorunlarına (tükenmişlik sendromu, anksiyete bozuklukları, depresyon, uykusuzluk), gastrointestinal bozukluklara, kardiyovasküler ve kas- iskelet sistemi hastalıklarına neden olduğu veya katkıda bulunduğu dair kanıtlar mevcuttur. Bu durum sağlık ve sosyal hizmetlere ekonomik yükler getirmektedir (Price ve Kompier 2004). İş stresini azaltmak için uygulanan müdahaleler çalışanların baş etme kapasitesinin artırılmasına veya çalışma ortamının iyileştirilmesine yönelik olabilir. Stres yönetimi eğitimi, stres aşılama teknikleri, gevşeme yöntemleri,

sosyal beceriler ve fitness eğitimi baş etme kapasitesini artırabilir. Birçok meta-a-raştırma, bu tür yöntemlerin çalışma ortamlarının ruh sağlığı üzerindeki olumsuz sonuçlarının önlenmesinde etkili olduğunu göstermektedir (Murphy 1996; Van der Klink ve ark. 2001). Çalışma ortamlarındaki stres faktörlerini azaltmaya yönelik müdahaleler işyeriyle ilgili teknik müdahaleleri (örn. işin zenginleştirilmesi, ergonomik iyileştirmeler, gürültünün azaltılması); rollerin netliğini, çatışma yönetimini ve sosyal ilişkileri iyileştirmeyi hedef alan iş ve insan odaklı birleşik müdahaleleri içerir. Bu tür sosyal müdahalelerin garantili olmasa da olumlu sonuçlara neden olması beklenir (Semmer 2003).

Yaşlı ruh sağlığının iyileştirilmesi

2000 yılında dünyada 60 yaşın üzerindeki insan sayısı 600 milyondan fazla iken bu sayının önümüzdeki 20 yıl içinde %70 artması beklenmektedir. Yaşlanan nüfustaki bu hızlı yükselme, artmış demans riskini de içeren (Levkov ve ark 1995) yaşa bağlı fiziksel, ruhsal sağlık sorunlarının, kronik hastalıkların artmasına, genel ruhsal iyilik halinin ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Yaşlıların ruh sağlığının iyileştirilmesinde çeşitli geniş kapsamlı müdahaleler başarıyla uygulanmaktadır. Bunlar arasında sosyal destek ve toplumu güçlendirme ve sağlıklı yaşam tarzını teşvik eden müdahaleler yer almaktadır (Jané-Llopis, Hosman & Copeland 2004). Bu tür programlar düzenli egzersizleri, işitme cihazı teminini ve arkadaş edinilmesini içermektedir (kutuya bakınız).

Ruh sağlığını güçlendirme vaka çalışmaları: Yaşlı bireyler

Arkadaşlık

Son yirmi yılda yapılan çeşitli çalışmalarda, yaşlı insanların özellikle de yaşlı kadınların (örn. Armstrong ve Goldsteen 1990) iyilik hali için arkadaşlığın önemini vurgulayan kanıtlar bulunmuştur. Arkadaş edinme birlikte keyif alma, yoldaş olma, sorunlu ve stresli durumlarda destek bulma, kimliğin ve anlamın süreklilik kazanması gibi birçok işleve sahip olabilir. "Arkadaşlık" sosyal desteği arttırmak ve yaşlılar arasındaki yalnızlığı ve depresyonu azaltmak için yaygın olarak kullanılan bir stratejidir. Yaşlı kadınlar için 12 grup oturumundan oluşan ve sosyal destek, arkadaşlık ve kendi kendine yardım ilkelere dayanan bir arkadaşlık programında yalnızlıkta önemli ölçüde bir azalma tespit edilmiştir (Stevens ve van Tilburg 2000).

İşitme cihazları sağlamak

Birinci basamak sağlık merkezlerinde yapılan bir müdahalede, işitme cihazlarının işitme kaybı olan yaşlıların yaşam kalitesini iyileştirip iyileştirmeyeceği değerlendirilmiştir (Mulrow ve ark. 1990). Değerlendirme sonuçlarına göre, işitme cihazı alanlarda, almayanlara göre anlamlı düzeyde sosyal ve duygusal işlevsellik, iletişim, biliş ve depresyonda iyileşmeler gözlenmiştir.

Tüm ülkelerde ve ortamlarda ilerleme

Politikaları belirleyenler, hizmet sağlayıcılar, yerel yetkililer ve uygulayıcılar başka yerlerde geliştirilmiş, uygulanmış ve test edilmiş müdahaleler ve neticelerinden yararlanmalıdırlar. Bununla birlikte kanıta dayalı müdahaleleri konu edinen ve sayısı hızla artan yayınlardan ilgili bilimsel bilginin elde edilmesi zaman alıcı olabilmektedir. Özellikle düşük gelirli ülkelerde, bilimsel dergilere ve kitaplara erişim ciddi bir sorundur. Ruh sağlığı sorunlarına odaklananlar da dahil olmak üzere bazı kuruluşlar, kanıta dayalı hastalık önleme ve sağlığın güçlendirilmesi programları alanında uluslararası düzeyde erişilebilir veri tabanları geliştirmiş veya geliştirmektedirler. ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention - CDC), Cochrane kütüphanesi, CASEL, Madde Kötüye Kullanımı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi (Substance Abuse and Mental Health Services Administration - SAMHSA), Avrupa Birliği (AB) ve DSÖ ile ilişkide olan Nijmegen Önleme Araştırma Merkezi tarafından geliştirilen Uygulamalı Ruh Sağlığı Güçlendirilmesi Eylemi (Implementing Mental Health Promotion Action - IMHPA) bu veri tabanlarına örnek olarak verilebilir.

Ortaya çıkan kanıtlar sınırlıdır ve çoğunlukla zengin ülkelerde gerçekleştirilen iyi tasarlanmış bir veya iki çalışmanın sonuçlarına dayanmaktadır. Son zamanlarda bir programın veya politikanın sonuçlarını ülkeler veya kültürler arasında karşılaştırmayı amaçlayan yeni bir araştırma grubu ortaya çıkmıştır. Bölgelerdeki bulguların sağlamlığı, kültürel ve ekonomik koşullara olan duyarlılığı hakkındaki bilgilerimiz halen yetersizdir. Bu durum toplumlar, ülkeler ve bölgeler arasında “en iyi uygulamaları” veya “model programları” yaymak için gösterilen çabada karşılaşılan ciddi bir sorundur. Bir yerde etkin çalışabilen bir programın farklı koşullar altında, farklı toplumlarda uygulandığında tekrar çalışacağına varsayılması konusunda temkinli davranmak gerekmektedir. Etkili veya umut vaat eden uygulamaların yaygınlaştırılması, başka yerlerde benimsenmesi ve uygulanmasını teşvik etme girişimleri, yeni uzunlamasına çalışmaların ve destekleyici bir araştırma politikasının geliştirilmesi çabalarıyla birleştirilmelidir.

Bireysel programların yanı sıra bir bütün olarak ruh sağlığının güçlendirilmesi için kanıt temelini güçlendirilmesi giderek önem kazanmaktadır. Her ülke ya da bölgenin uygulanan müdahaleler sırasında bir dizi kontrollü çalışma yürütmek için politik iradeye ve gerekli araçlara sahip olmasını beklemek gerçekçi değildir. Özellikle düşük gelirli ülkelerde, yetkililer ve uygulayıcılar kaynak eksikliğinin bir sonucu olarak minimum bilimsel kanıta ruh sağlığının güçlendirilmesi için kararlar almaya zorlanmaktadır. Bu durum sadece çalışma sonuçlarının değerlendirilmesi ihtiyacını değil, aynı zamanda çalışmanın mekanizmasının, ilkelerinin ve etki düzenlemesinin de değerlendirilmesi ihtiyacını vurgulamaktadır. Bu tür bilgiler ve bu bilgilerin kılavuzlara çevrilmesi politika belirleyicilerini, program tasarımcı ve uygulayıcılarını programın ve ilgili politikaların yerel ihtiyaçlara, kaynaklara ve kültüre

yeniden uyarlamasında destekleyebilir ve bu sayede müdahalelerin etkili olma olasılığı da artar. Ayrıca söz konusu ülke veya toplumlarda geçerliliği olan bir kanıt tabanı oluşturulabilmek için daha ucuz maliyetli olan niteliksel çalışmalar da dahil olmak üzere tüm araştırma metodolojilerinin kullanılması bir gerekliliktir.

Düşük Gelirli Ülkelerde Ruh Sağlığının Etkin Biçimde Güçlendirilmesi

Ruh sağlığı, insani gelişmeyle ayrılmaz bir şekilde bağlantılıdır; çünkü hem insani gelişmenin sosyal ve ekonomik belirleyicileri ruh sağlığıyla güçlü bir şekilde ilişkilidir hem de olumsuz ruh sağlığı yaşam süresini, yaratıcılığı ve genel sağlığı tehlikeye atar. İnsanın gelişimini etkileyen faktörler aynı zamanda ruh sağlığını etkileyen faktörlerdir ve bu ikisi arasında dinamik bir ilişki olması akla yatkın görünmektedir (Patel 2001).

Altyapının yeterince gelişmediği, insan ve maddi kaynakların yetersiz olduğu, insan haklarının önemsenmediği ortamlarda ruhsal iyilik hali için gerekli sosyal değişimlerden bazılarının ruh sağlığının güçlendirilmesi amacıyla uygulanan çalışmaların kapsamından çok daha geniş olması, ruh sağlığının güçlendirilmesi uygulamalarının önünde önemli bir zordur. Burada tartışılan programlar üç eylem alanına odaklanmaktadır: savunuculuk, güçlendirme ve sosyal destek.

Savunuculuk

Savunuculuk, ruh sağlığı için kamusal talep yaratılmasını ve tüm hak sahiplerini ruh sağlığına değer vermeye ikna etmeyi amaçlamaktadır. Alkol kötüye kullanımının ruh sağlığına etkileri ile ilgili savunuculuk buna bir örnek olarak verilebilir.

Küresel Hastalık Yüklü Çalışması (Global Burden of Disease Study) alkol kötüye kullanımının gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere, özellikle erkeklerde sosyal ve ailesel parçalanmanın, morbidite ve mortalitenin önde gelen bir nedeni olduğunu göstermiştir. Özellikle Latin Amerika, Doğu Avrupa ve Güney Asya'da alkol kullanım bozukluğunun yaygınlığı konusunda artan bir farkındalık bulunmaktadır (Pyne, Claeson & Correia 2002; Patel 1998). Son yıllarda Hindistan'da alkol bağımlılığıyla ilgili sosyal sorunların boyutu, sorunu siyasi bir mesele haline getirmiş, yapılan tüm seçimlerde bu konu gündeme getirilerek çeşitli kazanımlar elde edilmiştir (Patel 1998).

Hindistan'da alkolizmle mücadele ve kırsal kesimlerdeki ailelerin ruh sağlığının güçlendirilmesini amaçlayan toplum temelli çalışmalar, toplumdaki alkol bağımlılığı yükünü ve etkisini tahmin etmek için yapılan araştırmalarla başlamıştır (Bang & Bang 1991). Sonuçlar sorunun muazzam yükünü ortaya çıkarmış ve bir dizi kilit önleme ve güçlendirme stratejisi belirlenmiştir. Bu stratejiler arasında eğitim ve farkındalık yaratma çalışmaları, sarhoş bireylere karşı çeşitli etkinlikler, politikacı-lardan market ve barlarda alkol satış ve dağıtımının sınırlandırılmasını talep eden

savunuculuk faaliyetleri ve alkolden uzak durmak için kitlesel yemin törenlerinin düzenlenmesi yer almıştır. Program, gençlerin, kadınların ve Daramukti Sangathana (Alkolden Kurtuluş) köy gruplarının liderliğindeki bir toplum hareketiyle uygulanmıştır. Bölgedeki alkol satış noktalarında belirgin bir düşüş olmuş ve alkol tüketiminde %60 azalma sağlanmıştır. Sonuç olarak, yiyecek, giyim ve refah için daha fazla para elde kalmış ve aile içi şiddette azalma görülmüştür (Bang & Bang 1995).

Çin'in Yunnan kentinde gençler arasında uyuşturucu kullanımının önlenmesi amacıyla uygulanan çok yönlü toplum müdahalelerin etkinliğini araştırmak için toplum temelli bir başka çalışma gerçekleştirilmiştir. Program, Hindistan'daki gibi, toplumdaki çok sayıda sektör ve lideri kapsamakta, toplumun katılımı ve eylemleri, okullarda eğitimler, okuryazarlığın geliştirilmesi ve istihdam fırsatları üzerinde durulmuştur. Bu çalışmanın sonucunda, uyuşturucu madde kullanımının insidansında önemli bir azalma, HIV / AIDS ve uyuşturucu kullanımına yönelik bilgi ve tutumlarda belirgin bir iyileşme tespit edilmiştir (Wu ve ark 2002).

Güçlendirme*

Güçlendirme, toplumda sağlığı tehlikede olan dezavantajlı grupların, engellerin üstesinden gelebilmesini, sağlıklı, tam ve eşit bir hayat sürdürebilmesini sağlamaya yönelik bir süreçtir. Ruh sağlığının güçlendirilmesine örnek olarak borçların hafifletilmesi amacıyla verilen mikrokredi programları verilebilir.

Gelişmekte olan birçok ülkede, tefecilere borçlanma ve sonucunda ortaya çıkan ekonomik belirsizlik ciddi bir stres ve endişe kaynağıdır. Bu kırılganlığın temelinde resmi bankacılık sektörünün kredilere erişim için şart koşulan okuryazarlık veya "kredi hak ediş" gibi ölçütlere sahip olmayan, toplumun en fakir kesimine kısa vadeli kredi vermemesi yatmaktadır. Tarım için mevsimsel yağışlara güvenen ve büyük, uluslararası şirketlerle artan rekabetle yüz yüze kalan küçük çiftçiler için kırılganlık giderek şiddetlenmektedir. Mevsimlik muson yağışı azlığı ve haksız rekabet Hindistan'daki çiftçilerin aşırı borçlanmasının başlıca nedeni olarak tanımlanmış ve yol açtığı stres son yıllarda yüzlerce intiharın ortaya çıkmasına neden olmuştur (Sundar 1999).

Gelişmekte olan ülkelerde ekonomik açıdan kırılgan çiftçiler için yerel bankaların kredi hak ediş ölçütlerinde değişiklik yapması, ruh sağlığının güçlendirilmesi açısından oldukça önemlidir. Hindistan'da SEWA tarafından işletilen veya Bangladeş'teki Grameen Bank gibi köklü bankalar ve kredi kurumları kredi imkanları oluşturup, bu gibi olanaklara ve hizmetlere erişimi olmayan yoksul kişilere kredi vererek sürece dahil olmuşlardır.

* Burada empowerment karşılığı kullanılmış olan güçlendirme, ile genel anlamada promotion karşılığı kullanılan güçlendirme arasında küçük bir farklılık bulundurmaktadır. "Promotion", "empowerment" kavramını da kapsamaktadır. ÇN

Bankaların bu tür faaliyetlerinin ruh sağlığının güçlendirilmesinde pozitif yönde etkilerine dair kanıtlar mevcuttur. Örneğin Bangladeş Kırsal Kalkınma Komitesi'nin (Bangladesh Rural Advancement Committee- BRAC) faaliyetleri sağlık hizmetlerini, eğitim ve kırsal kalkınma programlarını kapsamaktadır. Kırsal kalkınma programları, Köy Örgütleri (Village Organizations-VO) aracılığıyla köylerde topluluğun en fakir üyelerine uygulanmaktadır. Öncelik bilinç düzeyini, farkındalığı ve zorunlu tasarrufları arttırmaktır. Programa dahil olan üyeler gelir getirici faaliyetleri için krediye erişebilme imkanına sahip olmaktadır. BRAC, farklı ortamlarda uygulanan çeşitli programları değerlendirmeye tabi tutmuştur. Demografik bilgilerin yanında temel, mevsimsel ve etnografik veriler değerlendirme için kullanılmıştır. Sonuçlar BRAC üyelerinin daha iyi beslendiklerini, çocuklarının daha sağlıklı olduğunu, eğitim başarısının yükseldiğini, genel "iyilik hali" ve psikolojik sağlığın güçlendiğini ve aile içi şiddet oranının düştüğünü göstermiştir (Chowdury & Bhuiya 2001).

Kadınların güçlendirilmesi ve toplumsal şiddetin önlenmesi sağlığı etkileyen program ve politikaların diğer odak noktalarıdır (kutuya bakınız).

Kadınların güçlendirilmesi ve ruh sağlığına etkisi

"Cinsiyet", kadın ve erkekleri biyolojik özelliklerine göre ayırmak için kullanılan bir terim iken; "toplumsal cinsiyet" toplum tarafından belirlenmiş ayırt edici özellikleri ifade eder. Toplumsal cinsiyet gelişmekte olan ülkelerde sağıkta eşitsizliklerinin önemli bir parçasıdır. Toplumsal cinsiyet kadınların ve erkeklerin toplumdaki ekonomik durumları, sosyal statüleri, kaynaklara erişimleri ve tedavi imkanları gibi sağlığın belirleyicilerini etkilemektedir. Bu nedenle cinsiyet, yaş, aile yapısı, gelir, eğitim düzeyi ve sosyal destek gibi diğer belirleyicilerle etkileşim halinde olan güçlü bir sosyal sağık belirleyicisi olarak görülebilir (WHO 2000a). Gelişmekte olan ülkelere toplumsal cinsiyetin halk sağlığındaki rolü yaygın olarak kabul edilmiştir; dolayısıyla toplumsal cinsiyet çocuk ve ergen sağlığı, üreme ve temel sağık hizmetlerini hedef alan başlıca sağık programlarının temel bileşenidir.

Yaygın ruhsal bozuklukların kadınlarda görülen yüksek morbiditesinin açıklanmasında toplumsal cinsiyetin rolü, gelişmekte olan ülkelere yapılmış birçok çalışmada gösterilmiştir (Broadhead ve ark. basımda; Patel, Rodrigues & De Souza 2002). Bu çalışmalar örneğin depresyon riskinin, en azından kısmen, kadınlara yönelik olumsuz tutumlar, eğitim ve istihdamda daha az fırsat tanınması, çalışmalarının onaylanmaması ve aile içi şiddet riski ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (WHO 2000a)

Aile içi şiddet ve ruh sağlığı sorunları arasındaki bağlantı pek çok çalışmada net olarak gösterilmiş olsa da (WHO 2000a; Heise, Ellsberg & Gottemoeller 1999), gelişmekte olan birçok ülkede uygulanan şiddet azaltma programlarının ruh sağlığı üzerindeki etkisinin sistematik bir değerlendirmesi yapılmamıştır. Bu tür programlar; sağık çalışanlarının istismar hakkında soru sorarken rahat ve özgüvenli olmaları amacıyla duyarlılaştırması, şiddete ilişkin eğitimin mevcut sağık programlarına ve iletişim kanallarına (TV dizileri gibi) entegre edilmesi, istismar edilen kadınların haklarının güvence altına alınması için yasal reformlar yapılması, çeşitli yasal yaptırımlar uygulanarak istismarcıların ceza almasının sağlanması, mağdurların ihtiyaçlarının karşılanması ve erkek faililere ulaşılması gibi çeşitli alanlarda çalışmaktadırlar (Heise, Ellsberg & Gottemoeller 1999).

Yakın ilişkilerin güçlendirilmesine odaklanan yaklaşımlar ki aynı zamanda şiddetin en yaygın kaynaklarından birisidir, ebeveyn eğitimi, mentorluk ve evlilik danışmanlığını içermektedir. Sıçrama Tahtası (Stepping Stones) gibi programların Afrika ve Asyadaki uygulamaları sonrasında yapılan kalitatif değerlendirmelerde erkeklerin iletişim becerilerine ve kadınlara saygı duymalarına (WHO 2002a'da belirtilmiştir) katkıda bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzeri birçok programın şiddetin azaltılmasında etkili olduğu gösterilmiştir. Kadınlarda aile içi şiddet ve yaygın ruhsal bozukluklar arasındaki bağlantı göz önüne alındığında, bu tür programların ruh sağlığının güçlendirilmesinde olumlu etkileri olduğu kuvvetle muhtemeldir.

Sosyal destek

Sosyal destek stratejileri, sağlıklı yaşam biçimlerinin teşvik edilmesi ve ruh sağlığının güçlendirilmesi için toplumsal kuruluşları desteklemeyi amaçlamaktadır. Bu anlamda, sektörler arası işbirliği kritik önemdedir. Anne ruh sağlığının güçlendirilmesi örnek olarak verilebilir. Annelerin ruh sağlığının kötü olmasının, annenin iyilik halini ve bebeğin gelişimini tehlikeye attığı gösterilmiştir (WHO 2000a; Broadhead ve ark. basımda). Anne sağlığını iyileştirmeye yönelik müdahaleler, anne-çocuk ilişkisini de iyileştirecek ve çocuk için daha faydalı sonuçlar doğuracaktır. Örneğin, Zambiya'da yapılan bir çalışma, destekleyici müdahaleler ve danışmanlık hizmeti alan annelerin, bebeğin sağlık sorunlarını çözmede daha aktif olduğunu göstermiştir (Heise 1999). Benzer şekilde Peru'da uygulanan kadın programlarının da annede özgüven artışına yol açtığı ortaya konulmuştur (Broadhead ve ark.).

Yakın zamanda DSÖ tarafından yapılan bir gözden geçirme çalışmasında olumsuz koşullarda yaşayan çocuklarda, çocukluk çağı gelişiminin güçlendirilmesinin önemine dikkat çekilmiştir (WHO 1999). Dezavantajlı popülasyonlarda beslenme ve eğitim alanlarındaki müdahalelerinin psikososyal gelişimi desteklediği gösterilmiştir. Beslenme ve psikososyal bileşenleri (ebeveynliğin desteklenmesi gibi) birleştiren müdahalelerin en güçlü etkiye sahip olduğu görülmüştür. Her iki bileşeni de içeren tam ölçekli programlar dünyanın en yoksul ülkelerinden bazılarında uygulanmaktadır. Bununla birlikte, tüm olumlu bulgulara rağmen, beslenme veya sosyoekonomik açıdan dezavantajlı çocukların iyi beslenmiş ya da mutlu azınlığa mensup çocuklara tam olarak yetişemediklerini bilmek önemlidir. Çok daha fazla sayıda çocuğa ulaşan ve çocuk odaklı müdahalelerin yetişkinlikteki ruhsal ve fiziksel sağlık üzerindeki etkilerini değerlendiren modellerin geliştirilmesi ve test edilmesi gereklidir.

Yaşam becerileri eğitimi, ergenlere günlük yaşamın güçlükleriyle daha etkin başa çıkmayı öğreten bir sağlık güçlendirilmesi modelidir (WHO 1997). Yaşam becerileri karar verme, problem çözme, yaratıcı ve eleştirel düşünme, duygu ve stresle baş etme, etkili kişiler arası iletişim becerileri ve öz-farkındalığı içerir. Matematik, okuma-yazma veya yaşamını idame ettirebilmek için geçim becerileri gibi gençlerin büyüdükçe kazandıkları diğer önemli becerilerden farklıdır. Bugüne kadar gelişmiş ülkelerden, yaşam becerileri eğitiminin madde bağımlılığı, ergen hamileliği ve

zorbalığın önlenmesinde; akademik performansın ve okula devamın arttırılmasında, ruhsal iyilik halinin sağlanması ve ruh sağlığının güçlendirilmesinde etkili olduğuna dair kanıtlar vardır (WHO 1997). Bu model şu anda desteklenmekte, sahada test edilmekte ve bazı gelişmekte olan ülkelerde uygulanmaktadır.

Yaşlanma ve ruh sağlığı: kimin umurunda?

1990 yılında 60 yaş ve üstü nüfusun çoğunluğu (%58) gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktaydı. 2020'ye kadar bu oranın %67'ye kadar yükselmesi beklenmektedir. Buna karşılık, 30 yıl içerisinde yaşlıların oranının gelişmekte olan ülkelerde %200, gelişmiş ülkelerde ise %68 artması da beklentiler arasında yer almaktadır (Murray ve Lopez 1996). Yaşanacak demografik dönüşüme yalnızca ekonomik büyüme ve sanayileşmedeki değişimler değil, aynı zamanda sosyal örgütlenme ve aile hayatındaki büyük değişimlerin de eşlik etmesi kaçınılmaz olacaktır. Gençlerde olduğu gibi, yaşlılarda da olumsuz ruh sağlığı koşulları morbidite ve erken ölümlerin önemli bir nedenidir. Yaşlılar gelişmekte olan ülkelerde üç farklı sorunla karşılaşmaktadırlar: yaşlanma ile artan bulaşıcı olmayan ve dejeneratif hastalıklar, azalan aile destek sistemleri ve yetersiz sosyal yardım sistemleri (Patel & Prince 2001).

Yakın tarihte yayınlanan bir kitap, gelişmekte olan ülkelerde yaşlıların yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan programlar için kaynak olmuştur (Tout 1989). Programların ortak hedefi, yaşlılar için bir gelir sağlanmasıdır. Bu yaklaşım, yaşlılar için emekli maaşlarının ve hükümet programlarının erişilebilir olmadığı toplumlarda bir dereceye kadar bağımsızlık imkanı sunar. Hindistan'da HelpAge India programı, çocukların ve gençlerin fiziksel hastalığı olmayan yaşlılara bakım verilmesi amacıyla işe alınmalarına öncülük etmiştir. CEWA (Center for the Welfare of the Aged) (Yaşlıların Refahı Merkezi), yaşlıların zaman geçirip sosyal izolasyonlarını azaltabilecekleri gündüz merkezleri kurmuştur. Güney Kore'de yaşlı erkekler ve kadınların tanışmalarını sağlamak için sosyal etkinlikler düzenlenmektedir. Görme engeli gibi fiziksel engellerin sıklığını azaltma ve rehabilitasyon programları pekçok ülkede uygulanmaktadır. Malta'daki İyi Komşuluk Programı, yalnız yaşayan yaşlılara sosyal destek ve pratik yardım sağlama amacıyla komşuların ziyaret edilmesini kapsamaktadır. Bu örneklerin tümü yaşlılarda olumsuz ruh sağlığı için üç risk faktörünü- maddi zorluklar, sosyal izolasyon ve kötü fiziksel sağlık - azaltmayı hedeflemektedir ve bu faktörlerin düzeltilmesinin ruh sağlığı üzerinde belirgin etkileri vardır.

Gelir düzeyi düşük ülkelerde ruh sağlığının güçlendirilmesi ile ilgilenenler, “ruh sağlığını güçlendirme” kavramının, evrensel olmayan bir dizi tutum ve varsayımı içerdiğini dikkate almalıdırlar. Ruh sağlığını güçlendirme programları, insanların hayatlarını nasıl yaşayabilecekleri ve yaşaması gerektiği ile ilgili temel varsayımlarda olduğu gibi, kültürel veya biyomedikal emperyalizm stratejilerini ifade etmekle suçlanabilirler. Bu olası eleştirilere, yapılan uygulamalar hakkında uygun cevaplar verebilmek önemlidir; fakat aynı zamanda, ruh sağlığının güçlendirilmesi için faydalı olduğu bilinen durumların araştırılması konusunda cesaret kırabilecek ve güçsüz hissettirebilecek radikal bir görecelikten de kaçınılmalıdır.

Programların Etkinlik ve Maliyet-Etkinliği Açısından Kanıtların Üretilmesi

Politikaların değerlendirilmesi ihtiyacı

Hükümet politikalarının sağlık üzerindeki etkileri ve sonuçları hakkındaki kanıtların en iyi ihtimalle yetersiz olduğu ifade edilebilir. Açıkçası bazı müdahaleler, özellikle bireysel düzeyde olanlar için nispeten nitelikli kanıtlar mevcutken diğerleri için bundan bahsedilemez. Ruh sağlığı ihtiyaçlarını doğrudan hedefleyen veya olumsuz ruh sağlığı ile güçlü ilişkileri olduğu bilinen işsizlik, evsizlik veya düşük gelir düzeyi gibi alanlarda politik müdahalelere ilişkin kanıtları sentezlemeyi amaçlayan yakın tarihli, kapsamlı bir gözden geçirme çalışması (CRD 2000) mevcut durumu etraflıca ortaya koymuştur. Etkinliği kanıtlanmış bazı müdahaleler depresyon riski yüksek gebeler için ev merkezli sosyal desteği ve işsiz kişiler için problem çözme eğitimlerini, bilişsel-davranışçı eğitimleri ya da sosyal desteği içermektedir. Travma sonrası psikolojik anlamlandırma (psychological debriefing) da dahil olmak üzere birtakım müdahaleler ise zararlı görünmektedir. Genel olarak ruh sağlığının kötü olması durumunun kendisini değil ruh sağlığını bozan sebepleri ve belirleyicileri hedef alıp eğitim, istihdam, refah seviyesi gibi alanlarda doğrudan ya da destekleyici müdahaleler sunulması daha etkili olmaktadır. Örneğin okul öncesi çocuk bakım hizmeti yetişkin yaşamda daha dolgun ücretli bir işte çalışma olasılığını artırdığı ve bu nedenle ruh sağlığının bozulması riskini azalttığı için yararlı görünmektedir. Ayrıca alkol ve uyuşturucunun kötüye kullanımına yönelik çok sayıda etkili müdahaleler de uygulanmaktadır.

Ruh sağlığını doğrudan veya dolaylı olarak etkileyebilecek, ancak haklarında güçlü kanıtlar bulunmayan pek çok makul müdahale yöntemleri bulunmaktadır. Bunların içerisinde belki de en önemlisi gelir desteğidir. Ruh sağlığının bozulması tutarlı olarak yoksulluk ve yoksunlukla ilişkili olmuştur ve toplumda bu anlamda en kötü durumda olanların gelirlerinin artırılmasının ruhsal ve fiziksel sağlığa olumlu katkılarının olması kuvvetle muhtemeldir. Ancak gelir desteğinin sağlık üzerindeki olumlu etkilerine dair kanıtlar hala gözden kaçırılmaktadır. Sağlık üzerindeki etkileri değerlendirilmemiş olan gelir desteği çalışmalarını gözden geçiren yazarlar bu durumu “kayıp bir fırsat” olarak görmektedirler. Benzer ifadeler diğer pek çok sosyal müdahalenin değerlendirmesi için de kullanılabilir.

Bu “kanıt yokluğu”, “yokluğun kanıtı” ile karıştırılmamalıdır. Mümkün müdahaleler, gözlemsel etiyolojik araştırmalar gibi, sonuçların yokluğunda uygulanabilir; bununla birlikte bu örnek, politikaların ruh sağlığı ve diğer alanlardaki sonuçları değerlendiren araştırmaları teşvik etme ihtiyacını yeniden ortaya koymaktadır. Davranışsal, örgütsel, psikolojik veya politik müdahalelerin ruh sağlığındaki sonuçlarına ilişkin bu türden araştırmalar, çoğu ülkede hala nispeten nadirdir. Ayrıca, bu müdahalelerin görece maliyetleri ve faydaları hakkında temel ekonomik veriler eksiktir.

Değerlendirme araştırmaları ile ilgili zorluklar

Politikaların ruh sağlığı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmemesine yönelik beş neden öne sürülmüştür. İlk olarak, politika oluşturmadaki fırsat penceresi kısadır ve uzun teslim süreleri gerektiren karmaşık sonuç değerlendirmelerini geliştirmek için çok az zaman mevcuttur. İkincisi, politik ortamlar hızla değişmekte ve veriler eskimektedir. Üçüncüsü, deneysel değerlendirmeler genellikle politik soruları cevaplamak için uygun değildir. Dördüncüsü, etkiler genellikle küçük ve dağınıktır, bu da büyük örneklerin ve büyük randomizasyon birimlerinin gerekli olduğu anlamına gelir. Beşinci ve son olarak ise, bu tür bir değerlendirme araştırması için finansman kısıtlıdır (Sturm 1999). Bu engellerin birçoğu aşılabılır (ve bazen aşılmıştır da); ve Sturm'ın yaptığı gibi, ruh sağlığı izlem verilerini sağlayarak ruh sağlığı politikasını bilgilendirebilecek uzunlamasına gözlemsel çalışmaların hala değerli bir rolü olduğunu öne sürmek mantıklıdır. Daha sağlam sonuç değerlendirmeleri için yapılan çağrılar, bu nedenle ruh sağlığının belirleyicileri ve göstergeleri hakkındaki gözlemsel verilerin yaptığı katkıları engellemez (Herrman 2001).

Politika yapıcılar, amaca yönelik müdahalelerin etkilerine dair daha iyi kanıtlar beklemektedirler. Ancak, bu tür kanıtların toplanmasıyla ilgili belirli sorunlar vardır, zira ruh sağlığının ve fiziksel sağlığın önemli sosyal belirleyicilerinin çoğu pratik ya da politik nedenlerden ötürü randomizasyona uygun değildir. Teorik olarak ruh sağlığını etkilediği öngörülmüş olan yeni yol ve konut yapımı ve bölgesel yenilenme çalışmalarını içeren örnekler mevcuttur. Yakın zamanda, sağlık alanındaki yetersizlikler üzerine çalışan araştırmacılar, “doğal” deneylerden (örneğin, istihdam olanakları, konut sağlanması ve diğer politika girişimleri gibi) sağlık dışı alanlardaki politikaların sağlık alanındaki etkilerini tahmin etmeyi fırsat olarak kullanmayı önermişlerdir. Sağlık dışı politikalar aracılığıyla ruh sağlığının güçlendirilmesi konusunda belirgin bir potansiyel bulunmaktadır ve bu tür politikaların “yayılma” etkilerinin değerlendirilmesi ruh sağlığı kanıt tabanına önemli katkılar sağlayacaktır.

Bir örnek: barınma ve ruh sağlığı

Değerlendirme araştırmalarından (evaluation research), konutlarda yapılan iyileştirmelerin ruh sağlığını güçlendirdiğine yönelik kanıtlar elde edilmiştir. İstihdamda olduğu gibi, kötü barınma koşullarının da kötü sağlık koşulları ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar zaten bulunmaktadır, ancak barınma ile ilgili politikaların sağlık üzerindeki gerçek etkilerine ilişkin nispeten az sayıda değerlendirme bulunmaktadır. Örneğin, yakın tarihli bir sistematik incelemede, kapsamlı konut iyileştirme çalışmaları sonrasındaki sağlık kazanımlarını izleyip, değerlendiren sadece 18 çalışma tanımlanmıştır (Thomson, Petticrew & Morrison 2001). Çalışmalar örneklem seçimi, araştırmanın yeri ve konut iyileştirme türü bakımından çeşitlilik arz etmekte (örneğin, merkezi ısıtma montajından, tamamen yenilenme/tadilatla ve mahalledeki iyileştirmelere kadar uzanmaktadır) ve sonuçlar da kaçınılmaz olarak değişkenlik

göstermektedir. Bununla birlikte, ruh sağlığına olumlu etkilerine yönelik kanıtlar tutarlı olarak ortaya çıkmıştır. Prospektif, kontrollü, büyük ölçekli bir çalışmada, ruh sağlığındaki iyileşmenin derecesi konutta yapılan iyileştirmenin kapsamı ile doğru- dan ilişkili bulunmuş ve doz-yanıt ilişkisi gösterilmiştir. Ruh sağlığındaki bu sürekli gelişim paterni, en azından refah içinde olan ülkelerde, konutların iyileştirilmesinin ruh sağlığı konusunda kazançlar sağladığını göstermektedir.

Konutla ilişkili diğer pek çok faktör en başta konutun mülkiyet hakkı, tasarımı, taşınan evin ve mahallenin özellikleri olmak üzere, ruh sağlığındaki değişikliklerle ilişkilendirilmiştir (Allen 2000). Taşınma çevrenin yitirilmesi, sosyal ağların kaybı ve tatmin edilemeyen sosyal ihtiyaçlar ile ilişkilendirilmiş olup bunların hepsi de ruhsal ve fiziksel sağlığı zayıflatır.

Ruh sağlığına etkilerin değerlendirilmesi

Kamusal/sosyal konutların geliştirilmesine yönelik politikalar ruh sağlığına olumlu etkilerinin yanında, bazı olumsuz etkiler açısından da potansiyel taşıyabilmektedirler; bu da konut veya diğer sosyal politikalardaki değişikliklerin neden olduğu gerçek sağlık kazanımlarını (ve/veya kayıplarını) değerlendirme ihtiyacını bir kez daha ortaya koymaktadır. Bu bakımdan sağlık kazanımlarının en üst düzeye çıkarılmasını hedefleyen kamu politika, program veya projelerinde öneriler sunulmasını, potansiyel olumsuz etkilerin azaltılmasını ve/veya ruh sağlığının güçlendirilmesinde öncelikli yatırım alanlarının belirlenmesini amaçlayan (genel sağlığın değerlendirilmesinde olduğu gibi) ruh sağlığına olan etkilerin başarılı şekilde ölçülmesinde izleme ve değerlendirme faaliyetinin genişletilmesi kritik öneme sahiptir. Başarılı ve anlamlı ruh sağlığı etkilerinin değerlendirilmesi, diğer şeylerin yanı sıra, öngörülen ruh sağlığı etkilerinin niteliği, boyutu ve olasılığına ilişkin iyi değerlendirme kanıtlarının bulunmasına bağlıdır. Özellikle halk sağlığı müdahalelerinin değerlendirmeleri az olduğu için, farklı türde kanıtlar oldukça önemlidir. Niteliksel çalışmalardan elde edilen veriler, örneğin müdahalelerin öngörülemeyen olumsuz veya olumlu etkilerinin varlığını, doğasını ve olası mekanizmalarını tanımlamak için kullanılabilir (Thomson, Petticrew ve Douglas 2003). Uzunlamasına, yaşam boyunca toplanan veriler, kötü sosyal ve ekonomik koşullara maruz kalmanın sağlık üzerindeki uzun vadeli etkilerini inceleyebilir ve müdahalelerin hedef alabileceği en uygun sosyal çevrenin veya topluluğun özelliklerini tanımlayabilir (Kuh ve ark. 2003). Kesitsel epidemiyolojik veriler, işsizliğe ve kötü ruh sağlığına ilişkin mevcut verilerde olduğu gibi, gözlemlenmiş ilişkilerin gücüne dayanarak önerilen müdahaleler hakkında bilgilendirme ve öncelik belirleme işlemleri için kullanılabilir.

Maliyet etkinliği

Müdahalelerin nispi maliyetleri ve faydaları hakkındaki birincil ekonomik veriler seyrek. Oysaki bir müdahalenin uygulanıp uygulanılmayacağına karar verilmesinde, ekonomik değerlendirmeler karar vericiler açısından kilit öneme sahiptir (Michie

ve Williams 2003). Ekonomik değerlendirmeler kaynakların en iyi şekilde kullanılmasıyla ilgili soruları yanıtlamayı amaçlamaktadır ve güçlendirme faaliyetlerinin bedelinin değerlendirilmesinde ekonomik teori ve pratiği yararlı bir yöntem kümesi sunmaktadır (Cohen 1984). Buna rağmen sağlığın güçlendirilmesi alanında metodolojik olarak ekonomik değerlendirmeler yaygın olarak uygulanmamıştır (Cohen 1984; Shiell ve Hawe 1996; Godfrey 2001; Byford ve Sefton 2002; Hale 2000). Saha çalışmaları sağlığın güçlendirilmesinin ekonomik açıdan değerlendirilmesi, beklenen faydaların uzun erimli niteliği ve uygun duyarlı sonuç ölçütlerinin eksikliği konularında geleneksel yöntemlerle ilgili zorlukları vurgulamaktadır.

Klinik değerlendirmelerde olduğu gibi, ekonomik değerlendirmeler için de tercih edilen tasarım bir RKÇ'dir. RKÇ'nin kullanımındaki sınırlılık, güçlendirme faaliyetlerinin özel olarak seçilmiş bir gruptan ziyade bir topluluğun tamamında uygulanması ile ilgili olmasıdır. Ayrıca, denekleri randomize etmek etik veya pratik olmayabilir. Bu nedenlerle, kümelenme randomizasyonu (farklı bölgelerdeki çocuk grupları gibi tüm popülasyonların karşılaştırılması), modelleme ve gözlemsel çalışmalar gibi diğer değerlendirme yöntemleri kullanılabilir. Bu tür çalışmalar bir kontrol grubunun açıklayıcı gücüne sahip olmamasına rağmen, gerçek dünyayı daha yakından temsil etmek ve oluşturmak için daha elverişlidir. Aynı zamanda müdahalelerin uzun vadeli etki ve maliyetlerinin incelenmesi mümkün olabilir.

Bir ruh sağlığı güçlendirme stratejisinin olası sonuçlarının değerlendirilmesi uygun ve kapsamlı bir ölçüm gerektirir. Ekonomik nitelikli bir çalışmaya dahil edilmeye uygun bir dizi potansiyel etki alanı Tablo 1'de sunulmuştur. Hedef yararlanıcılar bireyler, gruplar veya topluluklar olabilir. Müdahalenin birtakım sonuçlarını her seviyede; ara sonuçlar (ör. davranışta bir değişiklik), sağlık konusunda son değerlendirmeler (iyileştirilmiş yaşam kalitesi) ve sağlık dışı (sosyal verimlilik artışı) dahil olmak üzere dikkate almak gerekir. Sağlıktaki değişiklikler bu sonuçlardan sadece bir tanesiyle ilgili olabilir ve bu nedenle sağlığın güçlendirilmesinin sağlıklı ilgili olmayan faydalarının da değerlendirilmeye alınmasına ihtiyaç vardır. Toplumsal düzeyde sonuç ölçütlerinin geliştirilmesi ihtiyaç duyulan bir araştırma alanıdır.

Tablo 1'de görüldüğü gibi, kaynaklar veya maliyetler ulusal veya bölgesel yönetimler, hizmet sağlayıcıları ve bireyler dahil olmak üzere, farklı seviyelerde kullanılmaktadır. Bunlar, sağlığın güçlendirilmesi programlarının geliştirilmesi, uygulanması, sürdürülmesi, eğitim masrafları ve özellikle medya giderleri ile ilgili maliyetleri içermektedir. Bu maliyetlerin ölçülmesi, söz konusu maliyet bileşenlerinin diğer programlarla olan ortak doğasının yanı sıra, ilgili birçok kurumun varlığı nedeniyle bugüne kadar önemli bir zorluk alanı olmuştur. Buna rağmen bazı ilerlemeler kaydedilebilmiştir. Örneğin, DSÖ'nün farklı bölgelerinde sigara, aşırı alkol kullanımı, güvenli olmayan seks ve kardiyovasküler hastalık risk faktörlerini azaltma programlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesinin maliyetleri yakın zamanda derlenmiştir (Johns ve ark. 2003).

Tablo 1: Ruh sağlığının güçlendirilmesinin ekonomik analizi için maliyet-sonuç alanları

	Seviye 1: Bireyler (Ör. okul çocukları ve işçiler)	Seviye 2: Gruplar (Ör. hane halkı ve topluluklar)	Seviye 3: Toplum (Ör. bölgeler ve ülkeler)
Kaynak girdileri	Sağlık için ayrılan zaman Sağlık ve sosyal hizmet Yaşam tarzı değişiklikleri (örneğin egzersiz)	Program uygulaması Ev tabanlı destek	Politika geliştirme ve uygulama
Süreç göstergeleri	Tutum veya davranış değişikliği	Tutum veya davranış değişikliği	Tutum veya davranış değişikliği
Sağlık sonuçları	İşlevsellik ve yaşam kalitesi Mortalite (örn. İntihar)	Aile yükü Şiddet	Özet ölçümler (ör. DALY'ler)
Sosyal ve ekonomik faydalar	Benlik saygısı İşgücü katılımı	Sosyal sermaye / uyum Azalmış işsizlik	Sosyal kaynaşma Verimlilik artışları Azalmış sağlık hizmeti maliyetleri

Bölüm III: Politika ve Uygulamalar

Bu bölümde, hükümet ve ticaretle ilgili sektörlerde politika çerçevesinin oluşturulması ve yerel topluluklarda sürdürülebilir değişikliklerin geliştirilmesiyle ilgili konular değerlendirilecektir.

Ruh Sağlığı Herkesin İşidir

Ruh sağlığını güçlendirme faaliyetlerinin kapsamı ve sonuçları oldukça geniştir. Kavramsal düzeyde, ruhsal sağlığın ayrıntılı olarak tanımlanması mümkündür ve aynı zamanda bir gerekliliktir. Daha pratik bir düzeyde, başlıca hedefi bireylerin ve toplumların ruh sağlığını iyileştirmek olan müdahaleler ile temel olarak başka bir şeye ulaşmayı amaçlayan fakat yan fayda olarak ruh sağlığını geliştiren diğer müdahaleleri birbirinden ayırt etmekte fayda vardır. Okullardaki zorbalığı önlemeyi ve ebeveynlerin becerilerini geliştirmeyi teşvik eden politikalar ve programlar ilk gruba ilişkin örneklerden bazılarıdır. Gelişmekte olan ülkelerdeki kız çocuklarının okula devam etmesini sağlayan politikalar ve uğraşlar, kamusal konutların iyileştirilmesine yönelik programlar ikinci gruba ilişkin yani ruh sağlığını iyileştirmeye dolaylı olarak fayda sağlayan örnekler olarak sayılabilir. Bu ayrım ruh sağlığını güçlendirmek için yapılabilecek müdahalelerin ve buna ilişkin sorumlulukların dağıtılması gibi hususların kapsamını daraltmaya yardımcı olur. Böylece, örneğin barınma ve eğitim ile ilgili kamu politikalarının ruh sağlığı üzerindeki etkisini izlemek mümkün hale gelir. Bir ülkedeki veya bölgedeki ruh sağlığı programları ya da uğraşları bu ayrımı desteklemeli, gerçekleşmesini izlemeli ve bulguları kullanmaya yardımcı olmalıdır. Diğer gruplar da bu konuda çalışmalı ve bununla birlikte politikaların ve uygulamaların araştırma bulgularıyla şekillendirilmesini sağlamalıdır.

Ruh sağlığının geliştirilmesine ilişkin faaliyetler, sağlığın geliştirilmesine ilişkin olanlar ile birlikte yürütülebilir fakat bunların savunuculukları ayrı ele alınmalıdır. Fiziksel ve ruhsal sağlık arasındaki yakın ilişki göz önünde alındığında, ruh sağlığını iyileştirmek için tasarlanan müdahalelerin birçoğu aynı zamanda fiziksel sağlığı da iyileştirecektir ya da aynı şekilde tersi de mümkündür. Sağlık ve ruh sağlığı, sağlık dışındaki sektörlerin politikalarından ve toplumsal müdahalelerden etkilenir.

Ruh sağlığını güçlendiren eylemler, ruhsal bozuklukların önlenmesi için sıklıkla önemli çıktılar sağlar. Davranışa bağlı bir dizi hastalığın ve risklerin oluşmasının

önlenmesi ruh sağlığını güçlendirmenin etkili olduğunun göstergeleridir. Örneğin, sigara içiminin, korunmasız cinsel ilişkinin, dolayısıyla edinilmiş bulaşıcılık yetmezliği sendromunun (AIDS) veya çok genç yaşta hamileliğin önlenmesinde yardımcı olabilir. Bunlar ruhsal bozukluklar değildir. Aslında, ruh sağlığının güçlendirilmesinin, ruh sağlığı bozukluklarının oluşumunu önlemedeki potansiyel katkısı, sağlığa zararlı ve antisosyal davranışların oluşmasını önlemeye yönelik katkısına kıyasla oldukça düşüktür (Orley ve Weisen 1998).

Ruh Sağlığının Güçlendirilmesi: Ruh Sağlığı Politikasının Önemli Bir Bileşeni

Ruh sağlığının güçlendirilmesinin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için gerekli statü ve stratejik yönlendirmenin mevcut politikalarla entegre edilmesi bir zarurettir. Ruh sağlığı politikası, bir toplumdaki ruhsal bozuklukların yükünün azaltılması ve ruh sağlığı gelişimi için organize edilmiş bir dizi değerler, ilkeler ve hedefler bütünüdür. İyi formüle edildiğinde ruh sağlığı politikası, farklı paydaşlar arasında, net roller ve sorumlulukları belirleyen eylemler için anlaşmaları tanımlar ve kolaylaştırır. Daha geniş bir sosyal politikanın parçası olarak geliştirildiğinde (tek başına bir politika-dan ya da genel sağlık politikasına dahil edilmiş olmasından ziyade), ruh sağlığının güçlendirilmesi vurgusu daha sağlam hale gelir. Politikanın geliştirilmesi ve uygulanmasında, farklı sektörleri temsil eden çeşitli paydaşların katılımını sağlamak için oldukça fazla fırsat bulunmaktadır.

Politikanın bileşenleri

Politika; vizyon beyanından, politikanın altında yatan değerler ve ilkelerin beyanından, politikanın işlevselleşmesine yardımcı olan bir dizi hedeflerden ve politika hedeflerine ulaşmak için ana eylem alanlarının tanımından oluşur.

Vizyon Beyanı

Vizyon beyanı, politikanın ana unsurlarını içerir ve politikanın uygulanmaya başlanmasından birkaç yıl sonra neyin beklenileceğini veya neye ulaşılacağını gösterir. Mevcut kaynaklar hakkında gerçekçi olmak kaydıyla, ruh sağlığında ulaşılacak istenlere ilişkin yüksek hedefler belirlenmelidir.

Değerler ve ilkeler

Değerler, uygun görülen şeyler hakkındaki yargılara işaret eder. İlkeler, eylemleri yönlendirecek standartlara atıfta bulunur ve bu değerlerden ortaya çıkmalıdır.

Hedefler

Hedefler, politika vizyonunu gerçekleştirilebilir görevlere ayıran ölçülebilen amaçlardır. Toplum sağlığını iyileştirmek, insanların beklentilerine cevap vermek, ayrıca kötü sağlık maliyetlerine karşı finansal koruma sağlamak hedefler arasında yer almalıdır (WHO 2000).

Eylem alanları ve stratejileri

Eylem alanları ve stratejiler, ruh sağlığı politikasının hedeflerini ileriye taşır. Etkili ruh sağlığı politikası, çeşitli alanlardaki eş zamanlı gelişimi dikkate alır (bkz. Kutu).

Ruh sağlığı politikasında başlıca eylem alanları

- Finansman
- Mevzuat ve insan hakları
- Hizmetlerin organizasyonu
- İnsan kaynakları ve eğitim
- Tanıtım, önleme, tedavi ve rehabilitasyon
- Temel ilaçların temini ve dağıtımı
- Savunuculuk
- Kalite iyileştirmesi
- Bilgi sistemleri
- Politika ve hizmetlerin araştırılması ve değerlendirilmesi
- Sektörler arası işbirliği

Ruh sağlığını güçlendirme için üç farklı düzeyde çalışılmaktadır: bireyleri güçlendirmek, toplumsal grupları güçlendirmek ve ruh sağlığı konusuyla ilgili yapısal engelleri azaltmak (Mentality 2003). Bu çerçevenin oluşması, ruh sağlığını güçlendirme politikasındaki başlangıç noktalarının kavramsallaştırılabilmesi için yararlıdır. Ayrımcılığı ve eşitsizliği azaltmak, eğitim, istihdam, barınma, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve savunmasız/incinebilir olanlara destek sağlamak için yapılan girişimler aracılığıyla ruh sağlığı konusuyla ilgili yapısal engeller azaltılabilir.

Ruh Sağlığının Güçlendirilmesinde Genel Çerçeve

Tüm toplumlarda ruh sağlığını güçlendirme stratejilerini dikkate alan ideal genel çerçeve, sağlık ve ruh sağlığı politikalarının hükümetin sosyal kalkınma politikaları ile desteklenmesidir. Bu çerçevenin üç boyutu vardır: ruh sağlığı kavramı, ruh sağlığını güçlendirmeye yönelik stratejiler, planlama ve değerlendirme için bir model.

Ruh sağlığı kavramı

Ruh sağlığını güçlendirme, ruhsal hastalıklar ve bozukluklara vurgu yapmak yerine, ruh sağlığına ilişkin olumlu görüşlere dayanan yaklaşımları benimsemeyi içerir. Sağlığın güçlendirilmesi, toplumsal sağlığı geliştirmek için insanlarla iletişim kurmayı ve onları güçlendirmeyi amaçlayan pozitif bir yaklaşımla karakterizedir.

Ruh sağlığını güçlendirme stratejileri

Sağlığın Güçlendirilmesi için yapılan Ottawa Sözleşmesi (WHO 1986) sağlığı güçlendirme stratejileri için bir temel oluşturur ve ruh sağlığının güçlendirilmesi için bir rehber olarak düşünülebilir. Sağlığı etkileyen bireysel, sosyal ve çevresel faktörlere dikkat çeker. Ottawa Sözleşmesi bu pozitif yaklaşıma yeni bir halk sağlığı felsefesine ve sağlık politikalarına yapılan vurguyla, destekleyici ortam sağlanması ve insanların günlük yaşantılarındaki sağlık sorunları üzerindeki kontrolün artırılması ile sağlam bir çerçeve sağlamıştır. Bu sözleşmenin temel stratejileri, sağlıklı kamu politikaları oluşturmak, destekleyici ortamlar oluşturmak, toplumsal eylemi güçlendirmek, bireysel yetenekleri geliştirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmektir.

Sağlıklı kamu politikaları inşa etmek

Yalnızca sağlıklıla ilgili olanlar değil tüm kamu politikalarının sağlığın güçlendirilmesi ile ilgili olduğu kabul edilir. Ottawa Sözleşmesi, çoğu toplumsal yapı ve eylemin sağlık üzerinde bir etkisi olduğunu kabul eder. Ruh sağlığını güçlendirme politikaları, ruh sağlığının bireyler ve toplumlar için görünürlüğünün ve değerinin artırılması için savunuculuk rolüne sahiptir.

Destekleyici ortamlar yaratmak

Çevresel sağlık stratejileri uzun zamandan beri sağlık için önemli olarak kabul edilmiştir. Ancak, büyük ölçüde somut alanlar üzerine odaklanılmıştır. Sosyal ve makro ortamlara ve sağlığın etkilendiği mekanizmalara daha fazla dikkat edilmelidir. Birey ile çevresi arasındaki karmaşık etkileşimler bağlamsaldır; bireysel deneyimler ve beceriler, sosyal ve kültürel faktörler aracılığıyla belirlenir. Ruh sağlığının güçlendirilmesinde karşılaşılabilecek zorluklar, bu faktörlerin çevre üzerindeki etkilerinin bilinmesini, etkilerin ve sonuçlarının değerlendirilmesini ve değiştirici müdahalelerin geliştirilmesini içermektedir (Catalano ve Dooley 1980).

Toplumsal eylemlerin güçlendirilmesi

Ortak bir hedefe ulaşmak için çabalayan insanların birlikte hareket etmeleri, sosyal sermayeyi güçlendirir, yetkinlik duygusu yaratır, toplumun kapasitesini ve esnekliğini artırır.

Kişisel becerilerin geliştirilmesi

Bilgi ve bilginin yaygınlaştırılması, insanların ruh sağlığı anlayışını geliştirmek için kritik öneme sahiptir. Sağlık okuryazarlığı kavramları, ruh sağlığı okuryazarlığına rehberlik etmekte ve ruh sağlığını güçlendirmeye katkıda bulunmaktadır.

Sağlık hizmetlerine yeniden yön verilmesi

Ottawa Sözleşmesi, sağlık hizmetlerini tıbbi modelden daha kapsayıcı olan bütünsel bir yaklaşımla yeniden düzenlemeyi gözetmektedir. Güçlü bir sağlık politikası, iki model arasında denge kurmayı amaçlamaktadır. Sosyoloji alanından gelen

“ılıman stratejiler” ile birlikte, randomize kontrollü çalışmalardan edinilen kanıtlara dayalı “müdahale stratejisi”nin uygulandığı tamamlayıcı bir yaklaşım önerilmektedir.

Planlama ve değerlendirme için bir model

Basit bir planlama modeli, tartışılan ilkeleri ve stratejileri uygulamaya yardımcı olur. Ruh sağlığının belirleyicileri, müdahalelerin geliştirilmesi amacıyla tanımlanmalı ve her bir ortamda işlevsel hale getirilmelidir. Stratejik uygulamaları üç geniş nüfus düzeyinde planlamak yararlıdır: toplum (örn. politika ve sağlık hizmetleri), topluluk (örn. okullar ve işyerleri) ve birey (aileler ve küçük gruplar dahil).

Ruh Sağlığını Güçlendirme Stratejisi Olarak Toplumsal Gelişim: Düşük Gelirli Bir Ülkeden Dersler

Toplumsal gelişim, insan merkezli bir yaklaşım gerektirir. Ötekileştirilmiş bireylere özel olarak odaklanılması ve toplulukların sosyal, ekonomik, çevresel ve kültürel refahının geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Yerel bilgiye ve önceliklere dayanarak toplumun sorunlarına çözüm bulma konusunda katılımcı bir vurguya sahiptir. Hindistan’ın kırsal bölgelerinde yapılan çalışmalar, uygulanan program belirli bir ruh sağlığı odağı içermediğinde bile toplumsal gelişim ile ruh sağlığının güçlendirilmesi arasındaki ilişkiye örnek teşkil etmektedir.

Hindistan’ın kırsal bölgelerindeki yoksulluk, eşitsizlik, toplumsal cinsiyet ayrımcılığı ve aile içi şiddet ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında büyük etkiye sahiptir. Alan yazında, öz benlik saygısının düşüklüğü, öğrenilmiş çaresizlik, güven duygusunun azlığı, olumsuz yaşam olaylarının fazlalığı, sosyal içe çekilme, sıkıntı hissi, işsizlik, finansal ve ekonomik sorunlar, sosyal statünün düşük olması, düşük eğitim seviyesi ve kadın olmak da dahil olmak üzere birçok faktör, ruhsal hastalıklarla ilişkili bulunmuştur (McKenzie 2000; Mumford ve ark. 1997; WHO 1990).

Kırsal Hint köylerinde yoksulluğu, eşitsizliği ve toplumsal cinsiyet ayrımcılığını doğrudan hedef alan büyük çaplı temel sağlık programı, dolaylı olarak ruhsal iyilik halinde de önemli kazanımlara yol açmıştır. Bu köylerde toplumsal gelişimin başarısının ve dolayısıyla ruh sağlığının güçlendirilmesinin anahtarı, kadın ve erkeklerin ihtiyaçlarını, ilgilerini ve sorumluluklarını gözeten; kadınların savunmasızlığını azaltmaya ve sosyal katılımlarını arttırmaya odaklanan bir yaklaşım olmuştur. Müdahaleler başarılı olurken, insanlar birlikte çalışmanın kendilerini güçlendirdiğini fark etmişler ve köyü etkileyen sağlık ihtiyaçları ve sosyal sınıf ayrımcılığı gibi diğer konularda yakınlaşmaya başlamışlardır.

Şekil 2’de bu projede toplumsal gelişim ile ruh sağlığı arasındaki bağlantı tanımlanmaktadır. Buradan edinilen dersler, başka yerlerde benzer programların uygulanması için bir şablon sağlamaktadır. Topluma ilişkin yerel faktörlerin anlaşılması, topluluğun kendi sorunlarını çözmesi için güçlendirilmesi ve ruh

sağlığı belirleyicilerinin iyileştirilmesi, “toplumsal gelişim yaklaşımı”nın neden ruh sağlığının güçlendirilmesinde anahtar strateji olduğunu ortaya koymaktadır.

Şekil 2: Hindistan’daki kırsal köylerde toplumsal gelişim ile ruh sağlığı arasındaki ilişki

Toplumsal gelişme	Artar	Ruh Sağlığı
	Sosyal ilişkiler ve destek Sosyal sermaye Krizlerde kullanılabilecek sosyal güvenlik ağları Daha verimli baş etme yetenekleri Gelişmiş konut, sağlık hizmeti ve eğitim imkanları Ekonomik gelişme Sağlık, komplikasyon olmayan hamilelikler, beslenme ve daha temiz çevre koşulları Kadınların ekonomik bağımsızlığı → Kadınların yeterliliğinde artış → Kadınlara karar verme süreçlerinde, aile planlaması dahil, daha fazla yer verilmesi Su kaynakları → Toplumsal uyumsuzluğun ve kadınların yükünün azalması Güçlendirme: İnsanların problemlerine çözümler geliştirebileceklerine ve değişiklik yapabileceklerine inanması → Yüksek değerlere odaklanabilme kapasitesi ve savunmasız olanlara eşduyumu gösterme Kadınların güçlendirilmesi → Okula giden daha fazla kız çocuğu, olumsuz ergenlik tecrübelerine dair daha az problem, azalmış aile içi şiddet Ergen kız grupları → Sosyalleşme, eğitim, güçlendirme ve özgüven artışı için fırsatlar Eşitlik ve marjinal gruplar için fırsatlar Azalı Alkol bağımlılığı ve şiddet Sınıfsal ayrımlar Hamilelikten veya köy ebesine bağlı bir hastalıktan (Kapsamlı Kırsal Sağlık Projesi tarafından desteklenen) dolayı ölüm korkusu → Daha iyi aile planlaması → geniş aile sahibi olma yükünden kurtulmak Yozlaşma ve suç Toplumsal eşitsizlik	

Kaynak: Arole, Fuller ve Deutschman baskıda

Sürdürülebilir Müdahalelerin Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi bağlamında sürdürülebilirlik, bir girişimin, başlangıç finansmanı sağlandıktan veya “demonstrasyon projesi” aşaması tamamlandıktan sonra, fayda veya sağlık kazanımlarının devam edebilmesini ifade eder. Sınırlı kaynaklar karşısında, fayda sağlamaya yönelik çabaların devam etmesi programın sürdürülebilir olduğunu gösterir. Sağlığın güçlendirilmesinde sürdürülebilirlik üzerine yapılan araştırmalar ve geliştirilen teoriler, çok sayıda yararlı örnekler oluşturmuşsa da tek başına ruh sağlığının güçlendirilmesi konusunda birikmiş deneyim azdır.

Bir dizi çalışma sürdürülebilirlik hakkında düşüncelerimizi şekillendirmiştir. Goodman ve Steckler’in (1987), 10 yıl boyunca takip ettiği kohort çalışması öncül-lerden birisidir. Bu araştırmadaki esas ilgi alanları hangi programların “yaşayıp”, hangilerinin “yok olduğu”nu öngören faktörlerin tespiti. Sonuçlar şaşırtıcıdır. Önemli bir faktör, ev sahibi kuruluştaki programın devamı için kilit karar verme toplantısında programı savunabilecek daha yüksek konuma sahip birilerinin varlığıdır. Bu araştırma, kurumlarda sürdürülebilirliğin güçlendirilmesine ilişkin faktörlere dair birçok sorgulamayı ortaya çıkarmıştır. Çalışma, bir programın ilk başta kurulma şeklinin, devam etme ihtimalini de etkilediğine dikkat çekmiştir (Shediac-Rizzkallah & Bone 1998).

Bir programın sürdürülebilirliği ile ilişkili olduğu bilinen ana özellikler şunlardır:

- Programın etkili olduğuna dair kanıt vardır.
- Tüketiciler/fon sağlayıcılar/karar vericiler programın geliştirilmesinde yer alır.
- Ev sahibi kuruluş, başlangıçtan itibaren nakdi veya ayni destek sağlar.
- Ek fon oluşturma potansiyeli yüksektir.
- Ev sahibi kuruluş “olgunlaşmıştır” (istikrarlı, kapasiteli).
- Program ve ev sahibi kuruluşun görevleri uyumludur.
- Program ayrı bir birim değildir, aksine onun politikaları, prosedürleri ve sorumlulukları organizasyon ile entegredir.
- Üst düzey yetkililerden biri (program direktörü dışında), programın destekleyicisidir.
- Programın devam etmemesinden faydalananak “rakip kuruluşlar” vardır.
- Ev sahibi kuruluş yeniliklere açık bir kurumsal tarihe sahiptir.
- Programın değeri ve misyonu, daha geniş bir topluluğa uygundur.
- Programın sona erme olasılığını azaltacak destekleyicileri vardır.
- Diğer organizasyonlar programın yeniliklerini taklit ederler.

Sürdürülebilirlik ile ilgili araştırmalar artmaktadır ama ölçülebilir olanın ne olduğu daha karmaşık bir hale gelmiştir. Çoğu çalışma, programların varlığına veya yokluğuna odaklanır (Bracht ve ark. 1994). Ancak Green’in (1987) belirttiği gibi, sağlığın güçlendirilmesi bağlamındaki programların amacı, yalnızca sürekliliğin sağlanması değil, aynı zamanda mevcut problemlerin çözümü için sürdürülebilir bir

kapasite sağlanmasıdır. Programın başlangıçtaki ekibi artık çalışmıyor, hatta programın ismi ve logosu bile ortadan kalkmış olsa dahi sürdürülebilir kapasite sayesinde program farklı formlar altında devam edebilir. Bu durum sağlığın güçlendirilmesinde kapasite artırılması araştırmalarının, sürdürülebilirlik araştırmalarıyla ilişkilendirilebilmesini sağlar. (Hawe ve ark. 1997).

Yeni programlar eklemekten ziyade, var olan sistemlerin işlevselliğinin ve kapasitesinin artırılmasına odaklanması gerekmektedir-örn. temel sağlık hizmetlerinin okullardaki sağlığı daha güçlendirici vasıfta olması gibi. Bu nedenle, son zamanlarda sürdürülebilirlik konusundaki araştırmalar, programların teknolojik yönlerinden ziyade, organizasyon veya topluluklardaki değişim süreçleri üzerindeki rollerine odaklanmaktadır. Bu programlar, sistemlerin daha iyi işleyebilmesi için “yeniden ayarlama” fırsatlarıdır.

Yeni akımlar, programların daha sistematik bağlamsal analizini yaparak, hangi programların ve içeriğe ilişkin faktörlerin (önceden var olan iş gücü ve kurumlar arası ilişkiler gibi) bir programın devamlılığında ya da işlevsiz hale gelmesinde ön görücü rollerinin olduğunu tespit etmeye çalışmaktadır.

Ruh sağlığının güçlendirilmesinde sektörler arası yaklaşım

Sağlığın itici güçleri sağlık sektörünün dışındadır (Marmot 1999).

Ottawa Sözleşmesi “sağlığı tüm sektörlerde ve her düzeyde politikaların gündemine yerleştirir” (WHO 1986, s. 2). Sağlığın Güçlendirilmesi’nde Jakarta Deklarasyonu, sektörler arası işbirliğine olan ihtiyacı vurgulamada daha da ileri gitmektedir:

Hükümet sektörleri içerisinde, hükümet ile hükümet dışı kuruluşlar arasında ve kamu ile özel sektör arasında geleneksel sınırların aşılmasına ihtiyaç vardır. İşbirliği esastır... yeni ortaklıkların yaratılması gereklidir... (WHO 1997a, s. 3).

Bu durum ruh sağlığının güçlendirilmesi söz konusu olduğunda daha da önemlidir.

Ortaklaşa çalışma şunları gerektirir:

- Sektörler, ortamlar ve organizasyonlardaki mevcut faaliyetlerin üzerine eklemeler yaparak geliştirmek;
- Değişen seviyelerde farklı amaçlar için farklı ortaklıklar oluşturmak;
- Kamu kurum ve kuruluşları ile politika, uygulama ve araştırma alanlarındaki uzmanlar arasında “yatay” biçimde ortak eylemler oluşturmak.

Sağlığın sosyo-politik ve ekonomik belirleyicileri, ruh sağlığının güçlendirilmesi için ortak çalışmaya dayalı uygulamalara ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır. Yani, sosyal bağlılığı arttırmak, ayrımcılık ve şiddeti azaltmak, işyeri ve fiziksel çevrede değişiklikler yapmak gibi sağlığın belirleyicilerine yapılacak müdahaleler, sağlık sektörünün tek başına eylemleri ile değil ancak sektörler arası bir yaklaşımla mümkün olabilir. İstihdam, eğitim, adalet, refah, sanat, spor ve yapılandırılmış çevre hakkında araştırma, politika ve uygulamaları içeren çoklu disiplinli yaklaşımlar, katılımın artması ve sosyal bağlılık yoluyla ruh sağlığının geliştirilmesine katkıda bulunur.

Bu uygulamanın içerdikleri arasında okullar, işyerleri gibi mekanlar ve sanat veya spor aktivitesi gibi eylemler yer alabilir. Toplumsal gruplar arasında öğrenciler, çalışanlar, işverenler, yaşlı insanlar, düşük gelirli topluluklar, gençler, göçmen veya azınlık gruplarından insanlar bulunmaktadır. Bu ortamlarda çeşitli stratejiler kullanılmaktadır. Bu stratejilere örnek olarak; politika geliştirme, örgütsel değişim; tiyatro, anlatı ve danışma süreçleri; toplumsal gelişim ve bağlılık, fiziksel ve sosyal çevrenin değiştirilmesi verilebilir. İşbirliğinin doğası, ortamlarda, sektörlerde ve farklı seviyelerde değişebilir. Olumlu sonuçlar hemen hemen nerdeyse ilgili sektörlerin sahiplenmesini ve birlikte planlamasını gerektirir.

Bununla birlikte, işbirliği ve ortaklığın kurulması ortak hedeflere ve çıktılara ulaşılmasının ön koşulu olsa da zaman alır. İşbirliği ve ortaklığın kurulması sırasında karşılaşılan zorluklar arasında; sektörlerdeki dikey fonlama, farklı tecrübeler ve görüşler, çatışan öncelikler, çoğu zaman adaletsiz fonlama modelleri, sağlığa ilişkin farklı toplumsal modeller ve karmaşık karar verme süreçleri yer almaktadır.

Daha iyi sağlık sonuçları elde edebilmek için sektörler arası yaklaşımın en önemli bileşenleri şunlardır:

- Sektörler arasında işe yarayacak, birleştirici bir dilin benimsenmesi;
- Kaynakların tahsisine ve paylaşılmasına yönelik ortak yaklaşım;
- Bireysel, örgütsel ve topluluk boyutlarında kapasitenin güçlendirilmesi.

Yerel yaklaşımlara dayanan sağlık modelleri artık herkes için iyi uygulama modelleri olarak görülmektedir. Samoa toplulukları, örneğin geleneksel evlerine (fonofale: zemin üzerinde dört tane direk vasıtası ile duran çatıdan ibaret olan geleneksel bir yapı) dayanan bir “*fonofale*” sağlık modeline sahiptir. Çatı, kültürel değerleri ve inançları temsil eder; kurum ailedir, çekirdek veya geniş aile olabilir ve dört direk “fiziksel-biyolojik”, “manevi”, “ruhsal ve duygusal” ve “diğer” iyi oluş hallerini (cinsiyet, cinsel yönelim, yaş ve sosyal sınıf gibi değişkenleri içerir) temsil eder (Anae ve ark. 2002). Samoa ve Maori toplulukları gibi Yerli Avustralyalılar zihinsel / fiziksel ayırım tanımazlar. Bu unsurların karşılıklı etkileşimi, iyilik halinin sağlanmasında çok önemlidir (Anae ve ark. 2002). Bu görüş, ruh sağlığının güçlendirilmesi için diğer toplumsal gruplarla kültüre duyarlı ortaklıklar oluşturulmasının gerekliliğini göstermektedir.

Vaka çalışmaları: Ruh sağlığının sosyal belirleyicilerini ele alan ortaklıklar

Aşağıdaki vaka çalışmaları, sağlık sektörünün diğer sektörlerle işbirliği içinde çalıştığına ruh sağlığının sosyal belirleyicilerine yönelik etkisini göstermektedir.

Yeni Zelanda Aotearoa'daki Ruhsal açıdan Sağlıklı Okullar

Okul çerçevesinde sağlığın güçlendirilmesi (WHO 1996), gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak uygulanmaktadır ve sağlık ile eğitim arasındaki sektörler arası işbirliğinin önemli bir örneğidir. Yeni Zelanda Sağlık Bakanlığı, Yeni Zelanda Ruh Sağlığı Vakfı (MHF 2001) ile birlikte Ruhsal Açıdan Sağlıklı Okullar Rehberi'ni geliştirmişlerdir. Bu proje müfredat öğrenimi ile öğretimin, okul organizasyonu ile değerler sisteminin, toplumsal bağlar, işbirliği ile hizmetlerin birbirine bağlanmasını sağlamıştır. Bu uygulama, ortak hedefleri okul çocuklarının sağlığını ve iyiliğini sağlamak olan iki farklı devlet sektörünün işbirliğine örnek teşkil etmektedir.

MindMatters (akıl önemlidir) – Ulusal Okullarda Ruh Sağlığını Güçlendirme Eylemi

MindMatters (akıl önemlidir), Avusturalya Milletler Topluluğu Sağlık Departmanı tarafından finanse edilen ulusal okullarda ruh sağlığını güçlendirme eylemidir. Okuldaki her alanda gençlerin iyilik halini teşvik ederek sağlığı güçlendirmeyi hedefleyen yapılandırılmış bir stratejiler bütünüdür. Sağlık sektörü eğitim sistemi ve öğretmenlerin önceliklerinin kabul edilmiş olması işbirliğini kolaylaştırmıştır. Bireysel eksiklikleri vurgulayan sağlık sektörü müdahalelerinden uzaklaşarak, etkili okul programları uygulanılmasına yönelik eğitim araştırmalarının bulgularına odaklanılmıştır (Wyn ve ark. 2000).

Danang şehrinde bakım faaliyetlerini sosyalleştirmek ve yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerini artırmak

Danang, Vietnam'da bir sahil şehridir. Yaşlı insanların sağlığını korumak ve desteklemek için toplum temelli bir sosyal sağlık programı geliştirilmiştir. Spor ve etkinlik merkezlerinin işbirliği içinde çalışması sağlanmıştır. Büyükanne ve büyükbabalara gençlere iyi örnek olmaları için, gençlere de büyükanne ve büyükbabalarına bakmaları için cesaret verilmiştir ("Büyükanne-Büyükbaba-Saygılı Çocuk Modeli gibi"). Aktivitelerinin ve kişisel bakımların artırılması için sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmetleri geliştirilmiştir. Ayrıca, genel hastanede yaşlıların bakımı için özel servisler kurulmuş ve doktorların yaşlıların ihtiyaçlarını daha iyi değerlendirebilmeleri sağlanmıştır.

Bu çalışmada, farklı düzeylerdeki toplumsal grupların çeşitli eylemlerinin, farkındalığı ve sosyal bağlılığı artırarak ruh sağlığını nasıl iyileştirebildiği gösterilmiştir. Sağlık personeli ve hastanenin uygulamaları değiştirilmiştir. Yaşlı ve genç insanları birbirine bağlayan bir sağlık eğitimi programı her iki (yaşlı ve genç) gruba da değer katmıştır. Yaşlı insanların sağlığı önemli ölçüde iyileştirilmiştir.

Uluslararası İşbirliği ve DSÖ'nün Rolü

Ruh sağlığını güçlendirmenin sektörler arası işbirliğine bağlı olduğu ve müdahalelerin çoğunun aslında geleneksel ruh sağlığının dışındaki sektörlerin sorumluluğuna dahil olduğu açıktır. Ayrıca, aktif desteğe de açık bir ihtiyaç vardır, zira ruh sağlığı sorunları net olmaktan ziyade belirsiz ve açık olmaktan ziyade gizlidir. Uluslararası işbirliğine olan ihtiyaç bu nedenle çok önemlidir.

DSÖ, sağlıktan sorumlu uluslararası lider kuruluş olarak, ruhsal sağlığın ve onun geliştirilmesinin değerini bilmektedir. Sağlığın tanımlanmasında daha önce söylenen “yalnızca hastalıkların varlığı veya yokluğunu” değil; “fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde bulunmayı” vurgulamaktadır. DSÖ Anayasası ayrıca bazı temel işlevleri de şart koşar.

Bunlar şunlardır:

- “Özellikle insan ilişkilerinde uyumu etkileyen ruhsal sağlık faaliyetlerini teşvik etmek”; ve
- “Sağlık meseleleri hakkında bilinçli kamuoyu oluşturulmasına yardımcı olmak”.

Dünya Sağlık Örgütü Genel Kurulu (World Health Assembly), ruh sağlığının güçlendirilmesiyle ilgili birçok kararında, üye devletleri ruhsal hastalıkları önlemek ve ruh sağlığını güçlendirmek için adımlar atmaya çağırılmış ve Genel Direktörden uygun stratejiler hakkında bilgi vermek ve rehberlik sağlamak için adımlar atmasını talep etmiştir (WHO 2002). 2002 yılında, DSÖ'nün “ruh sağlığını güçlendirmek ve korumak için etkin politika ve programların geliştirilmesini sağlamak” için sunduğu bir karar tasarısı kabul edilmiştir (WHA55.10). “Ruh sağlığı ile ilgili küresel bilinçlendirme ve savunuculuk kampanyalarını geliştirmek için sivil toplum ile işbirliği kurma ve kilit eylemler” çağrısında bulunulmuştur (WHO 2002).

DSÖ'nün ruh sağlığının güçlendirilmesindeki rolü kısaca şu şekilde özetlenebilir.

Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerden gelen ruh sağlığını güçlendirme stratejilerine ilişkin kanıtların sağlanması, gözden geçirilmesi, derlenmesi ve güncellenmesi

Ruh sağlığının güçlendirilmesi konusunda çok sayıda çalışma yayınlanmasına ve zaman zaman bu çalışmaların sonuçlarını özümseme çabalarına rağmen, bu alana ilişkin kanıta dayalı kapsamlı bir gözden geçirme çalışması mevcut değildir. “*Ruh Sağlığının Güçlendirilmesi: Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar*” ve bunun yanında ruhsal bozuklukların önlenmesine yönelik çalışmalar bu boşluğu doldurma çabasının ürünleridirler. Ruh sağlığını güçlendirme çalışmalarının etkinliği ruhsal sağlığa en fazla ihtiyaç duyulan bölgelerde en azdır; örneğin düşük ve orta gelirli ülkelerde ve ruhsal sağlığın tehlikede olduğu çatışma bölgelerinde olduğu gibi. Bu ortamlarda etkinliği arttırabilmenin kanıtlarını ortaya çıkarabilmek için daha fazla çabaya

ihtiyaç vardır. Ayrıca, temelde etkisiz veya uygunsuz olan her tür stratejiye de dikkat edilmelidir. Bunlara ilişkin bilgiler, değerli kaynakların israfını önlemek adına önemlidir.

Uygun strateji ve programlar geliştirmek

DSÖ, uygun strateji ve programlar geliştirmeleri için ülkelere yardımcı olabilir. Dikkate alınacak faktörlerden bazıları şunlardır:

- Etkinlik kanıtı
- Öngörü ilkesi
- Kültürel uygunluk ve kabul edilebilirlik
- Finansal ve kişisel gereksinimler
- Teknolojik gelişmişlik seviyesi ve altyapı gereksinimleri
- Genel verim ve fayda
- Büyük ölçekli uygulama potansiyeli.

Ortaklık ve işbirliğini kolaylaştırmak

Ruh sağlığının güçlenmesi, ruhsal sağlık üzerinde doğrudan veya dolaylı etkili olabilen tüm sorumlu sektörlerin ortak çabasını gerektirir. Uluslararası düzeyde, bunlar arasında profesyonel dernekler, diğer uluslararası örgütler, ulusal hükümetler, sivil toplum örgütleri, sağlık endüstrisi ve potansiyel bağışçılar bulunmaktadır. DSÖ, ruh sağlığının güçlenmesi için tüm bu kurumlarla stratejik bağlantılar kurmak ve etkili programlar geliştirmek için kritik bir konumdadır. DSÖ'nün bu alanda düzenli olarak işbirliği yaptığı uluslararası kuruluşlar Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Organization- ILO), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations Children's Fund - UNICEF), Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (United Nations High Commissioner for Refugees - UNHCR) ve Dünya Bankası'dır.

Anahtar Öneriler

Ruh sağlığı, bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın normal gerginlikleriyle başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve içinde yaşadığı topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik halidir. Ruh sağlığının güçlenmesi, genel sağlığa katkıda bulunur ve sağlığın güçlenmesinin önemli bir bileşenidir.

Ruh sağlığının güçlenmesinin kapsamı, fiziksel sağlığın güçlenmesindeki başarılar ile mukayese edilerek belirlenir. Ruh sağlığı, birçok ülkenin ve toplumun kalp sağlığı, tütün kontrolü, diş sağlığı konusunda ve diğer alanlarda gerçekleştirdiği gibi, sadece bireysel bir mesele değil, aynı zamanda toplumsal bir sorumluluktur. Ruh sağlığının sosyal ve ekonomik maliyeti yüksektir ve kanıtlar toplumsal eylemler ve hükümet planları olmadan bu maliyetin artmaya devam edeceğini göstermektedir.

Bu özet raporda sunulanlar vasıtası ile aşağıdaki önemli tavsiyeler çıkarılabilir. Bunlar, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki sağlık politikası planlayıcılarını ve halk sağlığı uzmanlarını özellikle ilgilendirmektedir.

1. Ruh sağlığının güçlendirilmesi, etkili halk sağlığı politikası ve sosyal müdahaleler ile sağlanabilir. Bu alandaki bilimsel kanıt nispeten sınırlıdır, ancak çeşitli programların etkinliğini ve toplulukların ruh sağlığının geliştirmesine yönelik müdahalelerini gösteren farklı düzeylerde kanıtlar mevcuttur. Bunlar:

- Erken çocukluk müdahaleleri (örn. hamile kadınlar için ev ziyareti, okul öncesi psikososyal müdahaleler, dezavantajlı gruplarda beslenme ve psikososyal müdahalelerin kombinasyonu);
- Kadınların ekonomik ve sosyal açıdan güçlendirilmesi (örn. eğitime erişimin sağlanması, mikro kredi programları);
- Yaşlı nüfusa sosyal destek (örn. yaşlılar için arkadaşlık girişimleri, toplum ve gündüz merkezleri);
- Azınlıklar, yerli halk, göçmenler, çatışmalardan ve felaketlerden etkilenen insanlar gibi savunmasız gruplara yönelik programlar (örn. afetlerden sonra yeniden bir araya getirme aşaması sırasında psikolojik ve sosyal müdahaleler);
- Okullarda ruh sağlığını güçlendirme faaliyetleri (örn. okullarda ekolojik değişimleri destekleyen programlar, çocuk dostu okullar);
- İş yerinde ruh sağlığı müdahaleleri (örn. stres önleme programları);
- Barınma politikaları (örn. konutların iyileştirilmesi);
- Şiddeti önleme programları (örn. toplum destekli polislik girişimleri); ve
- Toplumsal kalkınma programları (örn. Communities That Care (bakım vermeyi önemseyen topluluklar), entegre kırsal kalkınma)

2. Sektörler arası işbirliği, ruh sağlığını güçlendirmek için etkili programların anahtarıdır. Bazı işbirliği programları için ruh sağlığı sonuçları birincil hedeflerdir; ancak, çoğunluk için bunlar diğer sosyal ve ekonomik sonuçlara ikincil gelişme de kendi içlerinde değerlidir.

3. Programların sürdürülebilirliği, etkinlik açısından hayati önemdedir. Tüm paydaşların katılımı, topluluğun sahiplenmesi ve kaynakların devamlılığının sağlanması, ruh sağlığını güçlendirme programlarının sürdürülebilirliğini kolaylaştırmaktadır.

4. Kanıt tabanının büyütülmesinin yanında var olan kanıt tabanının geniş bir yelpazede değişen kültürler ve kaynak ortamlarında uygulanabilirliğini belirlemek için daha fazla bilimsel araştırmaya ve programların sistematik değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

5. Düşük ve orta gelirli ülkelerde etkili programların uygulanmasına (etkisiz olanların uygulanmamasına), uluslararası işbirliğinin teşvik edilmesine, daha fazla kanıtın oluşturulması ve yayılmasına yardımcı olmak için uluslararası eylemler gereklidir.

Kaynaklar

- Albee GW, Gullotta TP (1997). *Primary prevention works*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Allen N, Lewinsohn R, Seeley J (1998). Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 10(3):513–529.
- Allen T (2000). Housing renewal – doesn't it make you sick? *Housing*, 15(3):443–461.
- Anae M et al. (2002). Towards promoting youth mental health in Aotearoa New Zealand: holistic houses of health. *International Journal of Mental Health Promotion*, 4(3):5–14.
- Anderson P (1999). Tobacco, alcohol and illicit drugs. In: *The evidence of health promotion effectiveness. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education*. Paris, International Union for Health Promotion and Education.
- Anthony J (in press). Existing evidence: determinants of mental health. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva, World Health Organization.
- Armstrong M, Goldstein K (1990). Friendship support patterns of older American women. *Journal of Aging Studies*, 4(4):391–404.
- Bang A, Bang R (1991). Community participation in research and action against alcoholism. *World Health Forum*, 12:104–109.
- Bang A, Bang R (1995). Action against alcoholism. *Health Action*, 11:2.
- Baum F (1998). *The new public health: an Australian perspective*. Melbourne, Oxford University Press.
- Baum F (1999). Social capital: is it good for your health? Issues for a public health agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53: 195–196.
- Bellew R, King E (1993). Educating women: lessons from experience. In: King E, Hill A, eds. *Barriers, benefits and policies*. Baltimore, John Hopkins University Press.
- Benzeval M, Judge K, Whitehead M, eds (1995). *Tackling inequalities in health: an agenda for action*. London, Kings Fund.
- Black D, Mittelmark M (1999). Equity in health: a fundamental human right. In: The International Union for Health Promotion and Education (IUHPE). *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Part Two*. Brussels- Luxembourg, ECSE-EC-EAEC:156-164.
- Bracht N et al. (1994). Community ownership and program continuation following a health demonstration project. *Health Education Research*, 9:243–255.
- Bradburn NM, Caplovitz D (1965). *Reports on happiness*. Chicago, Aldine Publishing Company.
- Broadhead J et al. (In press). Social support and life events as risk factors for depression among women in an urban setting in Zimbabwe. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Brooks-Gunn J et al. (2001). Effects of combined public assistance and employment on mothers and their young children. *Women and Health*, 32(3):179–210.
- Brown CH et al. (2000). Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science. *Addictive Behaviours*, 25:955–964.
- Brown GW, Harris TO, eds (1989). *Life events and illness*. New York, Guilford Press.
- Brown H, Strugeon S (in press). Healthy start of life and reducing early risks. In: Hosman: C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs*. Oxford, Oxford University Press.
- Bunker SJ et al. (2003). "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. National Heart Foundation of Australia position statement update. *Medical Journal of Australia*, 178:272–276.
- Byford S, Sefton T (2002). First aid: lessons from health economics for economic evaluation in social welfare. [Discussion paper.] London, London School of Economics, Health and Social Care.
- Caplan M et al. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1): 56–63.
- Carson AJ et al. (2002). Depression after stroke. *Lancet*, 356:122–126.
- Catalano R, Dooley D (1980). Economic change in primary prevention. In: Price R et al. (Eds). *Prevention in mental health – research, policy and practice*. London, Sage.
- Cederblad M et al. (1995). Coping with life span crises in a group at risk of mental and behavioural disorders: from the Lundby study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91:322–330.

- Chowdhury A, Bhuiya A (2001). Do poverty alleviation programs reduce inequities in health? The Bangladesh experience. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health*. Oxford, Oxford University Press:312–332.
- Cohen A (2002). Our lives were covered in darkness. The work of the National Literary Mission in Northern India. In: Cohen A, Kleinman A, Saraceno B, eds. *World mental health casebook: social and mental health programs in low-income countries*. New York, London, Dordrecht: Kluwer Academic/Plenum Publishers:153-190.
- Cohen D (1984). Utility model of preventive behaviour. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 38:61–65.
- Cooper B (1990). Epidemiology and prevention in the mental health field. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25:9–15.
- Cooper B (1993). Single spies and battalions: the clinical epidemiology of mental disorders. *Psychological Medicine*, 23:891–907.
- Costello EJ et al. (2003). Relationships between poverty and psychopathology; a natural experiment. *JAMA*, 290:2023–2029.
- CRD (2000). *Evidence from systematic reviews of research relevant to implementing the 'wider public health' agenda*. Centre for Reviews and Dissemination (<http://www.york.ac.uk/inst/crd/wph.htm> accessed August 2000).
- Davis MK, Gidycz CA (2000). Child sexual abuse prevention programs: a meta-analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29:257–265.
- Desjarlais R et al. (1995). *World mental health: problems and priorities in low income countries*. New York, Oxford University Press.
- Domitrovich C et al (in press). Schools as a context for the prevention of mental health disorders and promotion of mental health. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs*. Oxford, Oxford University Press.
- Durkheim E (1897). In: Simpson G, Spaulding JA, Simpson G, eds (1951). *Suicide: a study in sociology*. New York, Free Press.
- Durlak JA (1995). *School-based prevention programs for children and adolescents*. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Durlak JA, Wells AM (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25:115–152.
- Durlak JA, Wells AM (1998). Evaluation of indicated preventive intervention (secondary prevention) mental health programs for children and adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 26:775–802.
- Eaton WW, Harrison G (1996). Prevention priorities. *Current Opinion in Psychiatry*, 9:141–143.
- Eaton WW, Harrison G (1998). Epidemiology and social aspects of the human environment. *Current Opinion in Psychiatry*, 11:165–168.
- Eisenberg L (1998). Public health importance. In: Jenkins R, Ustun TB, eds. *Preventing Mental Illness: mental health promotion in primary care*. Chichester, John Wiley:141–154.
- Elgen I, Sommerfelt K, Markestad T (2002). Population based, controlled study of behavioural problems and psychiatric disorders in low birth weight children at 11 years of age. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 87(2): F128–F132.
- Elias MJ (1995). Primary prevention as health and social competence promotion. *Journal of Primary Prevention*, 16:5–24.
- Felner RD et al. (1993). Restructuring the ecology of the school as an approach to prevention during school transitions: longitudinal follow-ups and extensions of the School Transitional Environment Project (STEP). *Prevention in Human Services*, 10: 103–136.
- Gillies P (1999). The effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International*, 13:1–21.
- Gilvarry E (2000). Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41:55–80.
- Godfrey C (2001). Economic evaluation of health promotion. In: Rootman I et al., eds. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Geneva, World Health Organization (WHO) Regional Publications, European Series, No. 92).
- Goldberg D (1998). Prevention of mental illness. In: Jenkins R, Ustun TB, eds. *Preventing mental illness: mental health promotion in primary care*. Chichester, John Wiley:141–154.
- Goodman RM, Steckler AB (1987). A model of institutionalisation of health promotion programs. *Family and Community Health*, 11:63–78.

- Gostin L (2001). Beyond moral claims. A human rights approach to mental health. Special section: keeping human rights on the bioethics agenda. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 10: 264–274.
- Green LW (1987). Is institutionalisation the proper goal of grant making? *Family and Community Health*, 11:79.
- Greenberg MT, Domitrovich C, Bumbarger B (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevention and Treatment*, 4:np.
- Greenberg MT, Kusche CA (1998). Preventive interventions for school-age deaf children: The PATHS curriculum. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3(1):49–63.
- Hale J (2000). What contribution can health economics make to health promotion? *Health Promotion International*, 15:341–348.
- Hawe P et al. (1997). Multiplying health gains: the critical role of capacity-building in health promotion. *Health Policy*, 39:29–42.
- Hawkins D et al. (1992). The Seattle social development project: effects of the first four years on protective factors and problem behaviours. In:
- McCord J, Tremblay RE, eds. *Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence*. New York, Guilford Press:139–161.
- Hawkins D, Arthur M, Olson J (1997). Community interventions to reduce risks and enhance protection against antisocial behaviour. In: Stoff DW, Breiling J, Masers JD, eds. *Handbook of antisocial behaviour*. NIMH/John Wiley & Sons:365–374.
- Hawkins D, Catalano R, Arthur M (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviours*, 27:951–976.
- Hawkins D, von Cleve E, Catalano R (1991). Reducing early childhood aggression: results of a primary prevention program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(2): 208–217.
- HEA (1997). *Mental health promotion: a quality framework*. London, Health Education Authority. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M (1999). *Ending violence against women*. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program (Population Reports Series L, No. 11).
- Henderson S, Whiteford H (2003). Social capital and mental health. *Lancet*, 362:505–506.
- Herrman H (2001). The need for mental health promotion. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35:709–715.
- Hoefnagels C (in press). The case of child abuse prevention. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs*. Oxford, Oxford University Press.
- Hosman C (2001). Evidence of effectiveness in mental health promotion. In: *Proceedings of the European Conference on Promotion of Mental Health and Social Inclusion*. Ministry of Social Affairs and Health (Report 3).
- Hosman C, Jané-Llopis E (1999). Political challenges 2: mental health. In: *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*. Brussels, ECSC-EC-EAEC:29–41.
- Hosman C, Jané-Llopis E (in press). Evidence of effective interventions of mental health promotion. In: Herrman H, Saxena S, Moodie R, eds. *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva, World Health Organization.
- Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds (in press). *Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs*. Oxford, Oxford University Press.
- House JS, Landis KR, Umberson D (1988). Social relationships and health. *Science*, 214:540–545.
- IUHPE (2000). *The evidence of health promotion effectiveness: shaping health in a new Europe*. 2nd edn. A report for the European Commission. Paris, International Union for Health Promotion and Education.
- Jahoda M (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York, Basic Books.
- Jané-Llopis E et al. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention. Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183.
- Jané-Llopis E, Hosman C, Copeland J (in press). Aging mentally healthy and the prevention of dementia. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs*. Oxford, Oxford University Press.
- Jenkins R, Lehtinen V, Lahtinen E (2001). Emerging perspectives on mental health. *International Journal of Mental Health Promotion*, 3(1):25–43.
- Johns B et al. (2003). Programme costs in the economic evaluation of health interventions. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 1: 1 (<http://www.resource-allocation.com>)

- Johnson Z et al. (1993). Community mothers programme: randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. *British Medical Journal*, 306:1449–1452.
- Johnson Z et al. (2000). Community mothers programme: seven year follow-up of a randomised controlled trial of non-professional intervention in parenting. *Journal of Public Health Medicine*, 22(3): 337–342.
- Kawachi I, Berkman L (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78:458–467.
- Kawachi I, Kennedy B (1997). Socioeconomic determinants of health: health and social cohesion. Why care about income inequality? *British Medical Journal*, 314:1037–1040.
- Kawachi I, Kennedy B, Glass R (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8):1187–1193.
- Kellam SG et al. (1994). Depressive symptoms over first grade and their response to a developmental epidemiologically based preventive trial aimed at improving achievement. *Development and Psychopathology*, 6:463–481.
- Kendler KS (1997). Social support: a genetic-epidemiologic analysis. *American Journal of Psychiatry*, 154(10):1398–1404.
- Kickbusch I (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 93:383–388.
- Kleinman A (1999). Social violence: research questions on local experiences and global responses. *Archives of General Psychiatry*, 56:978–979.
- Korkeila JJ (2000). *Measuring aspects of mental health*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES).
- Kreitman N (1990). Research issues in the epidemiological and public health aspects of parasuicide and suicide. In: Goldberg D, Tantom D, eds. *The public health impact of mental disorders*. Toronto, Hogrefe and Huber.
- Kuh D et al. (2003). Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(10): 778–783.
- Kuper H, Marmot M, Hemingway H (2002). A systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. *Seminars in Vascular Medicine*, 2:267–314.
- Labonté R, Robertson A (1996). Delivering the goods, showing our stuff: the case for the constructivist paradigm for health promotion research and practice. *Health Education Quarterly*, 23(4):431–447.
- Lahtinen E et al., eds (1999). *Framework for promoting mental health in Europe*. Hamina, (STAKES) National Research and Development Centre for Welfare and Health, Ministry of Social Affairs and Health, Finland.
- Lavikainen J, Lahtinen E, Lehtinen V (2000). *Public health approach on mental health in Europe*. National Research and Development Centre for Welfare and Health. (STAKES) Ministry of Social Affairs and Health.
- Lehtinen V, Riikonen E, Lahtinen E (1997). *Promotion of mental health on the European agenda*. Helsinki, (STAKES), National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- Leighton A, Murphy J (1987). Primary prevention of psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 337:76.
- Levkoff S, MacArthur I, Bucknall J (1995). Elderly mental health in the developing world. *Social Science Medicine*, 41(7):983–1003.
- Lochner K, Kawachi I, Kennedy B (1999). Social capital: a guide to its measurement. *Health and Place*, 5:259–270.
- Lomas J (1998). Social capital and health – implications for public health and epidemiology. *Social Science and Medicine*, 47(9):1181–1188.
- MacMillan HL et al. (1994a). Primary prevention of child physical abuse and neglect: a critical review: I. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35:835–856.
- MacMillan HL et al. (1994b). Primary prevention of child sexual abuse: A critical review: II. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35:857–876.
- Marmot M (1999). The solid facts: the social determinants of health. *Health Promotion Journal of Australia*, 9(2):133–139.
- Marmot MG (1998). Improvement of social environment to improve health. *Lancet*, 351:57–60.
- McKenzie K, Whitley R, Weich S (2002). Social capital and mental health. *British Journal of Psychiatry*, 181:280–283.
- McKenzie K, Kwame (2000). Social capital and mental health. Paper presented at the Interrelations of Social Capital with Health and Mental Health Workshop; The World Bank, Washington, Jul 17.
- McQueen DV, Anderson LM (2001). What counts as evidence: issues and debates. In: Rootman et al., eds. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. WHO Regional Publications, European Series, No. 92:63–81.

- Mendes P (2003). A chapter missing? – aspects of the inner life of ex-under aged soldiers. Unpublished paper/communication.
- Mentality (2003). *Making it effective: a guide to evidence based mental health promotion. Radical mentalities – briefing paper 1*. London, mentality (www.mentality.org.uk).
- MHF (2001). *Guidelines for mentally healthy schools*. New Zealand, Mental Health Foundation of New Zealand.
- Michie S, Williams S (2003). Reducing work-related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1):3–9.
- Mrazek P, Haggerty R, eds (1994). *Reducing risks of mental disorder: frontiers for preventive intervention research*. Washington, National Academy Press.
- Mulrow C et al. (1990). Association between hearing impairment and the quality of life of elderly individuals. *Journal of the American Geriatric Society*, 38(1): 45–50.
- Mumford DB et al. (1997). Stress and psychiatric disorder in rural Punjab: a community survey. *British Journal of Psychiatry*, 170:473–478.
- Murphy HBM (1978). The meaning of symptomcheck- list scores in mental health surveys: a testing of multiple hypotheses. *Social Science and Medicine*, 12:67–75.
- Murphy LR (1996). Stress management in work settings: a critical review of the health effects. *American Journal of Health Promotion*, 11:112–135.
- Murray CJL, Lopez AD (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020*. Geneva, World Bank, World Health Organization and Harvard School of Public Health.
- Naidoo J, Wills J (2000). *Health promotion: foundations for practice*. Edinburgh, Harcourt Publishers.
- National Aboriginal Health Strategy Working Party (1989). *A national Aboriginal health strategy*. Canberra, Department of Aboriginal Affairs, Commonwealth Government of Australia.
- National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) and European Commission (2000). *Minimum data set of European mental health indicators*. Helsinki, National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES).
- New York City Department of Health and Mental Hygiene (2003). There is no health without mental health. *NYC Vital Signs*, 2(3). (www.nyc.gov/health/survey)
- Nutbeam D (2000). Health promotion effectiveness – the questions to be answered. In: A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*, 2nd ed. Brussels- Luxembourg, European Commission:1–11
- O'Campo P, Rojas-Smith L (1998). Welfare reform and women's health: review of the literature and Implications for state policy. *Journal of Public Health Policy*, 19(4):420–446.
- OECD (2001). *The well-being of nations. The role of human and social capital. Education and skills*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, Centre for Educational Research and Innovation.
- Olds D (1997). The Prenatal/Early Infancy Project: fifteen years later. In: Albee GW, Gullotta TP, eds. *Primary Prevention Works*. Thousand Oaks, USA: Sage Publications:41–67.
- Olds DL (2002). Prenatal and infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3(3):1153–1172.
- Olds DL et al. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behaviour: a 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 280(8):1238–1244.
- Orley J, Weisen RB (1998). Mental health promotion. *The international Journal of Mental Health Promotion*, 1:1–4.
- Othaganont P, Sinthuvorakan C, Jensupakarn P (2002). Daily living practice of the life-satisfied Thai elderly. *Journal of Transcultural Nursing*, 13: 24–29.
- Parkar SR, Fernandes J, Weiss MG (2003). Contextualizing mental health: gendered experiences in a Mumbai slum. *Anthropology and Medicine*, 10:291.
- Patel V (1998). The politics of alcoholism in India. *British Medical Journal*, 316:1394–1395.
- Patel V (2001). Poverty, inequality and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health*. Oxford, Oxford University Press:247–262.
- Patel V, Kleinman A (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81:609–615.

- Patel V, Prince M (2001). Ageing and mental health in developing countries: who cares? Qualitative studies from Goa, India. *Psychological Medicine* 31:29–38.
- Patel V, Rodrigues M, De Souza N (2002). Gender, poverty and post-natal depression: a cohort study from Goa, India. *American Journal of Psychiatry*, 159:43–47.
- Patton G et al. (2003). Changing schools, changing health? Design and implementation of the Gatehouse Project. *Journal of Adolescent Health*, 33(4):231–239.
- Price R, Kompier M (in press). Work stress and unemployment: risks, mechanisms, and prevention. In: Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S, eds. *Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs*. Oxford, Oxford University Press.
- Price RH et al. (1988). *Fourteen ounces of prevention: a casebook for practitioners*. Washington, American Psychological Association.
- Price RH, Van Ryn M, Vinokur AD (1992). Impact of a preventive job search intervention on the likelihood of depression among the unemployed. *Journal of Health and Social Behaviour*, 33:158–167.
- Puska P (2002). Successful prevention of noncommunicable diseases: 25 year experiences with North Karelia Project in Finland. *Public Health Medicine*, 4(1):5–7.
- Putnam R (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*, 6(1):65–78.
- Putnam R (2001). Social capital. Measurement and consequences. *ISUMA – Canadian Journal of Policy Research*, Spring:4–51.
- Pyne HH, Claeson M, Correia M (2002). *Gender dimensions of alcohol consumption and alcohol-related problems in Latin America and the Caribbean*. Discussion Paper No. 433. Washington, The World Bank.
- Raeburn J, Rootman I (1998). *People-centred health promotion*. Chichester, John Wiley & Sons.
- Reid JB et al. (1999). Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *American Journal of Community Psychology*, 27:483–517.
- Rose G (1992). *The strategy of preventive medicine*. Oxford, Oxford University Press.
- Rutter M (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147:598–561.
- Rutter M (2003). Poverty and child mental health: natural experiments and social causation. Editorial. *JAMA*, 290:2063–2064.
- Sarason IG, Sarason BR, Shearin EN (1986). Social support as an individual difference variable: its stability, origins, and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50:845–855.
- Sartorius N (1990). Preface. In: Goldberg D, Tantom D, eds. *The public health impact of mental disorders*. Toronto, Hogrefe and Huber.
- Sartorius N (1998). Universal strategies for the prevention of mental illness and the promotion of mental health. In: Jenkins R, Ustun TB, eds. *Preventing mental illness: mental health promotion in primary care*. Chichester, John Wiley:61–67.
- Sartorius N (2003). Social capital and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 16 (Suppl. 2): S101–S105.
- Scheier MF, Carver CS (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2):201–228.
- Schmolke M (2003). Discovering positive health in the schizophrenic patient. A salutogenetic-oriented study. *Verhaltenstherapie*, 13:102–109.
- Schweinart L, Weikart D (1997). The High/Scope Preschool curriculum comparison study through age 23. *Early Childhood Research Quarterly*, 12(2): 117–143.
- Seedhouse D (1986). Health: a universal concern. *Nursing Times*, 82:36–38.
- Semmer NK (2003). Job stress interventions and organization of work. In: Quick JC, Tetrick LE, eds. *Handbook of occupational health psychology*. Washington, American Psychological Association: 325–354.
- Shaw C, McKay H (1942). *Juvenile delinquency and urban areas*. Chicago, University of Chicago Press.
- Shediac-Rizzkallah MC, Bone LR (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 13:87–108.
- Shiell A, Hawe P (1996). Health promotion community development and the tyranny of individualism. *Health Economics*, 5:241–247.
- Silverman PR (1988). Widow-to-widow: a mutual help program for the widowed. In: Price et al., eds. *14 ounces of prevention: a casebook for practitioners*. Washington, American Psychological Association: 175–186.

- Stephens T, Dulberg C, Joubert N (1999). Mental health of the Canadian population: a comprehensive analysis. *Chronic Diseases in Canada*, 20(3): 118–126.
- Stevens N, van Tilburg T (2000). Stimulating friendship in later life: a strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology*, 26(1):15–35.
- Sturm R (1999). What type of information is needed to inform mental health policy? *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2:141–144.
- Sundar M (1999). Suicide in farmers in India [letter]. *British Journal of Psychiatry*, 175:585–586.
- Suomi S (2002). Evidence of gene-environment interactions in the primate laboratory. Presentation at the Johns Hopkins University Symposium The Intersection of Genomics and Enviromics, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland.
- Susser M, Susser E (1996). Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *American Journal of Public Health*, 86(5):674–677.
- Syme SL (2003). Psychosocial interventions to improve successful aging. *Annals of Internal Medicine*, 139:400–402.
- Tang KC, Ehsani J, McQueen D (2003). Evidencebased health promotion: recollections, reflections and reconsiderations. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57:841–843.
- Thomson H, Petticrew M, Douglas M (2003). Health impact assessment of housing improvements: incorporating research evidence. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57:11–16.
- Thomson H, Petticrew M, Morrison D (2001). Housing interventions and health – a systematic review. *British Medical Journal*, 323:187–190.
- Tobler NS (1992). Drug prevention programs can work: research findings. *Journal of Addictive Diseases*, 11:1–28.
- Tobler NS et al. (1999). Effectiveness of school-based drug prevention programs for marijuana use. *School Psychology International*, 20:105–137.
- Tobler NS, Stratton HH (1997). Effectiveness of school- based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18:71–128.
- Tomlinson M (2001). A critical look at cultural diversity and infant care. *Synergy, Australian Transcultural Mental Health Network*, Winter:3–5.
- Tones K, Tilford S (2001). *Health promotion: effectiveness, efficiency and equity*. Cheltenham, Nelson Thornes Ltd.
- Tout K (1989). *Ageing in developing countries*. Oxford, Oxford University Press.
- Tuthill D et al. (1999). Maternal cigarette smoking and pregnancy outcome. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 13(3):245–253.
- Underwood-Gordon LG (1999). A working model of health: spirituality and religiousness as resources: applications to persons with disability. *Journal of Religion, Disability and Health*, 3(3):51–71.
- UNICEF (2002). *UNICEF Annual Report 2002*. New York, UNICEF.
- Vaillant G (2003). Mental Health. *American Journal of Psychiatry*, 160:1373–1384.
- Valdez-Menchaca M, Whitehurst G (1992). Accelerating language development through picture book reading: a systematic extension to Mexican day care. *Developmental Psychology*, 28(6):1106–1114.
- Van der Klink et al. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91(2):270–276.
- VicHealth (1999). *Mental health promotion plan foundation document 1999–2002*. Carlton South, Victoria, Victorian Health Promotion Foundation.
- Villar J et al. (1992). A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. *New England Journal of Medicine*, 327(18):1266–1271.
- Walker L, Moodie R, Herrman H (2004). Promoting mental health and wellbeing. In: Moodie R, Hulme A (eds). *Hands on health promotion*. Melbourne, IP Communications.
- Weare K (2000). *Promoting mental, emotional and social health: a whole school approach*. London, Routledge.
- Wethington E, Brown G, Kessler R (1995). Interview measurement of stressful life events. In: Cohen S, Kessler R, Underwood GL, eds. *Measuring stress*. New York, Oxford University Press:59–79.
- WHO (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1978). *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, Sep 6–12*. Geneva, World Health Organization

- WHO (1986). *Ottawa charter of health promotion*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1990). *The introduction of a mental health component into primary health care*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1996). *Promoting health through schools. The WHO global school health initiative*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1997). *Life skills education in schools*. Geneva, Programme on Mental Health, World Health Organization.
- WHO (1997a). *Partnerships for health in 21st century: 2+2=5*. Conference working paper on partnerships. Geneva, World Health Organization: HPR/HEP/4ICHP/PT/97.1.
- WHO (1998). *Health promotion glossary*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1998a). *Health promotion evaluation: recommendations to policymakers*. Copenhagen, World Health Organization, EURO.
- WHO (1999). *A critical link: interventions for physical growth and child development*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2000). *The world health report 2000 – health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2000a). *Women's mental health: an evidence based review*. Geneva, World Health Organization: WHO/MSD/MHP/00.1.
- WHO (2001). *Basic documents*. 43rd Edition. Geneva, World Health Organization:1.
- WHO (2001a). *Strengthening mental health promotion*. Geneva, World Health Organization (Fact sheet, No. 220).
- WHO (2001b). *Mental health: new understanding, new hope. The World Health Report*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2001c). *Atlas: mental health resources in the world*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002). *Prevention and promotion in mental health. Mental health: evidence and research*. Geneva, Department of Mental Health and Substance Dependence.
- WHO (2002a). *World report on violence and health: summary*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002b). *25 questions and answers on health and human rights*. Geneva, World Health Organization (Health and human rights publication series, No. 1).
- WHO (2003). *Investing in mental health*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2003a). *WHO framework convention on tobacco control*. World Health Assembly (www.who.int/tobacco/fctc/text/final).
- WHO (2003b). *Mental health in emergencies*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2003c). *Creating an environment for emotional and social wellbeing*. Geneva, World Health Organization.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41: 1403–1409.
- Wilkinson R, Marmot M (1998). *The solid facts: social determinants of health*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Windsor R et al. (1993). The dissemination of smoking cessation methods for pregnant women: achieving the Year 2000 objectives. *American Journal of Public Health*, 83(2):173–178.
- Woolcock M (1998). Social capital and economic development: towards a theoretical synthesis and policy framework. *Theory and Society*, 27(2): 151–208.
- World Bank (2000). *World development report: attacking poverty*. Oxford, Oxford University Press.
- World Bank (2004). Social capital website (www.worldbank.org/poverty/scapital).
- Wu Z et al. (2002). Community base trial to prevent drug use amongst youth in Yunnan, China. *American Journal of Public Health*, 92:1952–1957.
- Wyn J et al. (2000). MindMatters, a whole-school approach promoting mental health and wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34:594–601.
- Yoshikawa H (1994). Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin*, 115:28–54.

Ruh sağlığının güçlendirilmesi birçok insan için alışılmadık bir fikirdir. Halk sağlığı ve sağlığın güçlendirilmesi alanında çalışanlar, ruh sağlığı ve ruhsal hastalık kavramlarının kendileri için belirsiz olması nedeniyle, ruh sağlığının güçlendirilmesine yönelik olanakların farkında olmayabilirler. Sağlığın güçlendirilmesine ruh sağlığı entegre edildiğinde, halk sağlığı ve sağlık güçlendirmesi için harcanan enerjinin daha verimli olarak kullanılabilmesine ve özgül yaklaşımlara sahip farklı profesyonel gruplar arasında daha iyi bir ortak anlayışın oluşmasına imkan sağlar.

Ruh sağlığı, toplumun birlikte hareket etmesiyle geliştirilebilir. Ruh sağlığının iyileştirilmesi, geniş tabanlı politika ve program gerektirmesinin yanı sıra sağlığı korumaya ve hastalığın tedavisine ilişkin özel faaliyetleri de içerir.

Halk sağlığının “Ruh sağlığı olmadan sağlık olmaz” söylemi, olumlu anlamda ruh sağlığının yanında, ruhsal hastalıkları da içermektedir.

Halk sağlığının kalp sağlığı, tütün kontrolü ve diğer alanlarda kabul ettirdiği yaklaşımda olduğu üzere, “Ruh sağlığı herkesin işidir” ifadesi çok daha net bir hale gelmiştir.

Bu özet rapor şunları sunmaktadır:

- Ruh sağlığı, ruh sağlığını güçlendirme kavramları ve ruh sağlığı ile ruhsal hastalıklar arasındaki ilişkiye yönelik bir tartışma;
- Ruhsal hastalıkların önlenmesi ve ruhsal hastalıkları nedeniyle engelli bireylerin tedavi ve rehabilitasyonu ile birlikte ruh sağlığının güçlendirilmesinin halk sağlığı içindeki yerine ilişkin temel yaklaşımlar;
- Ruh sağlığını bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirmeye ilişkin farklı bakış açıları, bu alanda var olan kanıt türleri ve ruh sağlığını güçlendirme stratejilerinin geçerliliği;
- Mümkün olan müdahale örnekleri ve çeşitli sektörlerin sorumluluğu; ve
- Çeşitli alanlarda hemen gerçekleştirilebilecek faaliyetler.



Okan TAYCAN

1999'da tıp fakültesini bitirdi. 2001 yılında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde başladığı psikiyatri uzmanlık eğitiminin son yılında TÜBİTAK Bilim Adamı Yetiştirme Bursu ile McGill Üniversitesi Montreal Kanada'da “konuk araştırmacı” olarak çalıştı. 2016'da psikiyatri doçenti oldu. 2014'de İstanbul Üniversitesi, Antropoloji Bölümü'nde başladığı Sosyal Antropoloji Doktorası devam etmektedir. Halen Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak çalışmaktadır.



Bülent COŞKUN

Hacettepe Üniversitesi'nde tıp ve psikiyatri eğitimi tamamlamıştır. Zorunlu hizmet için Manisa Ruh Hastalıkları Hastanesi, Ankara Numune Hastanesi ve Ankara Yenışehir Ruh Hastalıkları Dispanseri'nde görev yapmış daha sonra altı yıl süreyle Sağlık Bakanlığı'nda Ruh Sağlığı Daire Başkanı olarak çalışmış, İnönü ve Kocaeli Üniversiteleri'nde Psikiyatri Anabilim Dallarının kuruluşunda yer almıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün çeşitli kısa süreli danışmanlık hizmetlerinde bulunmuş, Dünya Psikiyatri Birliği'nde de iki dönem Psikiyatri Eğitimi Çalışma Birimi başkanlığını yürütmüştür. Türkiye Psikiyatri Derneği'nde Ruh Sağlığını Güçlendirme Çalışma Biriminin başkanlığı görevini yürütmektedir. Ayrıca Toplum Ruh Sağlığını Geliştirme Derneği'nin başkanıdır.

ISBN 978-605-81674-8-3



9 786058 167483