



ANKARA

HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**COVID-19'UN RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARINA
YANSIMALARI VE BİR MODEL ÖNERİSİ**

İsmail AKGÜL

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Erdiñç YAZICI**

**DOKTORA TEZİ
SOSYAL POLİTİKA ANA BİLİM DALI**

Kasım 2023



**COVID-19'UN RUH SAĞLIĞI POLİTİKALARINA YANSIMALARI
VE
BİR MODEL ÖNERİSİ**

İsmail AKGÜL

**DOKTORA TEZİ
SOSYAL POLİTİKA ANABİLİM DALI**

**ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Kasım 2023

ETİK BEYAN

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

(İmza)

İsmail AKGÜL

30/11/2023

TEZ ONAY SAYFASI

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sosyal Politika Programı Doktora öğrencisi İsmail AKGÜL tarafından hazırlanan “Covid-19'un Ruh Sağlığı Politikalarına Yansımaları ve Bir Model Önerisi” Başlıklı tez çalışması 30/11/2023 tarihinde saat 14:00’te yapılan tez savunma sınavında aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile DOKTORA TEZİ olarak **KABUL** edilmiştir.

	Kabul	Ret
Başkan: Prof. Dr. Zehra ARIKAN Lokman Hekim Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Üye: Prof. Dr. Türker TOPALHAN Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Üye: Prof. Dr. Erdiñç YAZICI Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Üye: Prof. Dr. Mehmet Merve ÖZAYDIN Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Üye: Prof. Dr. Fatma ARPACI Gazi Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COVID-19'un Ruh Sağlığı Politikalarına Yansımaları ve Bir Model Önerisi
(Doktora Tezi)

İsmail AKGÜL

ANKARA HACI BAYRAM VELİ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EğİTİM ENSTİTÜSÜ

Kasım 2023

ÖZET

Bu çalışmada Covid-19'un ruh sağlığı politikalarına etkilerinin yansımaları incelenmiş ve bu çerçevede 19 katılımcı ile yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmıştır. Katılımcıların, Covid-19 öncesi ruh sağlığı politikaları, Covid-19 pandemi döneminin ruh sağlığı üzerine etkileri ve Covid-19 sonrası pandeminin ruh sağlığı politikalarına etkileri sorgulanmıştır. Görüşmelerden elde edilen bulgular göstergebilimsel analiz ve içerik analiz yöntemleri ile analiz edilerek, sonuçlar literatür eşliğinde tartışılmıştır. Elde edilen bulgulara göre Pandemi öncesinde en fazla öne çıkan göstergeler ruh sağlığı hizmetlerinde yetersiz eksik veri, koruyucu hekimliğin yetersizliği, ilgili profesyonel sayısının az olması, önem verilmemesi ve hasta sayıları üzerinden değerlendirme yapılmasıdır. Pandemi sürecinde en fazla öne çıkan göstergeler yeterli donanımına sahip olmama, hastaları yalnız ve hastalıkları ile baş başa bırakma, ekiplerin yetersiz kalması göstergeleridir. Pandemi sonrasında en fazla öne çıkan göstergeler pandemi süreci ve öncesi ile ilgili göstergelere ilave olarak koruyucu hekimlik, etik, yasal sorumluluklar, katılım, online olanaklar ve sürdürülebilir diğer sistemlerle entegre model göstergeleridir. Sonuç olarak pandemi öncesi ve pandemi sürecinde elde edilen deneyimlerle, online danışmanlık (teleterapi, telepsikoloji ve telepsikiyatri) ve buna yönelik yasal-etik düzenlemeleri içeren, ruh sağlığı yasasının yanı sıra, koruyucu hekimlik temel amaçlı ruh sağlığı politika ve hizmet modeline ihtiyaç vardır.

Bilim Kodu : 071217.pdf113505
Anahtar Kelimeler : Pandemi, COVID-19 pandemisi, sosyal politika, ruh sağlığı, ruh sağlığı politikaları, ruh sağlığı hizmetleri
Sayfa Adedi : 196
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Erdinç YAZICI

Reflections of COVID-19 on Mental Health Policies and Suggesting a Model
(Ph. D. Thesis)

İsmail AKGÜL

ANKARA HACI BAYRAM VELİ UNIVERSITY
THE INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES

November 2023

ABSTRACT

In this study, the reflections of the effects of Covid-19 on mental health policies were examined, and within this framework, a semi-structured interview form was conducted with 19 participants. The participants were questioned about mental health policies, the impact of the Covid-19 pandemic on mental health, and the effects of the post-pandemic period on mental health policies. The findings obtained from the interviews were analyzed using semiotic analysis and contend analysis methods, and the results were discussed in the context of the literature. According to the findings, the most prominent indicators before the pandemic were inadequate mental health services, lack of preventive medicine, insufficient number of relevant professionals, lack of importance given to mental health, and assessment based on patient numbers. During the pandemic the most prominent indicators were lack of adequate equipment, leaving patients alone with their illnesses, and insufficient teams. The most prominent indicators after the pandemic were integrated model indicators related to prevented medicine, ethical end legal responsibilities, and sustainable systems in addition to the indicators related to the pandemic process and before. In conclusion, based on the experiences gained before and during the pandemic there is a need for a mental health a law that includes online counseling (teleterapy, telepsychology, telepsyhiatry) and related legal and ethical regulations, as well as mental health policy and service model with a primary focus on preventive medicine.

Science Code : 071217.pdf113505
Key Words : Pandemic, COVID-19 pandemic, social policy, mental health,
mental health policies, mental health services
Page Number : 196
Supervisor : Prof. Dr. Erdinç YAZICI

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLoların LİSTESİ.....	ix
GÖRSELLERİN LİSTESİ.....	xi
HARİTALARIN LİSTESİ	xii
KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	11
2.1. Sağlık Sistemi.....	11
2.1.1. Sağlık Sistemi Tanımı, Sınırları ve Amaçları	11
2.1.2. Sağlık Sistemi Modelleri.....	13
2.1.3. Sağlık Sistemlerinde Sevk Zinciri.....	15
2.1.4. Sağlık Sistemi ve Sosyal Politika.....	16
2.1.4.1. Sosyal politika kavramı	16
2.1.4.2. Sosyal politikayı etkileyen faktörler.....	23
2.1.4.3. Refah devleti ve sosyal politika.....	27
2.1.4.4. Sosyal politika araçları	28
2.1.4.5. Sağlık sistemi ve sosyal politika ilişkisi	32
2.3.4. Ruh Sağlığı ve Sosyal Politika İlişkisi	33
2.3. Ruh Sağlığı.....	38
2.3.1. Ruh Sağlığı Kavramı.....	38
2.3.2. Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	40
2.3.3. Ruh Sağlığı Politikası.....	41

	Sayfa
2.3.5. Dünyada ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikaları	45
2.3.5.1. Dünyada ruh sağlığı politikaları	45
2.3.5.1.1. İngiltere’de ruh sağlığı politikaları	46
2.3.5.1.2. Almanya’da ruh sağlığı politikaları	47
2.3.5.1.3. İtalya’da ruh sağlığı politikaları.....	48
2.3.5.2. Türkiye’de ruh sağlığı politikaları	50
2.2. COVID-19.....	51
2.2.1. Koronavirüsler ve COVID-19 Hastalığı	51
2.2.2. COVID-19’un Belirtileri	52
2.2.3. COVID-19’un Yaygınlığı	53
2.2.4. COVID-19 Testleri ve Tanı	61
2.2.5. COVID-19’dan Korunma, Önleme ve Tedavi	61
2.4. COVID-19’un Dünya’da ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikalarına Yansımaları	63
2.4.1. COVID-19 Döneminde Artış Gösteren Ruh Sağlığı Problemleri	63
2.4.2. COVID-19’un Ruh Sağlığına Etkileri.....	66
2.4.3. COVID-19’un Ruh Sağlığı Hizmetlerine Etkileri.....	70
2.4.4. COVID-19’un Politika Oluşturma Sürecine Etkileri	72
2.4.5. COVID-19’un Sağlık Sistemlerine Etkileri	73
3. SAHA ÇALIŞMASI	87
3.1. Yöntem.....	87
3.1.1. Araştırmanın Modeli	87
3.1.2. Çalışma Grubu	87
3.1.4. Veri Toplama Araçları	88
3.1.5. Kişisel Bilgi Formu	89

	Sayfa
3.1.6. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	89
3.1.7. Veri Toplama Süreci	89
3.1.9. Verilerin Analizi.....	90
3.1.9.1. Tematik analiz ve içerik analizi.....	91
4. BULGULAR.....	93
4.4. Türkiye’deki Ruh Sağlığı Politikalarını Değerlendirme	95
4.5. Türkiye’deki Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	100
4.6. Pandemi Süreci Ruh Sağlığı Politikaları ve Hizmetleri.....	106
4.8. Pandeminin Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikalarına Etkileri	107
4.9. Pandeminin Türkiye Ruh Sağlığı Hizmetlerine Etkileri	111
4.10. Pandeminin Dünya Ruh Sağlığı Politikalarına Olan Etkisi	124
4.11. Pandemi Sonrası Ruh Sağlığı Politikaları ve Hizmetleri Teması	132
4.12. Pandemi Sonrası Dünya ve Türkiye’de Ruh Sağlığı.....	133
4.13. Öneri.....	137
5. TARTIŞMA	151
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	171
KAYNAKLAR	177
EKLER.....	193
EK-1. Kişisel Bilgi Formu	193
EK-2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu.....	194
ÖZGEÇMİŞ	195

TABLULARIN LİSTESİ

Tablo	Sayfa
Tablo 2.1. Küresel olarak Covid-19 toplam vakalar ve ölümler ile 100.000 nüfus başına toplam vakalar ve ölümler (23 Haziran 2022).....	53
Tablo 2.2. Bölgesine göre Covid-19 toplam vakalar ve ölümler ile 100.000 nüfus başına toplam vakalar ve ölümler (23 Haziran 2022).....	54
Tablo 2.3. Gelir grubuna göre Covid-19 toplam vakalar ve ölümler ile 100.000 nüfus başına toplam vakalar ve ölümler – Dünya Bankası Verileri (23 Haziran 2022)	55
Tablo 2.4. Covid-19 vaka sayısına göre ilk 10 ülke (23 Haziran 2022)	56
Tablo 2.5. Covid-19 ölüm sayısına göre ilk 10 ülke (23 Haziran 2022).....	57
Tablo 2.6. 100.000 nüfus başına düşen Covid-19 ölüm sayısına göre ilk 10 ülke (23 Haziran 2022)	58
Tablo 2.7. Türkiye’de Covid-19 toplam vakalar ve ölümler ile 100.000 nüfus başına toplam vakalar ve ölümler (23 Haziran 2022).....	59
Tablo 2.8. Küresel olarak ve Türkiye’de aşılama durumu (23 Haziran 2022)	59
Tablo 3.1. Çalışma grubunu tanımlayıcı bilgiler	88
Tablo 3.2. Katılımcılara ait kodlar ve alıntı sayıları	90
Tablo 4.1. Katılımcı profili	93
Tablo 4.2. Temalar gösterimi	94
Tablo 4.3. Pandemi öncesi ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri teması hiyerarşik kod alt kod gösterimi	94
Tablo 4.4. Pandemi öncesi ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri kod matris gösterimi	105
Tablo 4.5. Pandemi süreci ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri teması hiyerarşik kod alt kodların istatistiği gösterimi	106
Tablo 4.6. Pandemi süreci ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri kod matris gösterimi	131
Tablo 4.7. Pandemi sonrası ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri teması hiyerarşik kod alt kod gösterimi	132
Tablo 4.8. Pandemi sonrası ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri teması kod matris gösterimi	148

Tablo

Sayfa

Tablo 4.9. Kod bulutu 149



GÖRSELLERİN LİSTESİ

Görsel	Sayfa
Görsel 2.1. Covid-19 küresel durum (23 Haziran 2022).....	53
Görsel 2.2. Bölgesine göre Covid-19 dünya geneli vakalar (23 Haziran 2022) ...	54
Görsel 2.3. Bölgesine göre Covid-19 dünya geneli ölümler (23 Haziran 2022)...	55
Görsel 2.4. Türkiye’de Covid-19 onaylanmış vakalar ve ölümler (23 Haziran 2022).....	59



HARİTALARIN LİSTESİ

Harita	Sayfa
Harita 2.1. Türkiye’de en az iki doz aşı olmuş 18 yaş ve üstü nüfus haritası (%) (25 Haziran 2022)	60



KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Kısaltmalar	Açıklamalar
ARDS	Acute Respiratory Distress Syndrome (Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu)
BM EKHS	Birleşmiş Milletler Engelli Kişilerin Haklarına İlişkin Sözleşme
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)
CoV	Koronavirüsler
EUL	Emergency Use Listing (WHO Acil Kullanım Listesi)
MERS	Middle East Respiratory Syndrome (Orta Doğu Solunum Sendromu)
NHS	National Health Service (Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Servisi)
NIH	National Institutes of Health (ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri)
PCR	Polymerase Chain Reaction (Polimeraz Zincir Reaksiyonu)
RDT	Rapid Diagnostic Test (Hızlı Tanı Testi)
SABİM	Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome (Şiddetli Akut Solunum Sendromu)
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüsü 2 – COVID-19)
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri
TTB	Türk Tabipleri Birliği
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
OHAL	Olağanüstü Hal
GSMH	Gayri Safi Millî Hâsıla
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Teşkilatı)

1. GİRİŞ

Covid-19'un Ruh Sağlığı Politikalarına Yansımaları ve Bir Model Önerisi konulu araştırmada, pandemi öncesi, pandemi dönemi ve pandemi sonrası ruh sağlığı politikaları ve hizmetlerine ilişkin boyutları ele alınmaktadır. Nitel araştırma temelinde yürütölen bu çalışma, pandeminin en yoğun ve can alıcı dönemlerinde izolasyon ve karantina tedbirlerinin sıkı bir şekilde uygulandığı günlerde; 19 kişiden oluşan psikiyatri öğretim üyeleri, psikiyatristler, sosyal hizmet bölümü öğretim üyeleri, sosyal hizmet uzmanları, klinik psikolog ve PDR uzmanları ile yarı yapılandırılmış görüşme formlarının yanı sıra sahaya ilişkin gözlem tekniği kullanılarak gerçekteşirilmifitir.

12 Mayıs 2020 tarihinde araştırmacı da Covid-19 virüsüne yakalanmış ve 8 gün hastanenin Covid-19 izolasyon servisinde yatışı yapılarak gözlem ve takip altında kalmıştır. Toplamda 4 kez ağır derecede Covid 19 hastalığını yaşamıştır. Bu süreçte Covid-19 salgını ve buna bağlı klinik şartlara canlı olarak tanık olmuş ve aynı zamanda gözlem yapma imkanı bulmuştur. Ayrıca araştırmacı 3. basamak pandemi hastanesinin psiko-sosyal destek hattında Covid-19 testi pozitif çıkan hastalara uzman olarak profesyonel destek sağlamıştır.

Yine araştırmanın devam ettiği bu süreçte Covid-19 salgını hakkında Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca ile şahsen görüşme yapılmıştır.

SARS ailesinden olan SARS COV 2 virüsü (Covid-19), 31 Aralık 2019'da Çin ülkesinin Wuhan eyaletinde tespit edilmiş ve İnan, İtalya gibi ülkeler başta olmak üzere kısa sürede tüm dünyayı etkisi altına almış ve küresel bir salgına, başka bir deyişle küresel bir krize dönüşmüştür.

30 Ocak 2020'de DSÖ, Çin'de ortaya çıkan yeni tip Korona virüs (SARS COV 2) salgınına "uluslararası kamu sağlığı acil durumu (Pandemi) ilan ettiğini duyurmuştur.

Türkiye'de ise ilk vaka 11 Mart 2020 tarihinde bildirilmiştir. Türkiye'de ilk vakanın tespit edildiği tarihte 114 ülkede 118 binden fazla vaka ve 4291 ölüm bildirilmiştir. 17 Mart 2020'de ise Covid-19 kaynaklı ilk ölüm vakası bildirilmiştir.

Küresel salgına ve krize dönüşen Covid-19 virüsü, eğitim, ticaret, imalat ve hizmet sektörü, ulaşım, turizm, üretim, tedarik zinciri ve sağlık sistemi olmak üzere tüm

lkeleri, ekonomik, psikolojik ve sosyo-kültürel yönden tüm boyutlarıyla derinden etkilemiştir. Covid-19 salgın fırtınasına neredeyse tüm ülkeler ve gezegenin tüm sakinleri hazırlıksız yakalanmış ve küresel olarak ağır bedeller ödenmiştir.

Covid-19 virüsünün sağlık alanına etkileri, sadece fizyolojik boyutu ile sınırlı kalmamış ve aynı zamanda sağlığın vazgeçilmez ve ayrılmaz bileşenleri olan psikolojik ve sosyal boyutlarını da derinden etkilemiştir.

Salgının ne çıkan karakteriştiği; İleri düzeyde belirsizlik, ölüm korkusu, tedavinin ve hlihazırda aşının olamayışı (salgının akut dönemlerinde), bireysel ve toplumsal düzeyde varoluşsal kriz şeklinde kendini göstermiştir.

Covid-19 virüsünün fizyolojik etkilerinin, bulaşıcı özelliğinin yanı sıra; bireysel ve toplumsal olarak ruhsal rahatsızlıkların, psiko-sosyal sorunların da bulaşıcı hastalıklar gibi birey ve toplum psikolojisini etkisi altına alacak şeklide yaygınlık göstermiştir. (Anksiyete bozukluğu, OKB, bağımlılık, korku, endişe, yoksunluk sendromu, depresyon, intihar, yeme ve uyku bozukluğu vb).

Salgının psiko-sosyal boyutunu da içeren araştırmada elde edilen bulgular şu şekildedir: Araştırmada toplam 19 katılımcı yer almıştır.

Katılımcıların 10’u erkek, 9’u kadındır. Erkeklerin yaş dağılımı: 31<50> Medeni durumu: 8’i evli, 1’i bekar, 1’i boşanmış, Lisans alanı: sosyal hizmet 5 kişi, tıp fakültesi 4 kişi, psikoloji 1 kişidir. Aylık ortalama gelir durumu (2021): En düşük 11000 TL, en yüksek ise 20000 TL zeridir.

Kadınların yaş dağılımı: 31<50> Medeni durumu: Boşanmış 2 kişi, evli 6 kişi, Lisans alanı: Tıp Fakültesi 5 kişi, sosyal hizmet 2 kişi, psikoloji 1 kişi, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik 1 kişidir. Aylık ortalama gelir durumu (2021): En düşük 8000 TL ve en yüksek ise 20000 TL zeridir.

Araştırmada elde bulgular 3 ana tema altında toplanmıştır. Bunlar; **pandemi öncesi** ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri, **pandemi süreci** ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri, **pandemi sonrası** ruh sağlığı politikaları ve hizmetleridir.

1. Pandemi ncesi

Pandemi ncesi Türkiye’de ruh sağlığı politikalarına ilişkin katılımcıların 4’ “olumlu gelişmeler ” olduğunu, 3’ ruh sağlığı profesyonel sayısının yetersiz olduğunu, 4’

koruyucu hekimliğin yetersiz olduğunu, 7'si ruh sağlığı politikalarının eksik ve yetersiz olduğunu, 2'si toplum ruh sağlığı ve birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin artış gösterdiğini, 6'sı bu şartlar altında en iyisi olduğunu, 2'si hasta sayısı odaklı politika anlayışı olduğunu, 2'si ise ruh sağlığı politikalarına önem verilmediğini ifade etmiştir.

Pandemi öncesi Türkiye'deki ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin katılımcıların 1'i ruh sağlığı hizmeti sunan ekiplerin başarılı olduğunu, 2'si hastaya yeterli zamanın ayrılmadığını, 2'si ruh sağlığı hizmetlerini yeterli bulduğunu, 3'ü psikoterapi yerine ilaç odaklı tedavi planının uygulandığını, 6'sı hizmet sunumunda içerik ve süre bakımından yetersizlik olduğunu ve 5'i ise ruh sağlığı hizmetlerini yetersiz bulduğunu ifade etmiştir.

2. Pandemi Süreci

Pandemi sürecinin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkisine yönelik katılımcıların 2'si pandemi döneminde ruh sağlığı hizmet sunumunda başarılı bir süreç yaşandığını, 11'i ruh sağlığı hizmetlerinin aksadığını, 4'ü çalışanların ciddi zorluklar ve sorunlar (zihinsel olarak aşırı yorgunluk, çalışma barışının bozulması, huzurlu çalışma ortamının ciddi manada azalması, çalışanların verim ve performansının azalması gibi) yaşadığını, 2'si pandemi sürecinde ruh sağlığı hizmet sunumuna dair etik bir problemle karşılaşmadıklarını, 3'ü pandemi sürecinde Türkiye'nin yeni bir ruh sağlığı hizmet modeli geliştiremediğini, 4'ü online danışmanlık kaynaklı sorunlar yaşandığını, 8'i ruh sağlığı hizmetlerinde yeni modellerin (Online danışmanlık, psiko-sosyal destek hattı gibi) hayata geçirildiğini, 8'i pandemi kaynaklı (hizmetlerin aksaması, polikliniklerin kapatılması, hastaların hizmete erişememesi, hekim de dahil personelin stigmatizasyona uğraması, OKB, kaygı bozukluğu ve intiharlarda anormal artışların yaşanması gibi) sorunlar yaşandığını, 7'si hastaların tedaviye ulaşmada zorluklar yaşadığını, 4'ü pandemi sürecinin ruh sağlığı hizmetlerini olumsuz etkilediğini, 8'i pandemi döneminde hastaların yatış ve sevk işlemlerinde büyük sorunlar yaşandığını, 9'u hasta sayısında ve hizmet sunumunda kısıtlamaya gidildiğini, 5'i personel sayısının yetersiz (mevcut ruh sağlığı personelinin Covid-19 ile mücadele alanında görevlendirilmesi gibi) olduğunu, ifade etmiştir.

Pandeminin Türkiye'deki ruh sağlığı politikalarına etkisine yönelik katılımcıların 1'i online terapi ve görüşmelerin uygulamada yer aldığını, 1'i özel sektörde hasta-danışan sayısında artış yaşandığını, 2'si hastaların hizmete erişemediğini ve hastalıklarıyla baş

başa kaldığını, 1'i online eğitim ve kongrelerin yapıldığını, pandemi döneminde eczanelerin reçete düzenlediğini, 1'i ilaç ve silah ruhsatı raporlarının süresinin uzatıldığını, 1'i herhangi bir değişimin yaşanmadığını, 1'i olumlu yönde etkilediğini, 1'i ruh sağlığı yasası hazırlıklarının geciktiğini, 1'i ruh sağlığı politikalarının ikinci planda kaldığını, 1'i ruh sağlığı politikalarının yetersizliğinin belirgin hale geldiğini, 2'si yeni bir çalışma alanı oluşturamadığını, 3'ü ekip çalışması konusunda yetersizlikler olduğunu, 2'si ruh sağlığı hizmet sisteminin yeterli donanıma sahip olmadığını, 3'ü pandeminin ruh sağlığı hizmetlerini olumsuz etkilediğini ifade etmiştir.

Pandeminin Dünya ruh sağlığı politikalarına etkilerine yönelik katılımcıların 2'si Avrupa ve Amerika gibi gelişmiş uluslararası toplumlarda (gezici sağlık ekipleri ve halkın yardım kanalları konusunda bilgilendirilmesi gibi) hizmet sunumunun farklı politikalarla desteklendiğini, 2'si Dünya'da yeni bir hizmet modelinin geliştirilemediğini, 8'i Dünya'da ruh sağlığı politikalarının geri planda kaldığını, 2'si pandeminin Dünya ruh sağlığı politikalarını olumsuz etkilediğini, 4'ü pandeminin ruhsal etkilerine yeterli düzeyde önem verilmediğini, 7'si Dünya'da online terapi ve eğitimlerin yaygınlaştığını, 1'i ülkeler arası işbirliğine gidildiğini ve somut adımlar atıldığını ifade etmiştir.

3. Pandemi Sonrası

Pandemi sonrası Dünya'da ve Türkiye'de ruh sağlığı politikaları ve hizmetlerine ilişkin katılımcıların 7'si ruh sağlığı hizmetlerine yönelik talep ve ihtiyaçlarda artış yaşanacağını, 2'si hasta yatak sayısında artış olacağını, 2'si Pandemi kaynaklı (Pandeminin kalıntıları ortaya çıktığında, pandemi sonrası psiko-sosyal sorunların yeniden daha şiddetli bir şekilde gündeme geleceği ve hizmet kalitesinin daha da azalacağı gibi) sorunların devam edeceğini, 2'si online hizmetlerin yaygınlaşacağını, 2'si ruh sağlığı politikaları ve hizmet sistemine dair sorunların devam edeceğini, 1'i hizmet kalitesinde düşüşün yaşanacağını ifade etmiştir.

Pandemi sonrası Türkiye'de ruh sağlığı hizmet modeline dair önerilere ilişkin katılımcıların 11'i etkileşim ve çözüm odaklı olması gerektiğini, 7'si ruh sağlığı yasasının hazırlanmasını ve hayata geçirilmesini, 5'i koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerine önem verilmesini ve sisteme entegre edilmesini, 5'i birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerine önem verilmesini, 5'i çalışanların haklarının ve görevlerinin

gözetilmesi gerektiğini, 5'i ruh sağlığı hizmetlerinde insan kaynakları sayısının artırılmasını, 4'ü hizmet sunumunda kuralların netleştirilmesini ve ruh sağlığı profesyonellerinin yetki ve görev alanlarının sınırlarının belirginleştirilmesini, 4'ü online terapiler için yasal zeminin hazırlanmasını, 3'ü ruh sağlığına daha fazla önem verilmesi gerektiğini, 3'ü ruh sağlığı hizmet sunumuna dair olanakların artırılmasını, 3'ü yeni politikaların geliştirilmesini, 3'ü ruh sağlığına daha geniş bir perspektifle bakılmasını ve multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmasını, 2'si online ruh sağlığı hizmetlerinin dikkate alınmasını ve sisteme entegre edilmesini, 2'si hem hasta hem de personel odaklı olması başka bir deyişle hem hasta yararını hem de çalışan haklarının gözetilmesi gerektiğini, 2'si kaliteli eğitimin verilmesi gerektiğini, 2'si yeni hizmet modelinde sahada çalışan personelin yer alması gerektiğini, 2'si ruh sağlığı hizmet modelinde sevk zincirinin olması gerektiğini, 2'si randevu sisteminin iyileştirilmesi gerektiğini, 1'i hasta muayenesinde hastaya daha fazla zaman ayrılması gerektiğini, 1'i hizmete erişimin daha kolay sağlanması gerektiğini, 1'i hizmet verenlerin denetlenmesi gerektiğini ifade etmiştir.

Bu bulgulardan da anlaşılacağı üzere, ruh sağlığı hizmet sisteminde yapısal ve işlevsel sorunların olduğu görülmektedir. Araştırmada; sosyal destek, sosyal bakım, kurumsal bakım ve psiko-sosyal yönden idame tedavisi, multidisipliner yaklaşım ve ekip çalışması, meslekler ve sektörler arası işbirliği ve eşgüdüm, sosyal politika araçlarının ve müdahalesinin ruh sağlığı hizmet sunumundaki yeri ve önemi, koruyucu ve önleyici hekimlik, hizmete erişimdeki yapısal ve işlevsel sorunlar, randevu ve performans sistemi, kalite standardına dair kritik sorunlar, hastaya ayrılan muayene süresinin dramatik bir şekilde kısa olması, online danışmanlık-terapi, telepsikiyatri ve telemedicine özellikle yoğunluk ve önem kazanan konular arasında yer almaktadır.

Özellikle savaş, doğal afet ve bölgesel-küresel hayati tehlike arz eden salgınların yol açtığı olağanüstü ortamlarda birey ve toplumun ruhsal ve psiko-sosyal ihtiyaçlarına cevap verebilecek multidisipliner, sistemli ve donanımlı ruh sağlığı hizmet modelinin olmadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla bu araştırmanın sonucunda hem literatür, hem bulgular ve hem de araştırmacının profesyonel deneyim ve antropolojik denebilecek gözlemleri sonucunda yeni ve özgün bir ruh sağlığı hizmet sistemi ve modeli geliştirilmiş ve hizmet modelinin şeması araştırmanın sonuçları-çıktıları arasında yerini almıştır. Bu araştırmadan elde edilen bulguların ve geliştirilen hizmet modelinin

hem literatüre hem ulusal ruh sağlığı hizmet alanına ve hem de küresel sağlık sistemine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu nedenlerle araştırmanın kuramsal ve ampirik dayanaklarını ise şu şekilde ele alabiliriz: Pandemi; bir hastalığın dünya çapında yayılması, yüksek oranda bulaşıcılık ve çok sayıda insanın sağlık sorunu yaşaması, hatta hayatını kaybetmesi demektir. Dünya Sağlık Örgütü, pandemik hastalık olarak nitelendirilen listeye yeni corona virüs kaynaklı Covid-19 hastalığını da eklemiş bulunmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Diğer taraftan, pandemik bir hastalık sosyal refahı olumsuz etkilemekle kalmaz, toplumsal düzenin bozulmasına da neden olur. Toplumun tüm üyeleri için risk oluşturan pandemi ayrıca çeşitli sağlık sorunlarını beraberinde getirir. Bu bağlamda sadece fiziksel sağlığı değil aynı zamanda ruh sağlığını da etkiler (World Health Organization, 2022).

Bilindiği üzere ruh sağlığı politikaları birçok ülkede zayıf bir şekilde gelişmiştir. Ülkelerin dörtte birinin hem ruh sağlığı politikası hem de ruh sağlığı programı bulunmamaktadır. Çalışmalar; ruh sağlığı sorunlarının yeterince ifade edilmediğini ve ruh sağlığı stratejilerinin, hizmetlerinin ve kapasitesinin planlanması, koordinasyonu ve değerlendirilmesinin bulunmadığını göstermektedir (World Health Organization, 2021).

Ruhsal hastalıkların, toplumlarda yaygın olarak görülmesi ve bireye, ailesine ve topluma büyük yük oluşturmalarına rağmen dünyada ruh sağlığı alanına gerekli önem verilmemektedir (Saxena vd., 2013).

Oysaki sağlık konuları, sosyal politikada merkezi bir rol oynar. Devletler, sadece sağlık hizmeti sağlamaz; aynı zamanda sağlık hizmetlerini de düzenler. Bu durum, sağlığın sosyal politika alanı ile ilgisi olmasındandır. Geleneksel anlamda sosyal politika; düzenli gelir, barınma, eğitim, sağlık ve bireye yönelik sosyal hizmetler olmak üzere beş temel alana ayrılır. Sağlığın bu beş temel alandan biri olduğu görülmektedir (Thompson, 2013).

Ruhsal bozuklukların önlenmesi ve tedavisi, ruhsal yönden sağlıklı olmanın teşvik edilmesi ve bu yönde gerekli çalışmaların yapılması; ruh sağlığı politikalarına odaklanmayı gerektirir. Yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkan, saptanamayan ve tedavi edilmeyen ruhsal bozukluklar, yaşam boyu çeşitli sorunlara yol açar. Bu nedenle etkin ruh sağlığı politikaları, ruhsal bozuklukları önlemenin yolu olarak görülmelidir (Wainberg vd., 2017).

Tezin konusunu; Covid-19, sosyal politika, ruh sağlığı politikası ve Covid-19'un ruh sağlığı politikalarına yansımaları oluşturmaktadır. Bu bilgiler ve katılımcılardan elde edilen görüşler doğrultusunda bir model önerisi sunulmuştur.

Sosyal politika ve ruh sağlığı politikaları kapsamında Covid-19'un ruh sağlığı politikalarına yansımalarını incelemek ve bir model önerisi geliştirmek ve buna paralel olarak ruh sağlığı politikaları ve hizmetlerini geliştirmeye yönelik en güncel bilgileri sistematik hale getirerek, sosyal politika ve ruh sağlığı alanında çalışanların politika

ve hizmet modellerinin realizasyonunda etkin rol almalarına ve bunları uygulama alanına aktarmalarına katkı sağlamak, araştırmanın amacını oluşturmaktadır.

Araştırmanın temel amacı doğrultusunda alt amaçları aşağıda belirtildiği şekilde oluşturulmuştur.

1. Covid-19 pandemisi mevcut ruh sağlığı politikalarını nasıl etkiledi?
2. Covid-19 pandemisi, ruh sağlığı politikalarında ne tür değişiklikler oluşturdu?
3. Covid-19 pandemisi sürecinde oluşturulan ruh sağlığı politikalarının güçlü ve zayıf yönleri nelerdir?
4. Covid-19 pandemisi sonrası ruh sağlığı politikalarında nasıl bir süreç izlenebilir?
5. Ruh sağlığı hizmetlerinin yasal boyutları nasıl olmalıdır?

Bunlarla birlikte, Covid-19 pandemisinin ruh sağlığına yönelik etkileri ve psikososyal sonuçları, bu hastalığa maruz kalanlar ve toplumların bütünü için ciddi bir konudur. Covid-19 bulaşıcı bir hastalık olmanın yanı sıra kaçınılmaz bir şekilde stres, korku ve anksiyeteye yol açmaktadır. Covid-19 hastalarının ölümü, Covid-19 hastalığına her an maruz kalma korkusu ve yeni korana virüsün mutasyonlarla farklı biçimlerde kendisini üretmesinin çevrede uyandırdığı panik vb. pek çok gelişme ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir (World Health Organization, 2022).

Covid-19 salgınının öngörülemezliği ve belirsizliği, alınan önlemlerin yetersizliği ve ekonomik etkileri; ruh sağlığı sorunları riskini artırabilir ve ruh sağlığı sorunu yaşayanların durumunu şiddetlendirebilir. Yapılan çalışmalar, Covid-19'un özellikle pandemi öncesi ruh sağlığı bozuklukları olan kişileri daha fazla etkilediğini göstermektedir. Öte yandan dünya, ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunu Covid-19'un taleplerine uyarlamak için çaba göstermektedir (Moreno vd., 2020).

Bu süreçte ruh sağlığı hizmetlerinin sonuçlarının kapsamlı ve sürekli değerlendirilmesi ve hangi politikaların uygulanmasının gerektiği daha fazla önem kazanmıştır. Covid-19'un ortaya çıkardığı ruh sağlığı zorluklarını belirlemek ve bu doğrultuda ruh sağlığı hizmetlerini sürdürülebilir hale getirmek, hizmetlerin verimli ve adil bir şekilde sunulmasını sağlamak, iyi uygulamaları yaygın hale getirmek, önceki ve yeni uygulamaların başarısızlıklarını gidermek için bilimsel çalışmalar ışığında etkin ruh sağlığı politikalarına ihtiyaç duyulmaktadır (Goldman vd., 2020).

Literatürde ruh sağlığı politikalarına yönelik yapılmış çalışmalar sınırlı olduğu gibi Covid-19 sürecinde değişen ruh sağlığı politikalarına yönelik çalışmalar da sınırlıdır. Yerli literatür taramasında, Covid-19 sürecinde değişen ruh sağlığı politikalarını ele alan ve bir model önerisi sunan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu araştırma, genelde sosyal politika ve özelde ise ruh sağlığı politikaları kapsamında Covid-19 sürecinde değişen ruh sağlığı politikalarını ele alan ve bir model önerisi sunan ilk çalışma olma

özelliğine sahiptir. Araştırma literatürü ve sonuçlarının sosyal politika ve ruh sağlığı alanlarında çalışan tüm meslek elemanlarının çalışmalarına katkı sağlaması beklenmektedir ki tüm bunlar araştırmanın önemini ortaya koymaktadır.

Araştırma sürecinde ise, Covid-19'un ruh sağlığı politikalarına yansımalarına yönelik gerekli bilgilerin elde edildiği ve bunun yanı sıra, ruh sağlığı uzmanları ve sosyal politika alanı ile ilgilenen toplam 19 uzmanla yapılan görüşmelerin ise, Covid-19'un Ruh Sağlığı Politikalarına Yansımaları ve Bir Model Önerisi için yeterli olduğu varsayılmaktadır.

Bu araştırma, araştırmacı tarafından ulaşılabilen çalışmalardan elde edilen verilerle birlikte; ruh sağlığı ve sosyal politika ile ilgilenen toplamda 19 akademisyenle yapılan görüşmelerin yanı sıra, araştırmacının profesyonel deneyim ve antropolojik gözlemleri ve de Covid-19, sosyal politika, ruh sağlığı politikası ve Covid-19'un ruh sağlığı politikalarına yansımaları konularını içeren kavramsal çerçevenin de yer aldığı 2020-2023 tarihlerini kapsayan zaman çizelgesi ile sınırlıdır.

Araştırmanın öne çıkan kavramları ise şu şekildedir:

Pandemi: Pandemiler veya pandemik hastalıklar, bir kıta hatta tüm dünya yüzeyi gibi çok geniş bir alanda yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıklara verilen genel addır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Covid-19 Pandemisi: Covid-19, SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu ve bulaştığı kişilerde ateş, öksürük, nefes darlığı gibi belirtilere neden olan pandemik bir hastalıktır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Sosyal Politika: Sosyal refahı sağlamak için yapılan toplum düzenlemeleri olup sosyal nitelikli devletçe izlenen politikalar bütünüdür ve multidisipliner bir akademik çalışma alanıdır (Ersöz, 2020).

Ruh Sağlığı: Ruh sağlığı, bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın normal gerginlikleriyle başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik halidir (World Health Organization, 2021).

Ruh Sağlığı Politikaları: Ruh sağlığı politikaları, ruhsal bozuklukların önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonu ve toplumda ruh sağlığının geliştirilmesi için yapılan politikalar bütünüdür (Turnpenny vd., 2018).

Ruh Sağlığı Hizmetleri: Ruhsal bozuklukları önlemek ve ruhsal hastalıkları tedavi ederek bireyleri yeniden topluma kazandırmak amacıyla sunulan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerdir (Köknel, 2000).

Araştırmada öne çıkan kavramlar, kavramsal çerçeve bölümünde detaylı bir şekilde ele alınmaya çalışılmıştır.





2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Kavramsal çerçevede; sağlık sistemi, Covid-19, ruh sağlığı ve Covid-19'un ruh sağlığı politikalarına yansımaları konularına yer verilmiştir.

2.1. Sağlık Sistemi

2.1.1. Sağlık Sistemi Tanımı, Sınırları ve Amaçları

Sağlık sistemleri, günümüz dünyası ekonomisinde en büyük sektörlerden birisidir (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005).

Modern sağlık sistemleri; beceri ve faaliyetlerin farklılaşmasını, uzmanlaşmayı ve hastalıkların ekonomik yükünde çok büyük değişiklikleri içermektedir. Yakın zamana kadar, bu tür yüklerin çoğu verimlilik kaybı olarak görülüyordu. Bunun nedeni, insanların genç yaşta ölmeleri, hastalanmaları ve çalışmalarını engelleyecek şekilde sakat kalmalarıydı. Sağlık bakımının maliyeti, ekonomik kaybın sadece küçük bir kısmı olarak hesaplanmaktaydı. Verimlilik kayıpları, özellikle daha fakir ülkelerde hâlâ önemli olmakla birlikte, yaşamı uzatmak ve sakatlığı azaltmak, sağlık sistemleri için daha fazla sorumluluk anlamına gelmektedir. Sağlık sistemlerinin kullandığı kaynakların artmasından kaynaklanan ilave yük, hastalık ve erken ölüm nedeniyle ekonomik kayıpların önlenmesi ile telafi edilmektedir (World Health Organisation, 2000).

Hemen hemen tüm dünya ülkelerinin sağlık sistemlerinin karşı karşıya kaldığı en önemli iki sorun, sağlık sistemine ayrılan kaynakların adaletsiz dağılımı ve sağlık sorunlarının dağılımına göre tahsis edilmemesidir. Sağlık sistemlerinin asıl amacı ise sağlığı; geliştirmek, iyileştirmek ve sürdürmektir (World Health Organisation, 2000).

Dünya Sağlık Raporu 2000, sağlık sistemlerinin sınırları için kullanılabilir bir dizi tanım geliştirmiştir: (1) En dar anlamıyla sağlık sistemi, sağlık bakanlığının doğrudan kontrolü altındaki faaliyetlerdir. (2) Biraz daha geniş anlamıyla sağlık sistemi, kişisel tıbbi hizmetleri ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini içermektedir; ancak sağlığı geliştirmeye yönelik sektörler arası faaliyetleri kapsamaz. (3) Üçüncü tanım daha kapsamlıdır ve temel amacı sağlığı iyileştirmek olan her türlü faaliyeti sağlık sisteminin bir parçası olarak kabul eder. (4) Son tanım, sağlığın iyileştirilmesine katkıda bulunan tüm faaliyetleri kapsar. Eğitim, endüstriyel gelişme, çevre gibi insan faaliyetinin hemen hemen tüm alanları sağlığı etkiler. Bu tanımda, eğitim ve sağlık sistemleri veya sağlık ve tarım sistemleri arasında operasyonel bir ayrım yoktur (World Health Organisation, 2000, 2001).

Sağlık sistemleri sadece insanların sağlığını geliştirmekle kalmayıp, aynı zamanda onları hastalıkların mali risklerine karşı korumak ve onlara onurlu bir şekilde

davranmakla yükümlüdür. Dolayısıyla sağlık sistemlerinin üç önemli hedefi bulunmaktadır. Bunlar (Uğurluoğlu ve Çelik, 2005):

1. Hizmet verilen nüfusun sağlığını geliştirmek,
2. İnsanların beklentilerine cevap vermek ve
3. Hastalık veya sağlığın maliyetlerine karşı mali koruma sağlamak.

Bir sağlık sisteminin yerine getirmesi gereken dört fonksiyon bulunmaktadır. Bunlar; hizmetlerin sağlanması, kaynakların oluşturulması, finansmanın bulunması ve idari faaliyetlerin yerine getirilmesidir (World Health Organisation, 2000, 2001).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO, 2000, 2001), sağlık sisteminin üç temel amacını tanımlamıştır. Bunlar aşağıda açıklandığı şekildedir.

1. Sağlığı Yükseltmek: Bir sağlık sistemi için tanımlanan ilk amaç, toplumun sağlığını yükseltmektir. Daha iyi sağlık, bir sağlık sisteminin varoluş nedenidir ve hiç şüphesiz onun temel ve belirleyici amacıdır. Sağlık sistemleri sağlığı korumak veya geliştirmek için hiçbir şey yapmasaydı, var olmaları için hiçbir sebep olmazdı (Murray ve Frenk, 2000, 2001). Sağlık sistemlerinin sağlığı yükseltmek için yapmış oldukları katkıları değerlendirmek zordur. Mevcut tıbbi müdahalelerin organize edilme ve uygulanma şeklindeki değişiklikler, salgınların yayılmasını tersine çevirebilir ve bir hayat kurtarmanın maliyetini önemli ölçüde azaltabilir (World Health Organisation, 2000).

2. Finansal Katkıda Adalet: Adalet, finansmanda eşitliği, bakım ve sağlık sonuçlarına erişimi ve yönetim ve dağıtımda verimliliği ve sorumluluğu içerir (Daniels vd., 2000). Dünya Sağlık Raporu 2000, adil finansmanı, gelir, sağlık durumu veya sağlık hizmeti kullanımına bakılmaksızın tüm hanelerde benzer olan toplam sağlık katkılarının toplam gıda dışı harcamalara oranı olarak tanımlar (World Health Organisation, 2000). Adil olmak için sağlık sisteminin finansmanı iki önemli noktayı dikkate almalıdır. Birincisi, hanehalkları yoksullaşmamalı veya gelirlerinin büyük bir bölümünü ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini elde etmek için harcamamalıdır. İkincisi, yoksul haneler sağlık sistemine zengin hanelere göre daha az ödeme yapmalıdır (Murray ve Frenk, 2000).

3. Yeterlilik: Bu kavram, sağlık sisteminin halkın ne şekilde tedavi edilmesi gerektiğini önemseyerek; halkın beklentilerinin nasıl karşılanması gerektiği üzerine odaklanmaktadır (Murray ve Frenk, 2000). Yeterlilik, yedi unsur kullanılarak açıklanmıştır: (1) Saygınlık, asimetrik bilgi ve fiziksel yetersizlikler nedeniyle hastanın sadece bir hasta olarak değil, belirli haklara sahip bir birey olarak haklarının korunması olarak tanımlanmaktadır (Silva, 2000). (2) Özerklik, bireyin kendi sağlığıyla ilgili kararlara katılımı anlamına gelir (World Health Organisation, 2000). (3) Gizlilik, bireyin kişisel sağlık bilgilerine erişimi belirleme hakkıdır (Murray ve Frenk, 2000). (4) Acil ilgi, acil durumlarda acil bakım ve acil olmayan durumlar için makul bekleme süreleri anlamına gelir (World Health Organisation, 2000). (5) Temel malzeme/araç/ekipman kalitesi, sağlık birimlerinde her şeyin temizliği, mobilyaların uygunluğu ve kullanılan

malzemelerin kalitesi gibi sağlıkla doğrudan ilgili olmayan fiziksel niteliklerine odaklanır (Silva, 2000).

(6) Bakım sırasında sosyal destek ağlarına erişim, bakım ve iyileşme sürecinde aile ve arkadaşlar aracılığıyla sosyal desteğe erişim hakkını ifade eder (Murray ve Frenk, 2000). (7) Hizmet sağlayıcı seçimi, sağlık bakım birimleri arasında seçim yapabilmeyi içerir ve bakım sağlayan kişi veya kuruluşları seçme özgürlüğünü ifade eder (World Health Organisation, 2000).

2.1.2. Sağlık Sistemi Modelleri

Günümüz dünyasında ülkeler insanları sağlıklı tutmak, hastaları tedavi etmek ve sağlık harcamalarını kontrol etmek gibi finansal amaçlarla çeşitli sağlık sistemleri geliştirmişlerdir. Bu sistemlerin temel dinamikleri, sağlık hizmetlerinin kaynakları, bu kaynakların yönetimi, organizasyonu, sunumu ve finansmanıdır (Culyer ve Newhouse, 2000).

Ülkeler giderek karmaşıklaşan yasal, finansal ve politik yönetim sistemleri içerisinde sağlık hizmetlerini en doğru şekilde sunabilmek için bu modelleri geliştirmiştir. Bu sistemleri birbirinden ayıran temel farklar; sağlık hizmeti sunucuları, sağlık hizmetlerinin bedelinin ödenme şekli ile sağlık sigortası sağlayıcıları ve alıcıları arasında finansal risklerin nasıl farklılaştırıldığıdır (Daştan ve Çetinkaya, 2015).

1. Beveridge Modeli (Ulusal Sağlık Hizmeti): İngiliz iktisatçı William Beveridge tarafından 1942 yılında ortaya atılmıştır. Bu model Beveridge'nin "Sosyal Güvenlik ve Ulusal Sağlık Sigortası" adlı raporunda detaylı olarak ele alınmış ve İngiliz hükümeti tarafından uygulanmıştır.

Beveridge modeli, sağlık hizmetlerinin devlet tarafından vergiye dayalı olarak finanse edildiği ve halka sunulduğu bir sağlık sistemidir. Bu anlamda sağlık hizmetleri; ulusal güvenlik, yollar, köprüler ve aydınlatma gibi sıradan bir kamu malı olarak görülmektedir. Sağlık reformu ile ilgili girişimleri nedeniyle en yaygın kullanılan sağlık finansman yöntemidir. Bu sistemin kurucusu olan İngiltere'de birçok hastane ve klinik devlete ait olup, kamu bünyesindeki hekimlerin yanı sıra özel sektördeki hekimler de ücretlerini devletten almaktadırlar. Devlet hekimlerin ne iş yapacağını ve ne kadar maaş alacağını belirleyebildiği için bu sistemi kullanan çoğu ülkede kişi başı sağlık harcaması düşük olabilmektedir. Bu sistemi kullanan ülkeler; Birleşik Krallık, İspanya, İskandinav ülkelerinin çoğunluğu ve Yeni Zelanda'dır (Immergut, 1992).

2. Bismarck Modeli: Otto Von Bismarck tarafından 1883'te tasarlanmıştır. Bu modelde bir sigorta sistemi vardır ve bu sigorta işverenlerin ve çalışanların bordro kesintileri ile finanse edilmektedir. Alman sigorta sistemi olarak da adlandırılan bu sistem, tüm vatandaşları kapsamayı amaçlar ve kar amacı gütmaz (Barnighausen ve Sauerborn, 2002). Bu sistemi benimseyen ülkelerdeki

hastaneler ve hekimler özel olma eğilimindedir. Bu sistem hastalık risklerine karşı sigortalar ve dolayısıyla tedavi edici ve ayakta tedavi hizmetlerini kapsar. Bismarck modeli birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede sıklıkla uygulanmaktadır. Almanya, Hollanda, Fransa, Belçika, İsviçre, Japonya ve bazı Güney Amerika ülkeleri bu ülkeler arasındadır (Tatar, 2011).

3. Ulusal Sağlık Sigortası Modeli: Karma model olarak da adlandırılan ulusal sağlık sigortası modeli, Bismarck ve Beveridge modelinin bazı unsurlarını içermektedir. Bu modelde özel sağlık hizmeti sağlayıcıları kullanılmaktadır; ancak devlet tarafından işletilen ve vatandaşlar tarafından vergi ve prim ödemeleri ile finanse edilen bir sistemdir. Pazarlama veya kar amacı gütmeyen tek ödemeli bir sistem olduğu için yönetimi ve organize edilmesi daha kolay ve diğer sistemlerden daha ucuz olabilir. Ayrıca bu sistem, karşılanacak sağlık hizmetlerini sınırlayabilir veya maliyetleri kontrol etmek için hastaların hizmet alması için bir bekleme listesi oluşturabilir. Kanada bu sistemi benimsemiş en klasik örnektir. Ancak Güney Kore ve gelişmekte olan Tayvan gibi yeni sanayileşmiş ülkelerde de görülmektedir (Woolhandler, Campbell ve Himmelstein, 2003).

4. Cepten Ödeme Modeli: Cepten ödeme modeli dünyanın birçok ülkesinde görülen bir modeldir. Düşük gelir düzeyine ve örgütlenmemiş sağlık yönetimine sahip ülkelerde yaygındır. Bu tür ülkelerde sağlık hizmetlerine para ödeyebilenler, bu hizmetlerden yararlanabilirler; aksi takdirde hastalanabilirler veya ölebilirler. Afrika ülkeleri, Hindistan, Çin, bazı Güney Amerika ülkeleri en iyi örneklerdir (Lameire, Joffe ve Wiedemann, 1999).

5. ABD Modeli: Amerika Birleşik Devletleri'nin genel sağlık sistemi, dört ana sağlık sistemi modelinin her birinden bir parça içermektedir. Gazi ve çocuklara yönelik sağlık bakımı açısından Beveridge modeline, yaşlılara hizmet sunumu açısından ulusal sağlık sigortası modeline ve çalışanlara yönelik sağlık hizmetleri açısından Bismarck modeline benzemektedir. Nüfusun %15'inden fazlasının sağlık sigortası bulunmadığı için model, cepten ödeme modeline benzemektedir (Daştan ve Çetinkaya, 2015).

Bu sistemin temeli özel sigortadır ve temel ilke herkesin hekimi ve hastasını seçme hakkının olmasıdır. Çoğu hekim özel muayenehanede çalışmayı tercih eder ve ödemeler ya sigorta yoluyla ya da doğrudan hekime yapılır. Ülkenin sağlık uygulamalarında tam bir birlikten bahsetmek mümkün olmamakta ve eyaletlerde farklı uygulamalar görülebilmektedir. Özel sağlık sigortası odaklı gelişen sistemde, özel sağlık sigortasına gücü yetmeyenler için Medicaid ve yaşlılar için Medicare olarak adlandırılan kamu kurumları vardır. Gaziler ve çocuklar için de benzer uygulamalar geliştirilmiştir. 2010 yılında çıkarılan Hasta Koruma ve Uygun Fiyatlı Bakım Yasası, ülke çapında bir reform niteliğindedir (Oral, 2002).

6. Türkiye Modeli (Genel Sağlık Sigortası): Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na göre sağlık kamu hizmetidir, devletin görevlerinden biridir ve sağlık hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı sorumludur. Sağlık hizmetleri; kamu, yarı kamu, özel ve kar amacı gütmeyen kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Sağlık hizmetleri; vergiler, sosyal güvenlik primleri, özel sigorta primleri ve cepten ödemelerle finanse edilmektedir (Pekten, 2006).

Son 20 yılda hızlanan reformlar ve 2003 yılında başlayan 'Sağlıkta Dönüşüm' programı ile Türk sağlık sistemi yeniden düzenlenmiş, Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası sistemi uygulamaya konulmuştur. Bu değişiklikler sonucunda vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşmış ve düşük gelirli grupların yüksek sağlık harcamalarına karşı mali koruması geliştirilmiştir. 2012 yılı itibari ile tüm vatandaşların Genel Sağlık Sigortası sistemine dâhil edilmesi zorunlu hale getirilmiştir (Daştan ve Çetinkaya, 2015).

Türkiye sağlık göstergeleri ve sağlık harcamaları açısından gelişmekte olan ülke ve kendi gelir grubundaki ülkelere göre ortalamanın üzerine çıkmayı başarsa da, sağlık göstergeleri açısından OECD üyesi ülkelere göre halen en dezavantajlı ülkelerden biridir. Ayrıca son yıllarda kamunun sağlık harcamalarındaki payının hızla artması finansman açısından riskleri artırmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015).

2.1.3. Sağlık Sistemlerinde Sevk Zinciri

Sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli sunumu için dünyada genel kabul görmüş yöntem, hizmetlerin uygun basamakta sunulmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine öncelik verilerek sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması ve bu hizmetlerin eğitimli sağlık ekipleri tarafından, coğrafi olarak dengeli dağıtılmış ve herkesin ihtiyacıyla orantılı olarak sunulması çağdaş sağlık sistemlerinin önemli hedeflerinden biri haline gelmiştir. Bunların gerçekleşmesi, ikinci basamaktaki yığılmayı önleyecek ve ikinci basamakta tedavi görmesi gereken hastalara yeterli zamanın ayrılmasını sağlayacaktır (Başol, 2015).

Her bireyin kendi sağlığının takipçisi olması, hastaların hizmetlere kolay ve hızlı ulaşabilmeleri, hastaların sağlık hizmetlerine ulaşmak için başvurmak zorunda kaldıkları sistem dışı erişim yollarını ortadan kaldıracaktır. Sağlık sistemlerinde sevk zincirinin kapsamı belli olan basamakları vardır. Sağlık sistemindeki bu basamaklı yapı, sistemin etkinliğini sağlamakta ve gereksiz kaynak kullanımını engellemektedir. Bu basamaklar aşağıda verilmiştir (Sülkü, 2011; Başer vd., 2015; Başol, 2015; Ateş, 2020).

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri: Sağlık evleri, sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı merkezleri, revirler, çevre sağlığı birimleri, halk sağlığı merkezleri, okul sağlığı, gezici sağlık birimleri, aile hekimliği merkezleri gibi kurumlar bu kapsamda hizmet sunmaktadırlar. Çevre sağlığı, temiz su, tütün ve alkol gibi zararlı alışkanlıklardan korunma, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, aşılama, erken teşhis, beslenme, obezite, aile planlaması, sağlık eğitimi gibi toplum temelli konular; koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında ele alınmakta ve bireylerin hastalanmadan sağlıklı bir yaşam sürmeleri amaçlanmaktadır (Başol, 2015).

2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri: Tedavi hizmetlerini kapsar ve aile hekimi ilk basamak yetersiz kaldığında bu basamağa başvurur. Özel muayene ofisleri, hastaneler (acil servisler, poliklinikler, yataklı servisler gibi), evde bakım, diyaliz merkezleri gibi kurumlar bu kapsamda hizmet sunmaktadır (Sülkü, 2011).

Tedavi edici sağlık hizmetleri, hastalık ortaya çıktıktan sonra muayene ve tedaviyi kapsayan ve üç aşamada ele alınan hizmetlerdir (Başer vd., 2015).

a) Birinci basamak sağlık hizmetleri: Daha çok hastalıkların tedavisi için hastanede yatışın gerekli olmadığı, evde veya ayakta tedavi edilen tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetleridir. Hastalar öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurur ve gerekirse hekim onayı ile bir üst basamağa sevk edilirler.

b) İkinci basamak sağlık hizmetleri: Hastaların sağlık merkezlerinde yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin verildiği hizmetlerdir.

c) Üçüncü basamak sağlık hizmetleri: Genellikle belirli bir hastalığın tedavisinin ele alındığı ve en yüksek tıbbi teknolojilerin uygulandığı üniversiteler ve dal hastaneleri gibi ileri tedavi kurumlarında verilen sağlık hizmetleridir.

3. Rehabilitasyon Hizmetleri: Bedensel veya ruhsal yönlerden engelli duruma gelmiş kişilerin başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmeleri için yapılan tüm çalışmaları kapsar. Tıbbi rehabilitasyon, fiziksel sorunları mümkün olduğu kadar azaltmayı amaçlar. Fizik tedavi merkezleri buna bir örnektir. Sosyal rehabilitasyon ise kişiye yeni işler ve beceriler kazanma fırsatı sağlar. Engellilere yönelik meslek edindirme merkezleri bu hizmete örnektir (Başol, 2015).

2.1.4. Sağlık Sistemi ve Sosyal Politika

2.1.4.1. Sosyal politika kavramı

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

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

Liberal piyasa ekonomisi yaklaşımının benimsendiği bu dönemde, devlet müdahalelerinin serbest piyasayı olumsuz etkileyeceği görüşü hâkim olmuştur. Müdahalesiz oluşan bir piyasanın halkı zenginleştireceği inancı, bir yandan sermaye sahiplerinin zenginleşmesini sağlarken, diğer yandan emek sektörünün fakirleşmesine neden olmuştur. Çocukların ve kadınların karşılaştığı yoksulluk, insani duyguları incitmiştir. İşçi ücretlerine ve çalışma koşullarına herhangi bir

müdahalenin yapılmadığı bu dönemde artan yoksulluk, toplumsal sorunların artmasına ve dolayısıyla sosyal politikaların hızla gelişmesine neden olmuştur (Robinson ve Moggridge, 2013). Ekonomide liberal yaklaşımın bir sonucu olarak toplumda iki karşıt kesim ortaya çıkmıştır: Sermaye sahipleri olan burjuva sınıfı ve emek sahipleri olan işçi sınıfı. Ücretlerin düşmesi, olumsuz çalışma koşulları ve uzun çalışma saatleri işçi sınıfında toplumsal sorunlara ve sınıf çatışmalarına yol açmıştır. 19. yüzyılda devletin liberal ekonomi anlayışının yol açtığı toplumsal sorunları çözmek için sosyal politikalar uygulanmıştır. Devletin çalışma hayatına, çalışma ilişkilerine ve ücretlere müdahalesi ile toplumsal barış ve adaletin sağlanması kaçınılmaz olmuştur (Erdut, 2002).

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

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

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

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

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

Sosyal politikanın tanımına ilişkin farklılıklar da dönemsel koşullardan kaynaklanmaktadır. Wagner'e göre sosyal politika, devletin işçileri korumak için aldığı önlemleri, Kessler'e göre ise sosyal sınıfın hareketleri ve mücadeleleri ile devletin bu mücadeleye karşı tavrını ifade eder. Lauber'e göre sosyal politika, finansal ve kültürel yaşam koşullarını belirli bir süre içinde değiştirmek ve düzenlemek için ulusal düzeyde alınan önlemler bütünüdür. Albrecht, sosyal politikayı toplumun ekonomik korunmaya muhtaç kesimini korumak, sosyal güvenlik ve barışı sağlamak için alınan tüm önlem ve kurumlar olarak tanımlamaktadır. Marshall, sosyal politikayı, devletin hizmet ve gelir elde etmek ve de refahı sağlamak için geliştirdiği bir dizi politika olarak tanımlar. Hagenbuch, sosyal politikanın bireylerin asgari standartlara ve fırsatlara sahip olmalarını sağlamaya yönelik bir çaba olduğunu ileri sürer (Aravacık, 2018). Sosyal politika teorisinin öncülerinden Titmuss'a göre sosyal politika; çalışan sınıflar, emekliler, kadın ve çocuklar gibi zayıf gruplar için fayda veya refah amaçlı bir yaklaşımla, daha fazla refahın ve daha fazla faydanın sağlanmasında bir araçtır (Veit-Wilson, 2000).

Dar anlamda sosyal politika; kapitalist toplum yapısını ve iktisat düzenini esas almakta, bu düzen içinde sadece iki sınıf (işçi sınıfı ve işveren-sermaye) ve bu iki sınıf arasındaki ilişkiler ile bu sınıflar arasındaki çelişkilerden yola çıkmakta, hızlı sanayileşmenin ortaya çıkardığı sosyal sorunları çözmeye ve özellikle işçi sınıfını bu sorunlardan korumaya çalışmakta ve mevcut düzeni koruma amacı taşımaktadır. Geniş anlamda sosyal politika, toplumsal yaşamda ortaya çıkan ve bu bilim dalının kapsamına giren tüm problemlerle ilgilenir. Bütün sosyal alanlar ve bütün sosyal grupların sorunları ile ilgilenmekte ve çözümler üretmektedir. Bu anlamda sosyal politika, sosyal gelişme, sosyal adalet, sosyal denge ve sosyal bütünleşme hedeflerini içermektedir. Çalışma ilişkilerinden kaynaklanan sosyal politikalar daha yeni olmasına karşın, geniş anlamdaki sosyal politikalar insanlık tarihi kadar eskidir (Ersöz, 2020).

Sosyal politika, refah ve insan ihtiyaçları ile ilgilidir. Bu kavramlar tartışmalıdır, ancak geri döndürülemez bir şekilde normatiftir. Zengin ve fakir, vatandaş ve göçmen, zayıf yaşlı ve genç, iyi ve kötü eğitilmiş, gelişmiş ve gelişmemiş bölgelerde yaşayanlar veya şanslı ve şanssız arasındaki ayrımlar büyüdükçe, kaybeden insanlara odaklanma ve en savunmasızların çıkarlarını koruma ihtiyacı daha da artmaktadır (Taylor, 2019). Sosyal politika, Avrupa'da "sosyal politika" olarak anılırken, Kuzey Amerika literatüründe "sosyal refah politikası" olarak anılmaktadır. Bazı yazarlar bu iki kavramın aynı anlama geldiğini savunurken, bazıları da sosyal politikanın sosyal refah politikası da dahil olmak üzere çeşitli politikaları kapsayan çerçeve bir kavram olduğunu savunmaktadır (Ersöz, 2011).

Sosyal politikaların temel amacı, toplumdaki herkesin çatışmalardan uzak, uyum içinde yaşamasını sağlamaktır. Böylece sosyal adaletin, sosyal dengenin, sosyal barışın, sosyal bütünleşmenin ve sosyal demokrasinin sağlanması hedeflenmektedir (Güven, 2009).

1. Sosyal adalet: Sosyal adalet sayesinde, toplumdaki herkes eşit riskler karşısında eşit haklara sahip olacaktır. Bu şekilde ekonomik şansların neden olduğu eşitsizlikler ve farklılıklar ortadan kaldırılır. Herkesin gelir, vergi, ücret, eğitim ve sosyal güvenlik konularında adil fırsatlara sahip olmasını sağlayan tüm politikalar sosyal adaletin gelişmesine katkıda bulunur.

2. Sosyal denge: Sosyal dengenin sağlanması, toplumdaki herkes uyum ve denge içinde yaşarsa mümkündür. Bu nedenle sosyal farklılıkların azaltılması gerekmektedir. Özellikle farklı bölgelerde yaşayan bireylerin fırsatlar açısından farklılıkları ve eşitsizlikleri bu denge ve uyumun bozulmasına neden olmaktadır. Gelişmişlik düzeyine ilişkin farklılıkları ortadan kaldırmak ve herkesin aynı sosyal hizmetlerden yararlanmasını sağlamak sosyal politika uygulayıcılarının temel amaçlarından biridir.

3. Sosyal barış: Sosyal barış, toplumsal yapı içindeki dengenin bozulmasına neden olan faktörlerin ortadan kaldırılmasına yönelik politikalarla sağlanır. Özellikle kapitalist sistemde serbest piyasanın oluşturduğu toplumsal farklılıklar toplum genelinde dayanışmayı engelleyebilmektedir. Uyum ve uzlaşmanın hâkim olduğu bir toplumun oluşturulması için toplum psikolojisi üzerindeki olumsuz etkileri ortadan kaldıracak politikalar uygulanmalıdır.

4. Sosyal bütünleşme: Sosyal bütünleşme, toplumda birlik ve beraberliği olumsuz etkileyen siyasi ve ekonomik faktörlerin en aza indirilmesini ifade eder. Eğitim, kültür ve ahlaki değerler bu anlamda toplumsal çözülmeyi etkileyen konulardır.

5. Sosyal demokrasi: Sosyal demokrasi hedefine ulaşmak, demokratik düzende bireylerin temel hak ve özgürlüklerinin korunması ve demokratik özgürlükler çerçevesinde hukuk düzeni ile mümkündür. Bireylerin çalışma ve katılım haklarını korumak için demokrasi hedefine ulaşılmalıdır.

Sosyal politika, sosyal refah faaliyetlerinin sorunsuz bir şekilde yürütülmesi amacıyla oluşturulmuştur. Ancak sosyal politikanın amacını açıkça belirleme kolay değildir. Bilim insanları, sosyal politikanın amacını farklı şekillerde sunmaya çalışmışlardır. Buna rağmen genel olarak sosyal politikanın amacının; istenmeyen sosyal koşulların üstesinden gelinmesi, insanların ihtiyaç ve isteklerini karşılamaya yönelik sosyal ortamın oluşturulması olduğu söylenebilir (Haque, 2021).

Titmuss, sosyal politikayı; "bir toplumun refah ihtiyaçları ile ilgili ortak bir amaca hizmet eden faaliyetler" olarak tanımlarken aslında sosyal politikanın amacını da vermektedir. Bir toplumun sosyal refah ihtiyaçlarının giderilmesini amaç olarak vurgulamıştır. Titmuss, sosyal politikanın üç açık hedefini ortaya koymaktadır. Bunlar; (1) sosyal politika, vatandaşlara refah sağlamaya

yöneliktir, (2) sosyal politika, ekonomik ve ekonomik olmayan hedefleri içerir ve (3) sosyal politika, kaynakların yeniden dağıtımını için bazı önlemleri kapsar. Titmuss, sosyal politikanın amaçlarını aşağıda belirttiği şekilde sıralamaktadır (Veit-Wilson, 1958; Haque, 2021).

1. Yoksulluğun azaltılması: Yoksulluğun belirli bir tanımı yoktur ve farklı zamanlara göre farklı şekilde tanımlanmaktadır. Yoksulluk, farklı toplumların yaşam kalitesi tarafından belirlenir. Yoksulluk genellikle görece yoksul veya görece dezavantajlı kişileri ifade eder. Sosyal politikanın amaçlarından biri, imkanları kısıtlı insanları geliştirmek, belirli planlar aracılığıyla yoksulların yaşam standartlarını iyileştirmeleri için fırsatlar oluşturmak ve bu durumun üstesinden gelmelerine yardımcı olmaktır.

2. İstenmeyen sosyal durumlarla ve sosyal problemlerle başa çıkmak: Problemler ve istenmeyen durumlar, evrenseldir. Her toplumda, o toplumun sosyal bağlamında bazı sosyal sorunlar vardır. Sorunun doğası bir toplumdan diğerine değişebilir; ama sorun her yerdedir. Toplumsal istikrarı korurken, toplumsal sorunların etkin bir şekilde ele alınması, toplumun sürekliliği ve gelişimi için esastır. Bu nedenle sosyal politikanın amaçlarından biri, sosyal sorunları ele alarak uygun sosyal ortamı sağlamaktır.

3. Planlı sosyal değişimi gerçekleştirmek: Sosyal politikanın amaçlarından biri de toplumsal değişimin hızını olumlu yönde yöneterek toplumsal değişimi sağlamaktır. Sosyal politika, toplumsal örgütlenmenin tutum, gelenek ve ilkelerinin olumsuz yönlerini düzelterek ve değiştirerek istenen toplumsal değişimi sağlar. Sosyal politika, değişimin olumlu bir unsuru olarak kabul edilmektedir. Örneğin; ataerkil bir toplumda, eğitim ve istihdam da dahil olmak üzere kadınlara yönelik ayrımcı tutumlar gibi aile ve sosyal bağlamdaki sorunların çoğu, sosyal politikanın planlı değişim kapsamı içerisindedir.

4. Kaynak ve fırsat eşitliğinin sağlanması: Sosyal politika, tüm vatandaşların kaynaklara ve fırsatlara eşit katılımını sağlamaya çalışır. Sosyal politikanın amaçlarından biri, sosyal ayrımcılığı ve eşitsizliği ortadan kaldırarak herkes için eşit haklar sağlamaktır. Toplumdaki herkesin temel haklarını korurken sosyal kaynakların adil dağılımının yönü sosyal politika ile bulunur.

5. Sosyal güvenliğin sağlanması: Sorunlar ve talihsizlikler insan yaşamının önemli bir parçasıdır. Çeşitli felaketler insan hayatını sefil hale getirmiştir ki, her insanın ailesi tarafından bunların üstesinden gelinmesi her zaman mümkün değildir; ancak dışarıdan yardım ve iş birliğine duyulan ihtiyaç elzem hale gelir. Bu durumlarda kişinin aksi durumun üstesinden gelmesine yardımcı olmak için toplum veya devlet tarafından

alınan özel güvenlik önlemleri sosyal güvenlik olarak bilinir. Sosyal güvenlik, sosyal politika ile sağlanır.

6. Toplumun maksimum refahını sağlamak: Sosyal politikanın temel amacı, en yüksek sosyal refahı sağlamaktır. Sosyal refah, sosyal politika ile ilgilidir. Toplumun refahı için formüle edilir ve uygulanır. Bilim insanları, sosyal politikanın amacı olarak sosyal refahı vurgulamaktadırlar. Genellikle sosyal güvenlik, sosyal yardım, sağlık, eğitim, barınma vb. sosyal politika yoluyla sağlanmaktadır.

7. Toplumun çaresiz, mazlum ve ezilenlerinin haklarının korunması: Sosyal politikanın en önemli parçası, sosyal açıdan dezavantajlı kişilerdir. Çoğu sosyal politika, fiili olarak ihmal edilen grupların çıkarlarını korumak, zayıfları güçlülere ezdirmemek ve baskı ve işkenceyi önleyerek adil hakları tesis etmek için formüle edilir. Sosyal politika, sosyal kaynakların yeniden dağıtılması yoluyla yoksun ve dezavantajlı insanların tam onurlarını sağlayarak, sosyal çevreye katılımını sağlamak için belirli faaliyetler için kılavuzlar sunmaktadır.

8. Sosyal kurumların etkinliğini artırmak: Çeşitli sosyal kuruluşlar aracılığıyla yürütülen hükümet faaliyetlerinin uygun bir şekilde koordine edilmemesi nedeniyle, her yıl ülkelerin birçok kaynağı israf edilmektedir. Kuruluşların faaliyetlerinin etkinliğinin sağlanması, sağlam politikalarla ve kuruluşların programlarının koordineli bir şekilde yürütülmesi ile mümkündür. Sosyal politika, ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde bu kurumların faaliyetlerinin düzgün koordinasyonuna açık bir şekilde yön verir.

9. Kalkınma planlaması için alan oluşturmak: Sosyal politika, düzenli bir sosyal yapı inşa etmenin yanı sıra sürdürülebilir sosyal kalkınma planlamasına zemin hazırlar. Sosyal politika, kalkınma planlarının ve programlarının uygulanmasında ortaya çıkan sorunları belirleyerek ve ele alarak kalkınma planlarının uygulanmasını kolaylaştırır. Sosyal politikanın özelliklerinden biri, sosyal planlamacıların hedefe ulaşmanın en kolay ve en etkili yolunu belirlemesine yardımcı olmasıdır.

10. Düzenli bir sosyal yapı oluşturmak: Düzenli bir sosyal yapı, sosyal gelişme için esastır. Sosyal politika; toplumsal sorunları çözerek, zenginliğin adil dağılımını sağlayarak, toplumsal eşitlik ilkesini benimseyerek ve sosyal adaleti tesis ederek düzenli bir toplumsal yapı inşa eder. Temel insan haklarının güvence altına alındığı ve tam özgürlüğün garanti edildiği yerde en iyi sosyal refah sağlanmaktadır.

11. Sosyal adaletin sağlanması: Sosyal adalet, toplumun her üyesinin temel haklarını korurken bireyin adil haklarını güvence altına almakla ilgilenir. Sosyal politikanın amaçlarından biri, daha zayıf kesimler için sosyal adaleti sağlamak ve onlara tam bir itibar kazandırmaktır. Başka bir deyişle, toplumdaki belirli bir sınıfın çıkarlarının korunması bir sosyal endişe nedenidir ve sosyal politika bununla ilgilidir. Ancak sadece özel sınıfların çıkarlarını değil, toplumun farklı kesimlerinin de ihtiyaçlarına göre çıkarlarını korur. Bu nedenle sosyal politika araçlarının kullanımında ve sosyal refah çalışmalarında refah devleti modelleri ve refah rejimleri belirleyici bir role sahiptir. Başka bir deyişle sosyal adalet ve sosyal refahın sağlanmasına yönelik sosyal politika çalışmalarının temelinde refah modellerinin ve refah rejimlerinin özellikleri hayati öneme sahiptir. Refah rejimlerine ilişkin sınıflandırma çalışmalarında öne çıkan önemli şahsiyetlerden biri de Esping Andersen'dir. Andersen'in modeli evrensel nitelikleri ile karakterize olup, bu alanda güçlü ve de kapsayıcı bir yaklaşım sergilemektedir.

Bu bağlamda, sosyal politika çalışmalarına ve refah rejimlerine konu olan Danimarkalı Sosyolog Esping Andersen tarafından 1990 yılında geliştirilen refah devleti modeli ise üç temel tipolojiye dayanmaktadır:

1. Liberal Refah Devleti: Liberal model, bireysel sorumluluğa ve piyasa mekanizmalarına dayanan bir refah devleti modelidir. Devlet asgari düzeyde müdahale eder ve sosyal hizmetleri özel sektör ve kar amacı gütmeyen kuruluşlara bırakır. ABD, İngiltere, Avustralya, Yeni Zelanda ve İrlanda, liberal refah devleti modelinin uygulandığı ülkeler arasındadır.
2. Korporatist Refah Devleti: Bu refah rejimi, işçi sendikaları ve işverenler gibi sivil toplum kuruluşlarıyla güçlü bir ilişkiye dayanan refah devleti modelidir. Bu modelin uygulandığı ülkelerde sosyal hizmetler genellikle kolektif anlaşmalar yoluyla düzenlenir ve devlet güçlü bir rol oynar. İtalya, Almanya, Fransa, Japonya ve Finlandiya bu modeli benimseyen ülkeler olarak uluslararası sistemde yerini almaktadır.
3. Sosyal Demokrat Refah Devleti: Sosyal demokrat refah rejimi, geniş kapsamlı sosyal hizmetlere ve eşitlikçi yaklaşımı esas alan refah devleti modelidir. Devlet, sosyal hizmetlerin sunumunda aktif bir rol üstlenir ve gelir dağılımını düzenlemek için

vergi ve transfer politikalarını kullanır. Avusturya, Belçika, Hollanda, Danimarka ve Norveç, bu modeli uygulayan ülkeler olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.1.4.2. Sosyal politikayı etkileyen faktörler

Devlet ve diğer kurumlar tarafından yürürlüğe konulan sosyal politika, toplumun refahını doğrudan etkiler. Bir devletin sosyal politikaları analiz edilerek refaha ilişkin düzenlemelerinin belirlenmesi gerekir. Sosyal politikalarla ilgili konular ve temel ilkeler; sosyal ihtiyaçlar ve sosyal sorunlar, eşit haklar ve sosyal adalet, etkinlik, eşitlik ve seçim, özgecilik, karşılıklılık ve yükümlülük ile bölünme, farklılık ve dışlamadır (Deacon, 2007).

Sosyal politika yeniden dağıtım temelinde belirlenir. Politikaların düzenleyici ve dağıtıcı görüşü, toplumda yaşayan herkesin sosyal özgürlüklere ve eşit fırsatlara sahip olmasını sağlamaya hizmet eder. Her bireyin refahını sağlamak, devletin ve sosyal politika uygulayıcısı olan diğer kuruluşların temel amacıdır (Livemore ve Midgley, 2009).

Sosyal politika, insan ihtiyaçlarına ve insanın topluma katılmasının koşullarına vatandaşlık hakları bağlamında bakar.

Bu yaklaşım hem ihtiyaçlar piyasadaki şirketler tarafından karşılansın fikrinden hareket eden piyasa mantığından farklıdır. Hem de hayırseverlik mantığından yani ihtiyaç sahiplerine hayırseverler yardım etsin düşüncesinden farklı yaklaşır. Bu bağlamda müşteri ya da muhtaç olarak değil, hakları olan eşit vatandaş olma vurgusuyla, bu haklar çerçevesindeki politikaları içerir (Semerci, 2013).

Sosyal politika birey ve toplumun refahının sağlanmasında, sürdürülebilir ve sağlıklı bir toplum yapısına ulaşılması ve yapının korunmasında önemli bir role sahip olan politikadır. Sosyal politika sosyal barış, sosyal denge, sosyal adalet ve sosyal bütünleşme hedefiyle böylesi bir toplum yapısının tesisine katkı sağlar. Sosyal politika kavramı iki ayrı anlama sahip olup hem bir akademik disiplinin adını hem de sosyal refahı sağlamak için yapılan toplum düzenlemelerini belirtmek için kullanılmaktadır. Sosyal politika; sosyal nitelikli politikalar bütününden oluşur. Sosyal politika, bir devlet politikasıdır. Gelişimi insan hakları ve demokratik haklar yanında birçok değişkene bağlıdır (Ersöz, 2020).

Küreselleşmeyle birlikte devletlerin bireyi korumaya yönelik sosyal politikalara, makro düzeyde de sağlıklı toplum yapısını oluşturmaya yönelik amaçlara öncelik vermeleri nedeniyle devletler, sağlık ekonomisine ayrılan kaynakların etkin ve verimli kullanılmasını temin etmek amacıyla son yıllarda sağlık reformlarına yönelmişler, ayrıca kaynakların etkin kullanımı amacıyla teknolojileri kanıta dayalı tıp uygulamaları çerçevesinde bilimsel, etik, ekonomik ve sosyal açıdan analitik yöntemler kullanarak ölçmeye ve değerini ortaya koymaya, sağlık hizmetlerinin bedelini optimum düzeyde ödemeye yönelik finansman modelleri geliştirmeye odaklanmışlardır (Uğurlu, 2018).

Sosyal politika ile ekonomik politikalar arasında karşılıklı bir etkileşim vardır. Dolayısıyla bir ülkenin kalkınması sadece ekonomik büyüme ile değil, toplumsal sorunları çözmek için adil ve dengeli bir büyüme sağlamakla da mümkündür. Bu açıdan bakıldığında, ekonomideki sorunlar ile sosyal politikadaki sorunların birlikte ele alınması gerekmektedir. Toplum üyelerinin eğitim, sosyal güvenlik, sağlık hizmetleri, barınma gibi ihtiyaçları vardır. Sosyal politika, yasal düzenlemelerle bireylerin refahını sağlamayı amaçlar. Sosyal politika, toplumsal gelişmelerden etkilendiği için bireylerin ihtiyaçlarına göre değişmektedir. Devlet ihtiyaçlara göre yeni düzenlemeler yapar. Çocuklar ve gençler, engelliler, dar gelirli aileler ve yaşlılar için sosyal politika açısından korunmaya muhtaçlar için ayrı düzenlemeler yapmak mümkündür (Aravacik, 2018).

Sosyal politikayı etkileyen ve belirleyen faktörler, sadece toplumun ve bireylerin ihtiyaçları değil aynı zamanda ideolojik hareketler, suç oranları, işsizlik, medya, siyaset, sanayi grupları ve şiddet, borç ve durgunluk gibi ekonomik faktörler ve refah devletinin doğasıdır. (Blakemore ve Warwick-Booth, 2013).

Sosyal politikanın temel çalışma alanları başlangıçta sağlık hizmetleri, kişisel sosyal hizmetler ve sosyal bakım, konut ve evsizlik, nakdi yardımlar ve emekli maaşları, eğitim ve bunları destekleyen ve şekillendiren hükümet politikaları, düzenlemeleri ve finansmanıydı. Fakat refah devleti geliştikçe sosyal politika konusunda çalışanlar ve araştırmacılar; refahın sağlanmasındaki öncelikleri ve boşlukları, aynı zamanda insanların bunu nasıl yaşadıkları hakkındaki varsayımları belirlediler. Akademisyenler, refah devletinin; aile biçimine, kadın ve erkekler için toplumsal cinsiyet rolleri ve fırsatlarına, insanların istihdam ve çalışma yaşam biçimlerine etkileri olduğuna dikkat çekmişlerdir. Daha sonra cinsiyet, ırk ve etnik köken, yoksulluk, zenginlik ve eşitsizlik, çocuk bakımı, işyerindeki haklar ve eşitsizlikler, yaşlanma politikası, akıl sağlığı sorunları ve daha geniş anlamda politik konulara artan bir ilgi göstermişlerdir. Bazı politikaların ayrıcalığı ve eşitsizliği nasıl güçlendirdiğini, vergi konusu, özel eğitim, mülkiyet ve ulaşım gibi konulara da dikkat çekmişlerdir. Böylece insan refahındaki farklılıkları inceleyen ve bunu dünya çapındaki toplumlarda iletmeyi sağlayan yeni bir karşılaştırmalı, uluslararası ve küresel sosyal politika alanı ortaya çıkmıştır (Taylor, 2019).

Sosyal politika, yeni ilgi alanlarını geliştirmeye devam etmektedir. Bu ilgi alanları arasında iklim değişikliğinin insanların, özellikle de en savunmasız olanların yaşamlarını nasıl etkilediği; göçmenlik ve vatandaş hakları ve hükümetlerin bunları ele almada nasıl başarılı veya başarısız olduğu; sosyal uyum ve sosyal bölünme; çalışma hayatında güvencesizlik, asgari ücret, geçinebilme ve modern kölelik; bölgesel eşitsizlikler ve bunların nasıl geliştiği; yukarı ve aşağı eğitim ve sosyal hareketlilik konuları giderek ağırlık kazanmaktadır. Ayrıca yaşlı bakımı, evsizlik ve barınma, eğitim, yoksulluk, gıda bankaları, sosyal bakım, okul öncesi eğitim ve emeklilik konuları da giderek daha önemli hale gelmektedir (Taylor, 2019).

Toplumun örf ve değerlerinin, çeşitli sosyo-ekonomik, dini, kültürel ve politik unsurların; sosyal politikanın oluşturulmasını doğrudan ve dolaylı

olarak etkilediği bilinmektedir. Daha doğrusu tüm bu unsurlar, bir toplumun hangi sosyal politikasının uygun olduğunu belirler. Politika yapımını etkileyen faktörler sosyal politika yapımcılar olarak kabul edilir. Sosyal politikayı etkileyen faktörler literatürde (Deacon, 2007; Livemore ve Midgley, 2009; Güven, 2009; Blakemore ve Warwick-Booth, 2013; Spicker, 2014; Aravacık, 2018; Ersöz, 2020; Haque, 2021) farklı şekillerde ele alınmış olsa da sosyal politikayı etkileyen temel faktörler aşağıda belirtildiği şekildedir.

1. Ekonomik faktörler: Bir devlette veya toplumda sosyal politikanın formüle edilmesini etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Ülkenin ekonomik yapısı bazı durumlarda ne kadar kamu refahı politikasının uygulanacağını belirlemektedir. Ekonomik olarak güçlü ülkeler; finansal ve ticari düzenlerini ve eğitim sistemlerini iyileştirmek için kapsamlı sosyal sigorta ve sosyal hizmet programları yürütebilir. Ancak ekonomik kırılganlığın yüksek ve büyüme oranlarının düşük olduğu az gelişmiş ülkelerde sosyal sigorta ve sosyal hizmet programlarını yürütmek oldukça zordur. Sonuç olarak, bu ülkelerdeki sosyal politikaların doğası, zengin ülkelerdeki gibi değildir. Bu, politikaların formüle edilmesi değil, etkin bir şekilde uygulanması meselesidir. Bu durumda uygulama için gerekli kaynaklar yetersiz ise politikanın benimsenmesi ise isabetli görünmemektedir.

2. Siyasi faktörler: Siyasi faktör ekonomik faktör kadar önemlidir. Bir ülkenin politikasının belirlenmesinde çok önemli bir rol oynar. Başka bir deyişle, bir ülkenin politikasının türü ve niteliği, ilgili ülkenin siyasi unsuru tarafından belirlenir. Politikacılar ve yöneticiler arasındaki ilişki, hükümet faaliyetlerinde ve politika yapımında çok önemli bir rol oynamaktadır. Bir devletten diğerine siyasi eşitlikte farklılık olduğu gibi, hükümet politikasında da farklılıklar vardır. Modern demokrasiler, refah devleti politikalarını benimsediğinden toplumdaki insanların sosyal güvenliğini sağlamak için önemli sosyal politikalara sahiptirler; ancak monarşik devletlerde halkın refahı çok önemli değildir. Sosyal politikanın belirlenmesinde önemli rol oynayan siyasi unsurlar arasında; siyaset felsefesi, barışçıl siyaset ve siyasi motifler yer almaktadır.

a. Siyaset felsefesi: Sosyal politika, hükümetin ne tür bir siyasi felsefe tarafından yönetildiğine çok bağlıdır. Hükümetin ve iktidar partisinin tutumu, bir ülkenin siyasi ideolojisini ve sosyal politikasının doğasını belirler.

b. İstikrarlı siyaset: İstikrarsız bir siyasi ortam, çeşitli uzun vadeli programların uygulanmasını mümkün kılmaz. Her şeyden önce, istikrarsız bir siyasi ortamda hükümet, sosyal politikaları formüle etmeye ve uygulamaya çok fazla odaklanamaz.

c. Siyasi motifler: Siyaset felsefesi gibi, farklı devlet sistemlerinin siyasi güdöleri de farklıdır. Refah devletinin amaçlarından biri, insanların en yüksek refahını sağlamaktır. Kapitalist bir toplumda, hükümetin sorumluluğu polis tipindedir.

3. Kültürel faktörler: Her ülke kendi kültürünü, yaşam biçimleri üzerinde önemli etkisi olan faktörlere dayalı olarak geliştirir. Herhangi bir toplumun veya ülkenin bu kültürü; dini inançları, sosyal gelenekleri, değerleri ve idealleri temelinde oluşur. Kültürün yaşamla çok yakın bir ilişkisi vardır. Kültürel unsurlardan sosyal politika oluşturulurken dikkate alınması gereken hususlar şunlardır:

a. Aile sistemi: Devletin en küçük temel birimi olan aile sistemi, her toplumun çok önemli unsurlarıdır. Bir toplumun kültürü ve değerleri, ailenin doğası temelinde oluşur. Bu nedenle aile düzenlemesinin türü, sosyal politikanın belirlenmesinde önemlidir.

b. Din: Dini bilinç ve inanç güç olarak kabul edilir. Dini duyguları zedeleyen hiçbir politikanın uygulanması mümkün değildir. Sosyal politikanın formüle edilmesinde dini yön bu nedenle çok önemlidir.

c. Normlar ve değerler: Bir toplumun geniş kitlelerinin inandığı ve takip ettiği ideallere ve değerlere aykırı sosyal normlar, toplum tarafından reddedilecek ve bu normların uygulanması mümkün olmayacaktır. Sosyal politika; sosyal normlara, ilkelere ve kurallara uygun olarak formüle edilmelidir.

d. Sosyal adetler ve bayramlar: Sosyal adetler ve dini bayramlar toplumun önemli unsurlarıdır. Bunlar, toplumdaki bireylerin yaşam biçimleriyle yakın bir ilişki oluşturur. Sosyal politika oluşturulurken bu hususlar dikkate alınmalı ve politikalar bunlarla uyumlu olarak oluşturulmalıdır.

4. Milli savunma: Bir ülkede savunma sistemi, sosyal politikanın oluşturulmasında önemli bir etkiye sahiptir. Ulusal savunma sistemi, sosyal politikanın formüle edilmesini iki şekilde etkiler. Birincisi, toplam milli gelirin büyük bir kısmı savunma sektörüne harcandığından, sosyal politikaların benimsenmesi ve uygulanması için gerekli mali destek olmadan sosyal programların benimsenmesi mümkün değildir. İkincisi, hükümetlerin savunma sektörüne çok fazla dikkat etmesi gerektiğinden, sosyal taraflar ihmal edilir.

5. Uluslararası yardım: Gelişmekte olan ülkelerin bir özelliği de ekonomik kısıtlamalar nedeniyle kendi kaynaklarıyla bütçe oluşturamama ve sosyal politikaları uygulayamamalarıdır. Bu ülkelerde sosyal politikanın, hangi sektörlerde veya hangi alanlarda ne kadar harcama yapılacağına öncelik verileceğini yardım yapan ülkeler belirlemektedir. Başka bir deyişle, alıcı ülkelerin politikası üzerinde önemli bir etkisi olan dış yardımı kendi çıkarlarına göre sağlarlar.

2.1.4.3. Refah devleti ve sosyal politika

Refah, üç ana anlamda kullanılan belirsiz bir terimdir: (1) Refah genellikle esenlik anlamına gelir. Refah ekonomilerinde refah kavramı, 'fayda' olarak anlaşılır ve insanların refahı veya çıkarları, sahip olmayı seçtikleri şeylerden oluşur. (2) Refah aynı zamanda insanları çocukluk, hastalık ve yaşlılık da dahil olmak üzere çeşitli koşullarda korumak için sağlanan hizmetler yelpazesini ifade eder. 'Refah devleti' fikri bir örnektir. Bu, Avrupa Birliği'ndeki 'sosyal koruma' terimine eşdeğerdir. (3) Amerika Birleşik Devletleri'nde refah, özellikle yoksul insanlara yapılan mali yardımı ifade eder. Bu kullanım genellikle başka yerlere yansımaz, ancak son yıllarda İngiltere'deki politikacılar tarafından benimsenmiştir. Refah genellikle ihtiyaçlarla ilişkilendirilir; ancak insanların ihtiyaçlarının ötesinde kullanılan bir kavramdır. Refah devleti fikri ise farklı ülkelerde farklı şeyleri ifade eder. Refah devleti genellikle, devletin vatandaşları için kapsamlı ve evrensel refahı sağlama sorumluluğunu kabul ettiği ideal bir hizmet modeline atıfta bulunur. Pekçok ülkede özellikle Batı Avrupa ve İskandinav ülkelerinde refah devleti, hükümet tarafından işletilen bir plandan ziyade bir sosyal koruma sistemidir (Spicker, 2014).

Refah devleti, piyasa güçlerinin rolünü azaltmak için bilinçli olarak örgütlenmiş kamu gücünün kullanıldığı bir devlet türüdür. Bireylere ve ailelere asgari gelir garantisi sağlamak, belirli sosyal risklerin önlenmesini kolaylaştırmak ve sosyal refah yoluyla toplumdaki bireylere iyi yaşam koşulları sunmak refah devletinin rolü kapsamında kabul edilmektedir (Briggs, 1961; akt. Aravacik, 2018).

Refah devleti, adil bir gelir dağılımını sağlamayı, korunmaya muhtaç grup ve sınıfları korumayı, sosyal güvenlik uygulamalarına ve istihdam politikalarına yön vermeyi, toplumun temel ihtiyaçlarını karşılamak için siyasallaştırmayı amaçlayan çağdaş bir devlet anlayışıdır (Serter, 1994).

Sanayi devriminin yarattığı eşitsizliklere ve olumsuzluklara yönelik çözüm arayışlarına bir tepki olarak ortaya çıkan refah devleti, liberal devletin yeni bir biçimidir. Sermaye ve piyasalara müdahale edilmemesi nedeniyle toplumsal çıkarları tehdit eden liberal yaklaşımın ve işçi sınıfının çıkarlarını en üst düzeyde tutan sosyalist yaklaşımın toplumsal ihtiyaçları karşılamaya yetmemesinden dolayı refah devleti bir sistem olarak ortaya çıkmıştır (Aravacik, 2018).

Refah devleti kavramı 1930'lar ve 1940'larda ortaya çıkmıştır. II. Dünya Savaşı sırasında benimsenen ve uzak mesafelerde ordunun ihtiyacını karşılayacak yeterli parayı sağlamayı amaçlayan devlet anlayışından farklı olarak, sosyal politika ve sağlık hizmetleri sunmayı ve böylece toplumsal ihtiyaçları karşılamayı amaçlamıştır. Refah devleti kavramı, farklı ülkelerde kültürel, sosyal, siyasi, ekonomik ve tarihsel gelişmelerine göre farklı boyutlar kazanmaktadır. Refah devleti, vatandaşların refahını sağlamayı amaçlar ve gelişmiş toplumlarda insanların günlük yaşamlarında kilit bir rol oynamaktadır. Aynı zamanda, refah devleti tartışmalıdır ve devletin toplumun gelişimine nasıl ve ne ölçüde müdahale etmesi ve etkilemesi gerektiği konusunda sürekli tartışmalar vardır. Son yıllarda, küresel mali kriz, demografik değişim ve devletin sosyal refahla ilgili rolüne ilişkin algıdaki değişiklikler ışığında refah devletinin dönüşümünün hızlandığı görülmektedir. Bu, sosyal politika ve refah devleti analizi ile ilgili temelde yeni konuları gündeme getirmektedir (Greve, 2014).

Refah devleti insanlara bazı haklar sağlamalıdır. Bunlar (Aravacik, 2018):

- 1. Eşitlik:** Sosyal politikaların temelinde eşitliğin sağlanması yatmaktadır. Eşitliğin sağlanabilmesi için kaynakların adil bir şekilde dağıtılması gerekir. Eşitliğin farklı türleri vardır: Eşit sonuç, eşit fırsat veya eşit muamele.
- 2. Eşit fırsat:** Bu, eşit gruplara eşit davranılması gerektiği anlamına gelir. İnsanlara cinsiyetleri veya grupları ne olursa olsun fırsat eşitliği sağlanmalıdır. Ayrıca, eğitim sisteminde veya işgücü piyasasında tüm insanlar aynı fırsatlara sahip olmalıdır.
- 3. İhtiyaç:** Temel ihtiyaçlar beslenme, bakım ve barınmadır. İhtiyaçlar sınırlı değildir ve hangi ihtiyaçların devletler tarafından karşılanması gerektiği de kesin değildir.
- 4. Özgürlük ve haklar:** Farklı hak türleri vardır. Medeni haklar, keyfi tutuklama ve tutuklama olmaması veya herhangi bir görüşü tartışma özgürlüğüne sahip olma anlamına gelir. Sosyal haklar, sosyal refah ve sosyal güvenlik, eğitim hakkı anlamına gelir. Siyasi haklar, siyasi partilere oy verme ve katılma ve fikirleri demokratik bir şekilde açıklama özgürlüğünü içerir.

2.1.4.4. Sosyal politika araçları

Devleti ve hukuk sistemini ayakta tutma, sosyal politikanın teorik amaçları arasında ön plana çıkmaktadır. Devletler bu amacı gerçekleştirmek için toplumun eğitim, sağlık, güvenlik, beslenme, barınma ve istihdam ile ilgili sorunlarını ortadan kaldıracak veya en aza indirecek önlemler almak zorundadır. Bu gerçekleştirilebilirse toplumsal barış, sosyal adalet ve toplumun dengeli gelişimi sağlanmış; farklılıklar, çelişkiler ve çatışmalar en aza indirilmiş olur. Böylece devletin ve toplumsal düzenin devamlılığı sağlanmış olur (Tuna ve Yalçıntaş, 2011).

Politika araçları, yönetim araçları veya hükümet araçları olarak da bilinir ve politika hedeflerini tanımlamaya ve gerçekleştirmeye yardımcı olan yönetim teknikleridir (Bali, Howlett, Lewis ve Ramesh, 2021).

Ulus devletler, toplumsal barışı ve adaleti sağlamak ve gelir dağılımını dengeleyebilmek için ekonomik ve sosyal hayata yasal, kurumsal ve politika düzenlemeleri ile müdahale etmektedir. Bu müdahale yöntemleri, ulusal sosyal politika araçlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur (Talas, 2020).

Ancak ulus devletler, ekonomik ve sosyal hayata müdahalede bazen tek başına yeterli olmamaktadır. Diğer taraftan bir ülkede bozulan sosyal refah ve adaletin diğer ülkeleri tehdit etme ihtimali söz konusudur. Bu gibi durumlarda sistemi kurtaracak çözüm ve politika arayışları, uluslararası işbirliklerini zorunlu kılmış ve böylece uluslararası sosyal politika araçları ortaya çıkmıştır (Gülmez, 2000).

1. Ulusal Sosyal Politika Araçları: Toplumlar, sosyal sorunlarının üstesinden gelebilmek için kamu müdahalesi araçlarına başvururken; sendika, kooperatif, vakıf ve dernek gibi sivil toplum kuruluşları da toplumların kolektif kendi kendilerine yardım araçları arasında yer almaktadır (Tuna ve Yalçıntaş, 2011).

a) Kamu Müdahalesi Araçları: Kamu müdahalesi, ekonomik veya sosyal kalkınmadan kaynaklanan sorunları çözmek için devlet gücünün kullanılması anlamına gelmektedir. Devlet bu gücünü; yasal düzenlemeler, kamu kurumları ve kamu politikalar aracılığıyla kullanmaktadır (Bedir ve Bülbül, 2018).

Yasal Düzenlemeler: Kamu müdahalesinin en önemli aracı, yasal düzenlemelerdir. Yasal düzenlemeler, toplumun bütününe kapsamakta olup; günümüzde sosyal dışlanma, ayrımcılık, çevre ve yoksulluk gibi konuları da kapsamına almıştır. Anayasa, kanunlar, tüzükler, yönetmelikler, yönergeler ve yargı kararları yasal düzenlemeler içerisinde yer almaktadır. Gücünü ve meşruiyetini yasalardan alan kamu müdahalesinin sınırlarını da yine yasalar belirlemektedir. Yasal düzenlemelerle şekillenen kamu müdahalesinin başında 'Anayasa' gelmektedir (Altan, 2007).

Türkiye'de sosyal politika alanındaki hususlar, 1982 Anayasası ile düzenlenmiştir. Anayasa'da ailenin korunması, sağlık, eğitim ve öğretim, barınma, çevre, sosyal güvenlik, hürriyet, iş ve sözleşme, sendika kurma, adil ücret, toplu sözleşme ve grev güvence altına alınarak temel sosyal politika alanları olarak kabul edilmiş ve bu doğrultuda devlete görev ve sorumluluklar yüklenmiştir. Bu nedenle Anayasa, kamu müdahalesinin en önemli aracıdır (Koray, 2018).

Kamu müdahalesinin diğer önemli araçları olan kanunlar, tüzükler, yönetmelikler, yönergeler ve yargı kararları, Anayasa ile tanınan ve güvence altına alınan hakların nasıl kullanılacağını ve sınırlarını yasal düzenlemeler hiyerarşisi içinde belirlemektedir. Türkiye'de eğitim, sağlık, sosyal güvenlik ve

sosyal yardım gibi kanunlar sosyal politikanın temel yasal düzenlemeleri içerisinde ilk sıralarda yer almaktadırlar (Bedir ve Bülbül, 2018).

Kamu Kurumları: Kamu müdahalesinin önemli araçlarından biri de yasal düzenlemeleri uygulamaya aktaran kamu kurumlarıdır. Hem yasal düzenlemeleri hem de kamu politikalarını uygulamak ve denetlemek için kamu kurumlarına ihtiyaç vardır. Beş yıllık planlar başta olmak üzere eğitim, sağlık, sosyal güvenlik, ücret, istihdam, sosyal yardım ve kamu politikaları gibi alanlarda çıkarılan yasal düzenlemeler kamu kurumları tarafından uygulanmaktadır (Koray, 2018).

Kamu kurumlarının bazıları doğrudan sosyal politika kurumlarıdır. Kuruluş amaçları sosyal politika olmamakla birlikte bazı alanlarda sundukları hizmetler sosyal politika ile ilgili olduğundan bazıları ise dolaylı sosyal politika kurumlarıdır (Altan, 2007).

Türkiye’de Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve bu bakanlıklara bağlı kurumlar doğrudan sosyal politika kurumlarıdır. Milli Savunma Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı gibi kurumlar ise verdikleri savunma ve güvenlik hizmetleri ile halkın güven duygusunu yükselttikleri için dolaylı sosyal politika kurumlarıdır. Dolayısıyla bu kurumlar, birer kamu müdahalesi aracı olarak görevlerini yerine getirmektedirler (Bedir ve Bülbül, 2018).

Kamu Politikaları: Toplumun sosyal politika kapsamına giren kesimlerinin korunması; ekonomik, sosyal ve hukuki altyapısı olmayan yasal düzenlemelerle ve anlık tepkilerle gerçekleştirilemez. Bütün bu risk alanlarıyla ilgili olarak devletin kısa, orta ve uzun vadeli politikalar üretmesi gerekmektedir. Devletin sosyal politikalar alanında ürettiği yasal ve kurumsal düzenlemeler bu politikalara dayanmaktadır (Talas, 2020).

Türkiye’de sağlık, eğitim, çalışma hayatı, yoksulluğun azaltılması, sosyal güvenlik, vergilendirme, istihdam ve işsizlik konularındaki yasal ve kurumsal düzenlemeler, kamu müdahalesinin önemli araçları olarak izlenen kamu politikalarını yansıtmaktadır. 1961 Anayasası’ndan bu yana Türkiye’de planlı kalkınma anlayışı benimsenmiştir ve bu kamu politikalarının kaynağı kalkınma planlarıdır. Kalkınma planları, ait olduğu dönemi kapsayan kamu politikalarının genel çerçevesini belirlemektedir (Bedir ve Bülbül, 2018).

b) Kolektif Kendi Kendine Yardım Araçları: Sosyal sorunlardaki artış ile birlikte toplumların kendi kendilerine yardım çabaları ve katılımcı demokrasi anlayışı, kolektif kendi kendine yardım araçlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu araçların en önemlileri başta sendikalar olmak üzere kooperatifler, vakıflar ve derneklerdir (Tuna ve Yalçıntaş, 2011).

Sendikalar: Kolektif kendi kendine yardımın en önemli aracı sendikalarlardır. Sendikalar, sivil toplum kuruluşu ve mesleki dayanışma örgütüdür. Çalışma hayatının demokratikleşmesi ve sosyal politika alanında ilk koruyucu düzenlemelerin yapılmasında sendikaların etkisi diğer unsurlara göre daha

fazladır. Sanayi Devrimi'nden sonra, sömürüye ve istismara karşı toplumun ilk tepki veren kesimi işçiler olmuştur (İzveren, 1968).

Günümüzde işçilerin yanı sıra kamu görevlileri ve işverenler de sendikal örgütler kurarak üyelerinin ekonomik ve sosyal durumlarını korumaya ve iyileştirmeye çalışmaktadırlar. Ayrıca sendikalar, toplumsal sorunlara yönelik geliştirdikleri politikalarla güçlerini korumaya devam etmektedirler. Türkiye'de ilk olarak 1961 Anayasası ile kazanılan sendikal özgürlükler zaman zaman kesintiye uğrasa da 1982 Anayasası ile varlığını sürdürmektedir (Mahiroğulları, 2020).

Kooperatifler, Vakıflar, Dernekler: Toplumun farklı kesimlerinin, kendi kendilerinin ekonomik ve sosyal durumlarını korumak ve geliştirmek için oluşturdukları örgütlenmeler de kolektif kendi kendine yardım araçlarıdır. Bunlardan en önemlileri kar amacı gütmeyen, gönüllülük ve hayır esasına dayalı olarak faaliyet gösteren kooperatifler, vakıflar ve derneklerdir (Bedir ve Bülbül, 2018).

Yapı, emek, üretim ve tüketim kooperatifleri, üyelerinin küçük birikim, emek ve tasarruflarının ürününü ya da kazancını en iyi şekilde değerlendirmek için kurulmuş örgütlerdir. Varlığın sürekli bir şekilde hayır işlerine tahsis edilmesiyle oluşan vakıflar, sağladıkları burslar ve verdikleri ayni ve nakdi yardımlarla tipik bir toplu yardımlaşma aracıdır. Toplumsal faydayı artırmak amacıyla kurulan derneklerin en temel amacı dayanışma ve yardımlaşmayı sağlamaktır (Altan, 2007).

En önemli temel insan haklarından biri olan örgütlenme hakkı ve özgürlüğü, toplumdaki ekonomik ve sosyal hayata ilişkin kararların sadece siyasi otorite tarafından değil, sivil toplum örgütleri aracılığıyla da alınmasını sağlar. Bu sivil toplumun gücünü göstermektedir. Sendikalarla birlikte kooperatifler, vakıflar ve dernekler; katılımın, demokrasinin ve sosyal devletin doğasını belirlemektedir (Talas, 2020).

2. Uluslararası Sosyal Politika Araçları: Ülkelerin yaşadıkları ekonomik ve sosyal sorunlar, ilişki içerisinde olduğu diğer ülkelere de yansımaktadır. Sosyal barışın sağlanması, sendikaların faaliyetlerinin uluslararası boyut kazanması, kapitalist harekete yönelik karşıt düşüncelerin güçlenmesi, sosyal adaletin ve rekabetin eşitlenmesi istekleri gibi faktörler; uluslararası sosyal politika araçlarının ortaya çıkmasına ve gelişmesine zemin hazırlamıştır (Altan, 2007).

Uluslararası sosyal politika aracı denilince ilk akla gelen kurum Uluslararası Çalışma Örgütü'dür (ILO). Birleşmiş Milletler (BM), Avrupa Birliği (AB), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Teşkilatı (OECD) ve Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) gibi örgütlenmeler bu alanda çok önemlidir. Ülkeler arasında imzalanan ikili veya çok taraflı anlaşmalar, ulus devletlerin oluşturduğu uluslararası ve bölgesel organizasyonlar, uluslararası sendikal organizasyonlar ve meslek örgütlerinin faaliyetleri de uluslararası sosyal politikanın araçları arasındadır (Alper ve Kaya, 1995).

Uluslararası sosyal politika araçları, ulusal sosyal politika araçları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Ülkeler arasındaki ikili ve çok taraflı anlaşmalar, özellikle uluslararası sözleşmeler, ülkelerin parlamentolarında onaylanır

onaylanmaz bağlayıcı hale gelir. Taraf ülkeler, mevzuat ve politikalarını bu sözleşme ve anlaşmaların hükümlerine göre düzenlemekle yükümlüdürler. Tavsiye kararları ise uyulması zorunlu olmayan, ancak üye olmanın gereği olarak yerine getirilmesi gereken araçlardır. Uluslararası araçların, ulusal araçlar üzerinde yol gösterici ve tamamlayıcı özelliği vardır. Ayrıca, uluslararası kuruluşlara üye olmanın bir sonucu olarak bu kuruluşlar; üye ülkelere imzalamak istemedikleri sözleşme ve kararlara uymaları için baskı yapabilir ve ambargo uygulayabilirler (Bedir ve Bülbül, 2018).

2.1.4.5. Sağlık sistemi ve sosyal politika ilişkisi

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

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

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

2.3.4. Ruh Sağlığı ve Sosyal Politika İlişkisi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dünya genelindeki ülkelerin %40'ından fazlasının ruh sağlığı politikası yoktur ve %30'dan fazlasının ruh sağlığı programı yoktur. Ülkelerin ruh sağlığı

bütçelerinin çoğunluğu, toplam sağlık harcamalarının %1'inden azını oluşturmaktadır. Ruh sağlığı için sosyal politika birçok ülkede zayıf bir şekilde gelişmiştir. Ülkelerin üçte birinin programı yok ve dörtte birinin ne politikası ne de programı var. Bu bulgular; ruh sağlığı sorunlarını ele alma taahhüdünün ifade edilmediğini ve ruh sağlığı stratejilerinin, hizmetlerinin ve kapasitesinin ulusal düzeyde planlanması, koordinasyonu ve değerlendirilmesini üstlenmek için gerekliliklerin bulunmadığını göstermektedir (World Health Organization, 2021). Sağlık politika ve programlarında ruh sağlığına yeterince önem verilmemesi, personel yetersizliği, hastalıklar hakkında bilgi eksikliği nedeniyle ruhsal hastalıkların yeterince tanınmaması, ruh sağlığı hastalarına karşı damgalama ve ayrımcılık olması ve hastaların yaşadığı çevrede ruh sağlığı hizmeti sunan kurumların bulunmaması ve mevcut tedavi kurumlarına da ulaşımın zor olması nedeni ile ruh sağlığı hastaları ihtiyacı olan bakımı alamamaktadır (World Health Organization, 2001).

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

Ruh sağlığı politikaları, ortak bir vizyon ve plan aracılığıyla bu hedeflerle ilgili tüm programları ve hizmetleri koordine ettikleri için önemlidir. Bu tür bir organizasyon olmadan, programlar ve hizmetler muhtemelen verimsiz ve parçalanmış olacaktır (Turnpenny vd., 2018).

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

ve sonuca bağlar ve kaynak tahsisi ile ilgili kararları alır (World Health Organization, 2021).

Ruh sağlığı ve sosyal politika arasındaki ilişkinin boyutları, literatür bilgileri (Flatau vd., 2000; Mathers ve Loncar, 2006; Mirza vd., 2006; Gureje ve Jenkins, 2007; Eikemo ve Bambra, 2008; Jenkins, 2008; Saxena vd., 2013; Silva vd., 2016; Turnpenny vd., 2018; Hillier-Brown vd., 2019; Simpson vd., 2021; World Health Organization, 2021) doğrultusunda aşağıda belirtildiği şekilde özetlenebilir:

1. Ruh sağlığı politikalarının belirlenmesi: Ruh sağlığı politikaları, bir ülke veya toplumun ruh sağlığına yönelik nasıl yaklaşımda bulunulması gerektiğini belirler. Bu politikalar, toplumun genel refahını artırmak ve psikolojik sağlığını desteklemek amacıyla oluşturulur. Sosyal politikalar, ruh sağlığı politikalarının oluşturulmasında etkin rol alabilir.
2. Erişilebilir ruh sağlığı hizmetleri: Sosyal politikalar, ruh sağlığı hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırır. Özellikle düşük gelirli bireyler veya dezavantajlı gruplar için bu hizmetlere erişimin artırılması, sosyal politikanın bir parçası olabilir.
3. Toplumsal bilinçlenmenin artırılması ve damgalanmanın azaltılması: Ruh sağlığı hakkında toplumsal bilginin artırılması ve damgalanmanın azaltılmasında sosyal politikaların rolü büyüktür. Bu rol, bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine açıkça ve utanmadan başvurmalarını teşvik edebilir, ayrımcılığı azaltabilir ve toplumun ruh sağlığı hakkında doğru bilgilere sahip olmasında etkili olabilir.
4. Kriz durumlarına ve acil durumlara hazırlık: Sosyal politikalar, toplumsal krizler veya doğal afetler gibi olağanüstü durumlarda ruh sağlığının etkinliğini ve sürdürülmesini sağlayabilir, müdahalelere yönelik stratejiler geliştirebilir.
5. Eğitim ve farkındalık: Ruh sağlığına yönelik eğitim ve standart kampanyalar, sosyal politikaların bir parçası olarak uygulanabilir. Bu durum bireylerin ruh sağlığına daha iyi bir şekilde dikkat etmelerini sağlayabilir ve yardım aramalarını teşvik edebilir.
6. Sosyal yardım ve destek programları: Sosyal politikalar, ekonomik zorluklarla karşılaşan bireylere ve ailelere mali yardım ve destek sunabilir. Bu durum, stresi yönetimini ve ruh sağlığını iyileştirebilir.
7. Toplumsal uyumu destekleme: İyi bir ruh sağlığına sahip bireyler, toplumsal sürdürülebilirliği sağlayabilirler. Sosyal politikalar, toplumsal kalkınmayı teşvik etmek ve sosyal çatışmaları azaltmak için ruh sağlığına odaklanabilir.

8. Bireylerin ruh sağlığı sorunlarıyla başa çıkma yeteneklerini güçlendirme: Sosyal politikalar bireylerin; stresle başa çıkma, problem çözme ve duygusal becerileri geliştirmelerine yardımcı olabilir. Bu, ruhsal durumun korunması için önemlidir.
9. Eşitsizliklerle mücadele etme: Eşitsizlikler, bireylerin ruhsal sorunlar yaşamasına neden olabilir. Örneğin, düşük gelirli ailelerin ekonomik yönden daha savunmasız olmaları nedeniyle ruh sağlığı sorunları geliştirme riski olabilir. Sosyal politikalar, ekonomik koşullar ile ruh sağlığı arasındaki bağlantıya aracılık edebilir.
10. Önleyici hizmetler: Sosyal politikalar, önleyici hizmetleri teşvik edebilir. Örneğin, erken çocukluk dönemlerinde çocuklara ve ailelere yönelik sağlık ve eğitim programlarını destekleyerek ilerleyen yaşlarda ortaya çıkabilecek ruhsal sağlık sorunlarının önlenmesine yardımcı olabilir.
11. Çocuk ve gençlerin ruh sağlığı: Çocukların ve gençlerin ruhsal sağlığı, geleceğin toplumunun temeli olması nedeniyle sosyal politikaların çocuklara ve gençlere yönelik ruhsal sağlık hizmetlerinin desteklenmesi önemlidir.
12. Toplumsal refahın artırılması: Sosyal politikalar, toplumun genel refahını artırmayı amaçlamaktadır. Bu amaç; sağlık hizmetleri, eğitim ve istihdam gibi temel özellikleri içermektedir. Ruh sağlığı da bu genel refahın bir parçasıdır; çünkü psikolojik olarak iyi oluş, toplumsal refahın önemli bir bileşenidir.

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

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

-Sosyal destek ve sosyal bakım ruh sağlığının ve ruh sağlığı hizmetlerinin ana bileşenidir ve hayati öneme haizdir. Örneğin engelli bireylerin (genellikle psikiyatrik hastalıkların da eşlik ettiği komorbitide) koruma altına alındığı ASHB bünyesindeki Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri hem sosyal hizmetin hem de sosyal politikanın primer düzeyde ilgi ve sorumluluk alanındadır. Bu örnekten de anlaşılacağı üzere ruh

sağlığı ve sosyal politika arasındaki yapısal ve fonksiyonel bir ilişkinin varlığı ontolojik bir gerçekliktir. Başka bir deyişle ruh sağlığı politikaları ile sosyal politika arasındaki ilişki zorunlu bir sonuçtur.

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

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

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

Diğer taraftan istihdam ve çalışma hayatı, bireyler için sadece ekonomik kazanç elde etmek değil, aynı zamanda sosyalleşme imkanı sağlar. Sosyalleşme ve sosyal ilişkiler de ruh sağlığı için kritik öneme haiz değişkenlerdir.

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

2.3. Ruh Sağlığı

2.3.1. Ruh Sağlığı Kavramı

Ruh sağlığı, sağlığın ayrılmaz ve temel bir bileşenidir. Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; “sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması” olarak tanımlamaktadır. Bu tanımın önemli bir anlamı ruh sağlığının, yalnızca ruhsal bozuklukların veya engellerin yokluğundan daha fazlası olduğudur. Bu tanımda sağlığın iyileştirilmesinin merkezinde üç fikir yer almaktadır: (1) Ruh sağlığı, sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır, (2) ruh sağlığı, hastalık yokluğundan daha fazlasıdır ve (3) ruh sağlığı, fiziksel sağlık ve davranışla yakından ilişkilidir. Dünya Sağlık Örgütü ruh sağlığını ise “bireyin kendi yeteneklerinin farkına vardığı, yaşamın normal gerginlikleriyle başa çıkabildiği, üretken ve verimli bir şekilde çalışabildiği ve içinde yaşadığı topluma katkıda bulunabildiği bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (World Health Organization, 2001, 2021).

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

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

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

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

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

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

Akıl sağlığı insanların; düşünme, duygularını ifade etme, birbirleriyle etkileşim kurma, geçimini sağlama ve hayattan zevk alma gibi kolektif ve bireysel yeteneklerinin temelidir. Bu temelde ruh sağlığının geliştirilmesi, korunması ve restorasyonu tüm dünyadaki bireylerin, toplulukların ve toplumların hayati bir görevi olarak kabul edilebilir (World Health Organization, 2021).

Ruh sağlığının geliştirilmesi, psikolojik iyi oluşu iyileştiren eylemleri içerir. Bu, ruhsal sağlığı destekleyen bir ortam oluşturmayı içerebilir. Temel medeni, siyasi,

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

2.3.2. Ruh Sağlığı Hizmetleri

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

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

1. Hastane temelli model: Dünyada ruh sağlığı hastalarının tedavisi ve bakımında kullanılan en eski ve geleneksel olan modeldir (Alataş vd., 2009).

Hastane temelli modelde büyük psikiyatri hastanelerinin kurulması ve ruh sağlığı sorunu olan bireylerin bu hastanelerde genellikle toplum yaşamından uzakta tedavi edilmesi söz konusudur. Ancak bu hastanelerin hijyen, bakım ve insan hakları açısından hastaların ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz olması nedeniyle 1960'lardan itibaren bu model terk edilmeye başlanmıştır (Çiçekoğlu ve Duran, 2018).

2. Toplum temelli model: Toplum temelli ruh sağlığı modeli, ruh sağlığı hastalarının kişisel haklarına ve insan haklarına önem veren, hastalara tecrit edilmiş kalabalık hastaneler yerine hastanın yaşadığı yerde bakım verilmesini destekleyen bir hizmet şeklindedir (Alataş vd., 2009).

Toplum temelli model, tedavi ve bakım hizmetlerinin geleneksel hastaneler yerine hastanın kendi yaşadığı çevrede sağlandığı modeldir. Bu modelin ana hedefleri ruh sağlığı hastalarının hastaneye yatışının önlenmesi ve hastaların minimum destekle başkalarına ihtiyaç duymadan yaşayabilecek seviyeye gelmesinin sağlanmasıdır. Bu amaçla Gündüz Hastaneleri, Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, genel hastaneler içindeki psikiyatri servisleri ve yatakları, bakım kurumları, korumalı işyerleri, koruyucu evler gibi kurumlar toplum temelli model çerçevesinde hastane tedavisine alternatif hizmet sunan kuruluşlardır (Yanık, 2007).

3. Toplum hastane denge modeli: Ruh sağlığı hastalarına toplum temelli hizmet modeli çerçevesinde tedavi ve bakım sağlanması, akıl hastanelerinin kapatılması ve hastaların hastaneye yatırılmadan tedavi edilmesi yönünde dünya genelinde büyük bir istek vardır. Ancak, ruh sağlığı hastalarının doğası gereği bazı durumlarda hastaneye yatış kaçınılmaz olmaktadır. Hastaya bakım verecek kimsenin olmaması, hastanın kendisi ve toplum için tehlike oluşturması, hastanın toplumdan ve kendisinden korunmasının gerekmesi, hastanın tedavide iş birliği yapmaması, hastaya uygun tanı konulması, yüksek riskli ilaçların kullanılması gibi durumlarda kişinin hastaneye yatışı gereklidir (Arieti, 2008).

2.3.3. Ruh Sağlığı Politikası

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

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

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

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

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

1. Ulusal bileşenler:

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

2. Destekleyici altyapı bileşenleri:

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

3. Hizmet bileşenleri:

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

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

- Depresyonun psikolojik olarak tedavisi ve orta ile şiddetli vakalar için antidepresan ilaçlar,
- Psikozun antipsikotik ilaçlar ve psikososyal destekle tedavisi,
- Alkollü içeceklerin vergilendirilmesi ve bulunabilirliğinin ve pazarlanmasının kısıtlanması,
- İntiharların önlenmesi,
- Çocuklarda ruhsal bozuklukların önlenmesi ve tedavisi,
- Demansın önlenmesi ve tedavisi ve
- Madde kullanım bozukluklarının tedavisi için bir dizi etkili önlem.

Ruh sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik politikalar şunları içerebilir (World Health Organization, 2021):

- Erken çocukluk müdahaleleri (örneğin; tehditlerden koruma, erken öğrenme fırsatları, duyarlı ve duygusal olarak destekleyici ve gelişimsel olarak teşvik edici etkileşimler, çocukların sağlığına ve beslenme ihtiyaçlarına duyarlı ve istikrarlı bir ortam sağlamak);
- Çocuklara destek (örneğin; yaşam becerileri programları, çocuk ve gençlik geliştirme programları);
- Kadınların sosyo-ekonomik olarak güçlendirilmesi (örneğin, eğitime ve mikro kredi planlarına erişimin iyileştirilmesi);
- Yaşlı nüfus için sosyal destek (örneğin arkadaşlık girişimleri, yaşlılar için toplum ve gündüz merkezleri);
- Azınlıklar, yerli halk, göçmenler ve çatışmalardan ve afetlerden etkilenen insanlar da dahil olmak üzere savunmasız insanları hedef alan programlar (örneğin, afetlerden sonra psiko-sosyal müdahaleler);
- Okullarda ruh sağlığını geliştirme faaliyetleri (örneğin, okullarda destekleyici ekolojik değişiklikleri içeren programlar);
- İşyerinde ruh sağlığı müdahaleleri (örneğin, stres önleme programları);
- Konut politikaları (örneğin, konut iyileştirme);
- Şiddet önleme programları (örneğin, alkol ve silahlara erişimin azaltılması);
- Toplumsal kalkınma programları (örneğin, entegre kırsal kalkınma);
- Yoksullar için yoksulluğun azaltılması ve sosyal koruma;
- Ayrımcılıkla mücadele yasaları ve kampanyaları;

- Ruhsal bozukluğu olan bireylerin haklarının, fırsatlarının ve bakımının teşviki.

Ruh sağlığı bilgi stratejisi; bağlam, ihtiyaçlar, girdiler, süreçler ve sonuçları içermelidir. Bilgi sistemleri klinisyenler, yöneticiler, planlayıcılar ve politika yapıcılar için temel bir kaynak sağlar ve denetim döngüsünün ilerlemesine olanak tanır (Jenkins, 2008).

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

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

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

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

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

2.3.5. Dünyada ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikaları

2.3.5.1. Dünyada ruh sağlığı politikaları

Dünyada ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu noktasında dünyada üç farklı hizmet modeli bulunmaktadır. Bunlar 1800’lü yıllardan 1960’lı yıllara kadar yaygın kullanılan “Hastane Temelli Model”, 1960’lı yıllardan sonra gelişmiş ülkelerde yaygın kullanılmaya başlanan “Toplum Temelli Model” ve son olarak karma bir model olan “Toplum-Hastane Denge Modeli” olarak karşımıza çıkmaktadır (Thornicroft ve Tansella, 2002).

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

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

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

Ruh sağlığı sorunları dünyada artmaktadır. Temel olarak demografik değişiklikler nedeniyle son on yılda ruh sağlığı sorunlarında ve madde kullanım bozukluklarında %13’lük bir artış olmuştur. Dünyadaki çocuk ve ergenlerin yaklaşık %20’sinin ruh sağlığı sorunu var ve intihar, 15-29 yaşındakiler arasında ikinci önde gelen ölüm nedenidir. Çatışma sonrası ortamlarda yaklaşık her beş kişiden birinin ruhsal sağlık sorunu vardır. Ruh sağlığı sorunları; okul veya iş performansı, aile ve arkadaşlarla ilişkiler ve topluluğa katılma yeteneği gibi yaşamın tüm alanları üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir. En yaygın ruh

sağlığı sorunlarından ikisi olan depresyon ve anksiyete, küresel ekonomiye her yıl 1 trilyon ABD dolarına mal oluyor. Bu rakamlara rağmen, ruh sağlığına giden devlet sağlık harcamalarının küresel medyanı %2'den azdır (World Health Organization, 2021).

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

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

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

2.3.5.1.1. İngiltere'de ruh sağlığı politikaları

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

Birleşik Krallık'taki ruh sağlığı politikaları, yıllar içinde ruh sağlığı sorunlarıyla mücadele eden bireylerin ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde gelişmiştir. Bu politikalar ruh sağlığı hizmetlerine erişim sağlamayı, damgalamayı azaltmayı ve genel ruhsal refahı geliştirmeyi amaçlamaktadır. Ocak 2022'de ruh sağlığı politikalarında güncellemelere gidilmiştir. Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS), Birleşik Krallık'ta ruh sağlığı hizmetlerinin birincil sağlayıcısıdır. Ciddi ruhsal sağlık sorunları olan kişiler için kriz müdahalesi, ayakta tedavi ve yatarak tedavi dâhil olmak üzere bir dizi hizmet sunmaktadır. "Ruh Sağlığında Beş Yıllık İleriye Bakış" gibi girişimler yoluyla ruh sağlığı hizmetlerine erişimin iyileştirilmesine yönelik bir taahhüt bulunmaktadır. 2007'de revize edilen 1983 tarihli Ruh Sağlığı Yasası, kendilerinin veya başkalarının güvenliği için gerekli olması halinde ciddi ruhsal bozukluğu olan bireylerin gözetimine alınmasına

yönelik yasal bir çerçeve sunmaktadır. Yasa aynı zamanda gözaltı kriterlerini, gözaltına alınan kişilerin haklarını ve sağlık çalışanlarının, aile üyelerinin ve sürece dâhil olan diğer kişilerin rollerini belirlemektedir (Eke ve Kişi, 2019; Brown vd., 2023).

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

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

2.3.5.1.2. Almanya'da ruh sağlığı politikaları

Almanya'da ruh sağlığı politikaları sağlık sisteminin bir parçası olarak, genellikle federal, eyalet ve yerel düzey olmak üzere çeşitli düzeylerde kamu ve özel sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından sunulmaktadır. Almanya, ruh sağlığı sorunlarını ele almak için kapsamlı bir sisteme sahiptir. Herkesin zorunlu bir sağlık sigortası olması gerekir ve bu sigorta, temel sağlık hizmetlerini kapsar ve ruh sağlığı hizmetlerini de içerir. Ruh sağlığı hizmetleri; hastanede yatarak tedavi, ayakta tedavi, psikoterapi gibi çeşitli şekillerde sunulabilir (Schilling vd., 2021; Porst vd., 2022).

Ruh sağlığı hizmetleri; psikiyatristler, psikologlar, psikoterapistler ve diğer uzmanlar tarafından sunulmaktadır. Bu profesyoneller genellikle özel pratisyenler olarak çalışabilir veya kamu sağlık kuruluşları ve özel hastanelerde istihdam edilebilirler. Psikoterapi, ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Psikoterapi, bireylerin duygusal ve zihinsel problemleriyle başa çıkmalarına yardımcı olmak için kullanılan bir tedavi yöntemidir ve bu hizmet, lisanslı psikoterapistler tarafından sunulmaktadır. Bireyler, hekimleri aracılığıyla yardım isteyebilir ve pratisyen hekimleri de gerektiğinde onları uzmanlara yönlendirebilir. Almanya iyi gelişmiş bir psikoterapi sistemine sahiptir. Psikoterapistler kapsamlı bir eğitimden geçmekte ve çeşitli psikoterapi

biçimleri sunmak için lisans almaktadırlar. Ayrıca psikoterapistlere sağlık sigortası sistemi üzerinden ödeme yapılmasına yönelik hükümler de bulunmaktadır (Peitz vd., 2021; Mauz vd., 2023; Thom vd., 2023).

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

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

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

2.3.5.1.3. İtalya'da ruh sağlığı politikaları

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

damgalanmasının azaltılmasına odaklanmaktadır (Girolamo vd., 2020; Sani vd., 2020; Scendoni vd., 2022; Carbone, 2023).

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

Ruh sağlığı hizmetlerine eriŖim, herkes için kolay ve adil olmalıdır. Bu nedenle hizmet kapasitesinin arttırılması, hizmet sunumunda kalitenin sağlanması ve hizmetlerin yaygınlaŖtırılması onemlidir. Ruh sağlığı sorunları, sadece psikiyatrik tedavi ile değil, aynı zamanda psikososyal destek, terapi, sosyal hizmet ve diğer disiplinlerin entegre edildiği bir tedaviyle ele alınmalıdır. Bu nedenle İtalya, büyük psikiyatri hastanelerini kapatarak ve toplum temelli bakıma geçerek ruh sağlığı hizmetlerini kurumsuzlaŖtırmak için onemli çabalar sarf etmiŖtir. Bu yaklaŖımla, ruh sağlığı sorunları olan bireyleri büyük kurumlarda izole etmek yerine bu bireylere kendi toplulukları içinde bakım ve destek sağlamayı amaçlamaktadır (Rossi vd., 2020; Scendoni vd., 2022; Ferrara vd., 2023).

İtalya, ruh sağlığı sorunları olan bireylerin haklarını korumak için yürürlükte olan bir ruh sağlığı mevzuatına sahiptir. 1978 tarih ve 180 sayılı Basaglia Yasası, kurumsuzlaŖtırma ve toplum temelli bakımı teŖvik ederek ruh sağlığı politikalarının Ŗekillendirilmesinde onemli bir rol oynamıŖtır. Bu yasa ayrıca, insan haklarının onemini ve ruh sağlığı sorunları olan bireylerin onurunu vurgulamaktadır. Bu doğrultuda kolay eriŖilebilir ve toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri sağlamak için Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri ağı kurmuŖtur. Bu merkezlerde değerlendirme, danıŖmanlık, terapi ve sosyal destek de dahil olmak üzere bir dizi hizmet sunulmaktadır (Sani vd., 2020; Carbone, 2023).

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

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

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

2.3.5.2. Türkiye’de ruh sağlığı politikaları

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

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

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

(kısıtlama) ve kimyasal tespit istatistik bilgileri olmasa da oldukça yaygın uygulanmaktadır (Turnpenny vd., 2018).

2.2. COVID-19

2.2.1. Koronavirüsler ve COVID-19 Hastalığı

Koronavirüs / Coronavirus (CoV), tek zincirli RNA'ya sahip, zarflı, yüzeyinde protein çıkıntıları olan büyük virüs ailesidir. Koronavirüsler (CoV), hafif ve orta derecede şiddetli solunum yolu hastalıkların yanı sıra MERS (Orta Doğu Solunum Sendromu), SARS (Şiddetli Akut Solunum Sendromu) ve COVID-19 (Yeni Koronavirüs Hastalığı) gibi şiddetli seyreden hastalıklardan da sorumludur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Koronavirüsler, genellikle soğuk algınlığı gibi hafif ile orta derecede üst solunum yolu hastalıklarına neden olan geniş bir virüs ailesidir. Bununla birlikte, son yirmi yılda hayvan rezervuarlarından ciddi ve yaygın hastalığa ve ölüme neden olan üç yeni koronavirüs ortaya çıkmıştır. Çoğu domuz, deve, yarası ve kedi gibi hayvanlar arasında dolaşan yüzlerce koronavirüs vardır. Bazen bu virüsler insanlara sıçrar ve hastalığa neden olabilir. Bunlardan üçü daha ciddi, hatta ölümcül hastalığa neden olabilir. SARS koronavirüsü (SARS-CoV) Kasım 2002'de ortaya çıktı ve 2004 yılına kadar ortadan kayboldu. MERS koronavirüsü (MERS-CoV) Eylül 2012'de tanımlandı ve sporadik ve lokal salgınlara neden olmaya devam ediyor. Yeni koronavirüs (SARS-CoV-2) olarak adlandırılan COVID-19 ise dünya genelinde önemini korumaya devam etmektedir (National Institutes of Health, 2022).

Koronavirüslerin insanlarda bulunan, insandan insana kolaylıkla bulaşabilen çeşitli alt tipleri (HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 ve HKU1-CoV) bulunmaktadır. Detaylı araştırmalar sonucunda, SARS-CoV'un misk kedilerinden, MERS-CoV'un ise tek hörgüçlü develerden insanlara bulaştığı ortaya çıkmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

SARS (Şiddetli akut solunum sendromu), ilişkili bir koronavirüsün neden olduğu viral bir solunum hastalığıdır. Hava yoluyla bulaşan bir virüstür ve küçük tükürük damlacıkları yoluyla soğuk algınlığı ve gribe benzer şekilde yayılabilir. Hastalığın ilk belirtisi genellikle ateştir, ateş genellikle yüksektir ve bazen üşüme ve titreme eşlik eder; ayrıca baş ağrısı, halsizlik ve kas ağrısı gibi diğer semptomlar eşlik edebilir. SARS-CoV, koronavirüslerin bir türüdür ve insanları enfekte etmektedir. İnsanda şiddetli akut solunum yolu sendromuna yol açar. COVID-19 ise SARS-CoV-2 adı verilen yeni bir koronavirüsün neden olduğu bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), bu yeni virüsü ilk olarak 31 Aralık 2019'da Çin Halk Cumhuriyeti'nin Wuhan kentinde bir grup 'viral pnömoni' vakası raporunun ardından öğrenmiştir (Centers for Disease Control and Prevention, 2022).

31 Aralık 2019'da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Çin Ülke Ofisi, Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde etiyolojisi bilinmeyen pnömoni vakalarını bildirmiştir. 7 Ocak 2020'de etken daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs (2019- nCoV) olarak tanımlanmıştır. Daha sonra 2019-nCoV hastalığının adı COVID-19 olarak kabul edilmiş, virüs SARS CoV'e yakın benzerliğinden dolayı SARS-CoV-2 olarak isimlendirilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19 salgınını 30 Ocak'ta "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" olarak sınıflandırmış, ilk salgının başladığı Çin dışında 113 ülkede COVID-19 vakalarının görülmesi, virüsün yayılımı ve şiddeti nedeniyle 11 Mart'ta küresel salgın (pandemi) olarak tanımlamıştır. Ülkemizde COVID-19 ile ilgili çalışmalar 10 Ocak'ta başlamış ve 22 Ocak'ta T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu ilk toplantısı gerçekleştirilmiş, alınan önlemler ile ilk COVID-19 vakası Avrupa ve İran gibi komşu olduğumuz ülkelere sonra 11 Mart'ta görülmüştür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

60 yaş ve üstü kişiler ile yüksek tansiyon, kalp ve akciğer sorunları, diyabet, obezite veya kanser gibi altta yatan tıbbi sorunları olanların ciddi hastalık geliştirme riski daha yüksektir. Bununla birlikte, herkes COVID-19'a yakalanabilir ve herhangi bir yaşta ciddi şekilde hastalanabilir veya ölebilir. Semptom geliştirenlerin çoğu (yaklaşık %80) hastanede tedaviye ihtiyaç duymadan hastalıktan iyileşir. Yaklaşık %15'i ciddi şekilde hastalanır ve oksijene ihtiyaç duyar ve %5'i kritik şekilde hastalanır ve yoğun bakıma ihtiyaç duyar. Ölüme yol açan komplikasyonlar arasında; solunum yetmezliği, akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), sepsis ve septik şok, tromboembolizm ve/veya kalp, karaciğer veya böbrek hasarı dahil olmak üzere çoklu organ yetmezliği sayılabilir. Nadir durumlarda, çocuklarda enfeksiyondan birkaç hafta sonra ciddi bir inflamatuvar sendrom gelişebilir.

Hastaneye yatırılması gerekip gerekmediğine bakılmaksızın COVID-19 olan bazı kişiler yorgunluk, solunum ve nörolojik semptomlar dahil semptomlar yaşamaya devam ederler (World Health Organization, 2022).

2.2.2. COVID-19'un Belirtileri

COVID-19, farklı insanları farklı şekillerde etkiler. Enfekte olan kişilerin çoğu, hafif ile orta şiddette hastalık geliştirirler ve hastaneye yatmadan iyileşirler. COVID-19'un en yaygın semptomları; ateş, öksürük, yorgunluk ve tat veya koku kaybıdır. Daha az yaygın olan semptomlar; boğaz ağrısı, burun tıkanıklığı, baş ağrısı, kas veya eklem ağrısı, farklı cilt döküntü türleri, mide bulantısı veya kusma, üşüme veya baş dönmesi, ağrı ve sızılar, ishal, ciltte kızarıklık veya parmaklarda veya ayak parmaklarında renk değişikliği ve kırmızı veya tahriş olmuş gözlerdir. Ciddi/şiddetli semptomlar; nefes almada zorluk veya nefes darlığı, konuşma veya hareketlilik kaybı veya karışıklık, iştah kaybı, bilinç bulanıklığı, göğüste kalıcı ağrı veya baskı ve yüksek ateş (38°C'nin üzerinde). Diğer semptomlar ise sinirlilik, azalmış bilinç (bazen nöbetlerle ilişkili), endişe, depresyon, uyku bozuklukları, daha ciddi ve nadir nörolojik (felç, beyin iltihabı, deliryum ve sinir hasarı gibi) komplikasyonlardır (World Health Organization, 2022).

Hastalığa ait ciddi semptomları olanlar hemen tıbbi yardım alırken, hafif semptomları olanlar hastalığı evde geçirmektedirler. Nefes almada zorluk veya nefes darlığı, göğüs ağrısı veya basıncı, konuşma veya hareket kaybı ile ilgili ateş ve/veya öksürük yaşayan her yaşta kişi derhal tıbbi yardım almalıdır. Bir kişiye virüs bulaştıktan sonra semptomların ortaya çıkması ortalama olarak 5-6 gün sürmektedir; ancak bu süre 14 gün kadar da sürebilir (Centers for Disease Control and Prevention, 2022).

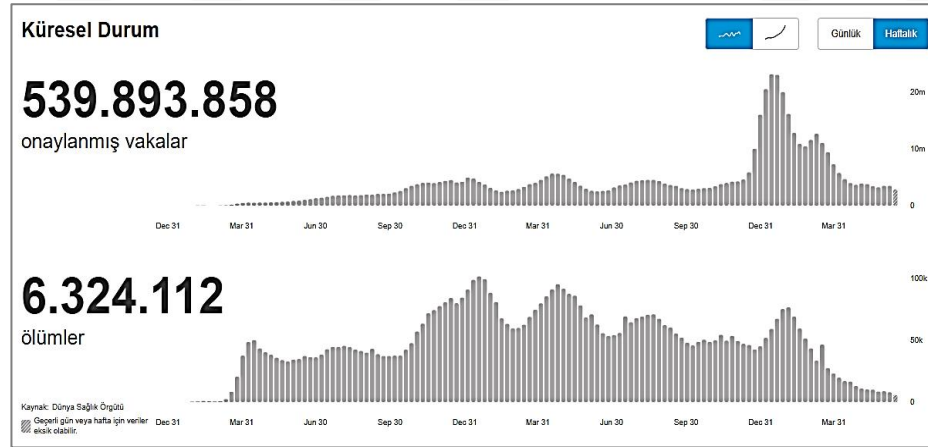
2.2.3. COVID-19'un Yaygınlığı

Covid-19'un dünya genelindeki ve Türkiye'deki yaygınlığı tablolar, görseller ve haritalarla aşağıda sunulmuştur.

	Vakalar - kümülatif toplam	Vakalar - 100.000 nüfus başına kümülatif toplam	Ölümler - kümülatif toplam	Ölümler - 100.000 nüfus başına kümülatif toplam
küresel	539.893.858	6.926.56	6.324.112	81.14

Tablo 2.1. Küresel olarak Covid-19 toplam vakalar ve ölümler ile 100.000 nüfus başına toplam vakalar ve ölümler (23 Haziran 2022)

Kaynak: World Health Organization COVID-19 Dashboard, 2022



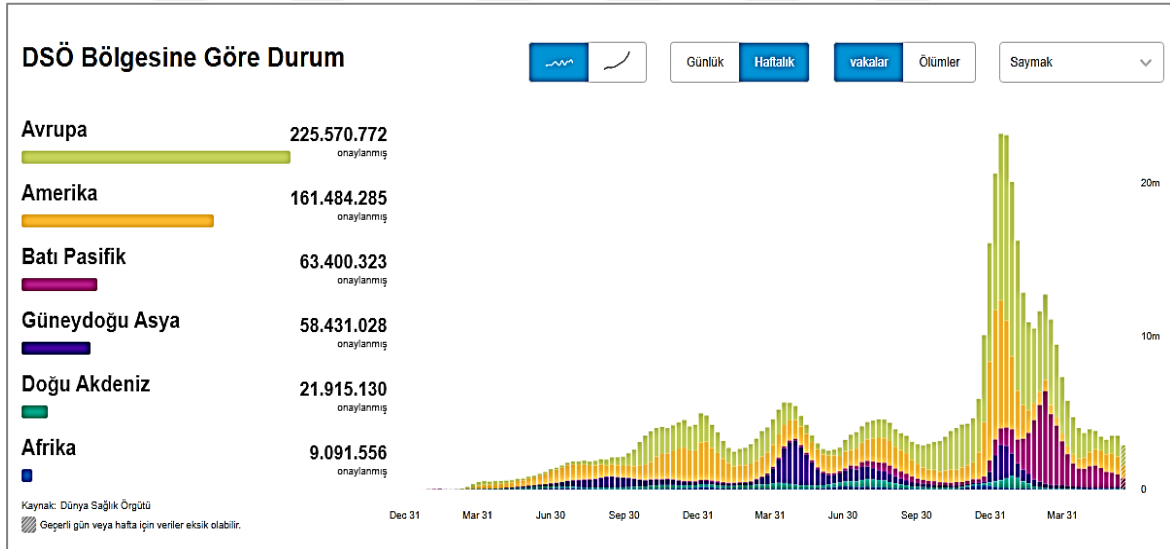
Görsel 2.1. Covid-19 küresel durum (23 Haziran 2022)

Kaynak: World Health Organization COVID-19 Dashboard, 2022

Tablo 2.1'de ve Görsel 2.1'de görüldüğü gibi küresel olarak, 23 Haziran 2022 tarihi itibarıyla, Dünya Sağlık Örgütü'ne bildirilen 6.324.112 ölüm dahil 539.893.858 onaylanmış COVID-19 vakası olmuştur. 100.000 nüfus başına düşen; kümülatif vakalar 6.926,56 ve kümülatif ölümler 81,14'tür.

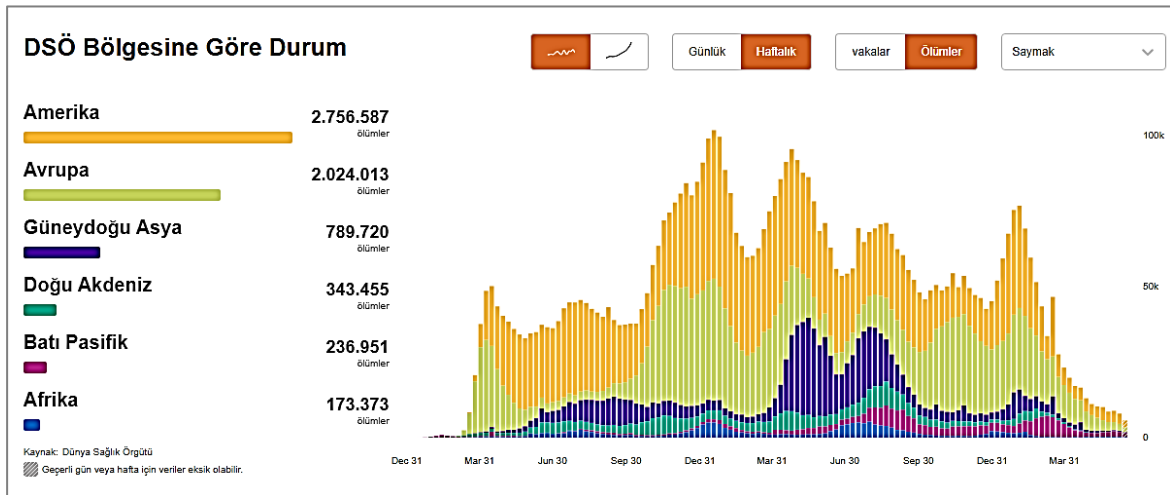
DSÖ Bölgesine Göre	Vakalar - kümülatif toplam	Vakalar - 100.000 nüfus başına kümülatif toplam	Ölümler - kümülatif toplam	Ölümler - 100.000 nüfus başına kümülatif toplam
Avrupa	225.570.772	24.175,19	2.024.013	216,92
Amerika	161.484.285	15.788,84	2.756.587	269,52
Batı Pasifik	63.400.323	3.227,21	236.951	12,06
Güneydoğu Asya	58.431.028	2.890,64	789.720	39,07
Doğu Akdeniz	21.915.130	2.998,7	343.455	47
Afrika	9.091.556	810,35	173.373	15,45

Tablo 2.2. Bölgesine göre Covid-19 toplam vakalar ve ölümler ile 100.000 nüfus başına toplam vakalar ve ölümler (23 Haziran 2022)



Görsel 2.2. Bölgesine göre Covid-19 dünya geneli vakalar (23 Haziran 2022)

Kaynak: World Health Organization COVID-19 Dashboard, 2022



Görsel 2.3. Bölgesine göre Covid-19 dünya geneli ölümler (23 Haziran 2022)

Kaynak: World Health Organization COVID-19 Dashboard, 2022

Tablo 2.2, Görsel 2.2 ve Görsel 2.3'te görüldüğü gibi bölgesel olarak, 23 Haziran 2022 tarihi itibarıyla, Dünya Sağlık Örgütü'ne kümülatif toplam vakalar; Avrupa 225.570.772, Amerika 161.484.285, Batı Pasifik 63.400.323, Güneydoğu Asya 58.431.028, Doğu Akdeniz 21.915.130 ve Afrika 9.091.556 olarak bildirilmiştir. Kümülatif toplam ölümler; Amerika 2.756.587, Avrupa 2.024.013, Güneydoğu Asya 789.720, Doğu Akdeniz 343.455, Batı Pasifik, 236.951 ve Afrika 173.373 olarak bildirilmiştir. 100.000 nüfus başına kümülatif toplam vakalar; 24.175,19 Avrupa, 15.788,84 Amerika, 3.227,21 Batı Pasifik, 2.890,64 Güneydoğu Asya, 2.998,7 Doğu Akdeniz ve 810,35 Afrika olarak bildirilmiştir. 100.000 nüfus başına kümülatif toplam ölümler; 269,52 Amerika, 216,92 Avrupa, 47,00 Doğu Akdeniz, 39,07 Güneydoğu Asya, 15,45 Afrika ve 12,06 Batı Pasifik olarak bildirilmiştir.





















Dünya Bankası Gelir Grubuna Göre	Vakalar - kümülatif toplam	Vakalar - 100.000 nüfus başına kümülatif toplam	Ölümler - kümülatif toplam	Ölümler - 100.000 nüfus başına kümülatif toplam
Yüksek gelir	315.051.667	56.837,18	2.492.489	477,26
Üst orta gelir	143.334.615	41.596,85	2.761.638	647,29
Alt orta gelir	78.231.526	28.255,03	1.018.637	286,64
Düşük gelir	1.891.482	1.009,27	44.071	19,82

Tablo 2.3. Gelir grubuna göre Covid-19 toplam vakalar ve ölümler ile 100.000 nüfus başına toplam vakalar ve ölümler – Dünya Bankası Verileri (23 Haziran 2022)

Kaynak: World Health Organization COVID-19 Dashboard, 2022

Tablo 2.3'te görüldüğü gibi Dünya Bankası verilerine göre gelir grubunda yer alan kümülatif toplam vakalar; yüksek gelir grubunda 315.051.667, üst orta gelir grubunda 143.334.615, alt orta gelir grubunda 78.231.526 ve düşük gelir grubunda 1.891.482 kişidir. Kümülatif toplam ölümler; yüksek gelir grubunda 2.492.489, üst orta gelir grubunda 2.761.638, alt orta gelir grubunda 1.018.637 ve düşük gelir grubunda 44.071 kişidir. 100.000 nüfus başına düşen kümülatif toplam vaka sayısında; 56.837,18 yüksek gelir grubunu, 41.596,85 üst orta gelir grubunu, 28.255,03 alt orta gelir grubunu ve 1.009,27 düşük gelir grubunu göstermektedir. 100.000 nüfus başına düşen





















kümülatif ölüm sayısında; 477,26 yüksek gelir grubunu, 647,29 üst orta gelir grubunu, 286,64 alt orta gelir grubunu ve 19,82 düşük gelir grubunu göstermektedir.

Vakalar ilk 10 ülke	Vakalar - kümülatif toplam	Vakalar - 100.000 nüfus başına kümülatif toplam
 Amerika Birleşik Devletleri	85.673.420 	25.883,00
 Hindistan	43.362.294 	3.142,18
 Brezilya	31.890.733 	15.003,21
 Fransa	29.416.740 	45.229,14
 Almanya	27.681.775 	33.284,68
 Birleşik Krallık	22.576.806 	33.256,94
 Rusya Federasyonu	18.412.805 	12.617,17
 Kore Cumhuriyeti	18.312.993 	35.719,3
 İtalya	18.071.634 	30.300,44
 Türkiye	15.085.742 	17.887,02

Tablo 2.1. Covid-19 vaka sayısına göre ilk 10 ülke (23 Haziran 2022)

Kaynak: World Health Organization COVID-19 Dashboard, 2022





















Tablo 2.4'te görüldüğü gibi Covid-19 vaka sayısına göre ilk 10 ülke; (1) Amerika Birleşik Devletleri 85.673.420, (2) Hindistan 43.362.2949, (3) Brezilya 31.890.733, (4) Fransa 29.416.740, (5) Almanya 27.681.775, (6) Birleşik Krallık 22.576.806, (7) Rusya Federasyonu 18.412.805, (8) Kore Cumhuriyeti 18.312.993, (9) İtalya 18.071.634 ve (10) Türkiye 15.085.742 olarak sıralanmaktadır. Vaka sayısı yönünden Türkiye'nin ilk on ülke arasında yer aldığı ve bu ülkeler arasında 15.085.742 vaka sayısı ile 10. sırada olduğu görülmektedir.

Ölümler ilk 10 ülke	Ölümler - kümülatif toplam	Ölümler - 100.000 nüfus başına kümülatif toplam
 Amerika Birleşik Devletleri	1.005.025 	303,63
 Brezilya	669.530 	314,99
 Hindistan	524.954 	38,04
 Rusya Federasyonu	380.776 	260,92
 Meksika	325.487 	252,45
 Peru	213.425 	647,29
 Birleşik Krallık	179.859 	264,94
 İtalya	167.967 	281,63
 Endonezya	156.711 	57,29
 Fransa	145.917 	224,35

Tablo 2.2. Covid-19 ölüm sayısına göre ilk 10 ülke (23 Haziran 2022)

Kaynak: World Health Organization COVID-19 Dashboard, 2022


Tablo 2.5’te görüldüğü gibi Covid-19 ölüm sayısına göre ilk 10 ülke; (1) Amerika Birleşik Devletleri 1.005.025, (2) Brezilya 669.530, (3) Hindistan 524.954, (4) Rusya Federasyonu 380.776, (5) Meksika 325.487, (6) Peru 213.425, (7) Birleşik Krallık 179.859, İtalya 167.967, Endonezya 156.711 ve Fransa 145.917 olarak sıralanmaktadır. Ölüm sayısı yönünden Türkiye’nin ilk 10 ülke arasında yer almadığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Türkiye 98.996 ölüm sayısı (Bknz: Tablo 7) ile tüm ülkeler arasında 19. sırada bulunmaktadır.

Ölümler ilk 10 ülke	Ölümler - 100.000 nüfus başına kümülatif toplam	Ölümler - kümülatif toplam
 Peru	647,295 	213.425
 Bulgaristan	535,684 	37.238
 Bosna Hersek	481,557 	15.799
 Macaristan	477,26 	46.626
 Kuzey Makedonya	447,446 	9.322
 Karadağ	433,556 	2.723
 Gürcistan	422,117 	16.839
 Hırvatistan	395,326 	16.043
 Çekya	376,961 	40.312
 Slovenya	372,925 	7.816

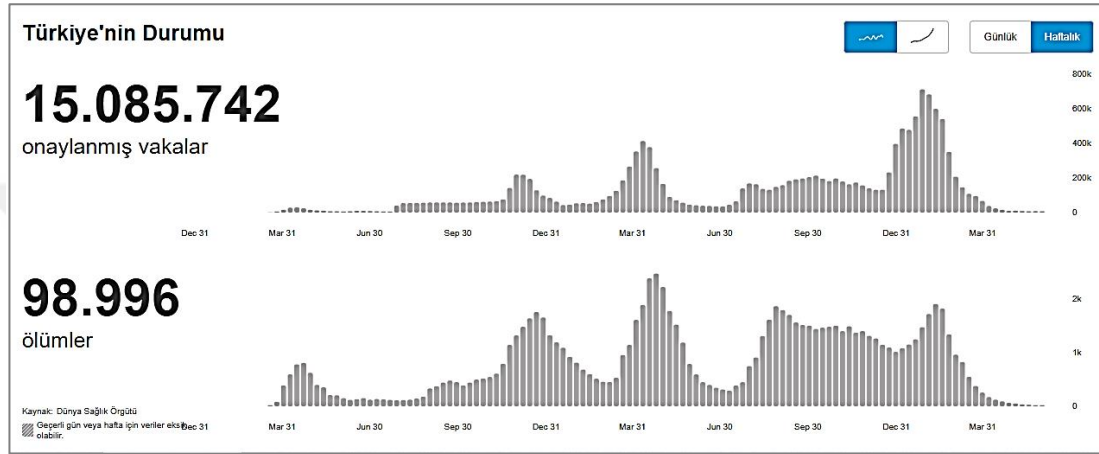
Tablo 2.3. 100.000 nüfus başına düşen Covid-19 ölüm sayısına göre ilk 10 ülke (23 Haziran 2022)

Kaynak: World Health Organization COVID-19 Dashboard, 2022

100.000 nüfus başına düşen toplam ölüm sayısı göz önüne alındığında Tablo 2.6'daki sıralamanın değiştiği görülmektedir. Tablo 6'da görüldüğü gibi 100.000 nüfus başına düşen toplam ölüm sayısında ilk 10 ülke; (1) 647,295 Peru, (2) 535,684 Bulgaristan, (3) 481,557 Bosna Hersek, (4) 477,26 Macaristan, (5) 447,446 Kuzey Makedonya, (6) 433,556 Karadağ, (7) 422,117 Gürcistan, (8) 395,326 Hırvatistan, (9) 376,961 Çekya ve (10) 372,925 Slovenya şeklinde sıralanmaktadır. 100.000 nüfus başına düşen toplam ölüm sayısı yönünden Türkiye'nin ilk 10 ülke arasında yer almadığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 100.000 nüfus başına düşen toplam ölüm sayısı yönünden Türkiye 117,38 ölüm sayısı ile tüm ülkeler arasında 91. sırada bulunmaktadır.

İsim	Vakalar - kümülatif toplam	Vakalar - 100.000 nüfus başına kümülatif toplam	Ölümler - kümülatif toplam	Ölümler - 100.000 nüfus başına kümülatif toplam
Küresel	539.893.858	6.926.56	6.324.112	81.14
 Türkiye	15.085.742 	17.887,02	98.996	117,38


Tablo 2.4. Türkiye’de Covid-19 toplam vakalar ve ölümler ile 100.000 nüfus başına toplam vakalar ve ölümler (23 Haziran 2022)



Görsel 2.1. Türkiye’de Covid-19 onaylanmış vakalar ve ölümler (23 Haziran 2022)

Kaynak: World Health Organization COVID-19 Dashboard, 2022

Tablo 2.7 ve Görsel 2.4’te görüldüğü gibi Türkiye’de 23 Haziran 2022 tarihi itibarıyla Dünya Sağlık Örgütü’ne bildirilen 98.996 ölümlerle birlikte 15.085.742 onaylanmış COVID-19 vakası olmuştur. 100.000 nüfus başına düşen; toplam vaka sayısının 17.887,02 olduğu görülürken; toplam ölüm sayısının 117,38 olduğu görülmektedir.

Ülke	Uygulanan toplam aşı dozları	100 nüfus başına uygulanan toplam aşı dozları	En az bir doz aşılana kişi sayısı	100 nüfus başına en az bir doz ile aşılana kişiler	Birincil serinin son dozu ile tam olarak aşılana kişiler	100 popülasyon başına birincil serinin son dozu ile tam olarak aşılana kişiler	Kişiler rapel veya ek doz aldı	100 kişi başına Arttırılan Kişi Sayısı
küresel	11.912.594.538	152.83	5.201.056.369	66.73	4.737.750.308	60.78	5.505.03	24.35
 Türkiye	147.734.958	175,2	57.843.685	69,56	53.067.556	63,82		

Tablo 2.5. Küresel olarak ve Türkiye’de aşılama durumu (23 Haziran 2022)

Tablo 2.8’de görüldüğü gibi Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 23 Haziran 2022 tarihi itibariyle tüm dünyada uygulanan toplam aşı dozları 11.912.594.538 ve Türkiye’de uygulanan toplam aşı dozları ise 147.734.958’dir. Dünya genelinde 100 nüfus başına uygulanan toplam aşı dozları 152,83 ve Türkiye’de 100 nüfus başına uygulanan toplam aşı dozları ise 175,2’dir. Dünyada en az bir doz aşılana kişi sayısı 5.201.056.369 ve Türkiye’de en az bir doz aşılana kişi sayısı 57.843.685’dir. Dünyada 100 nüfus başına en az bir doz ile aşılana kişiler 66,73 ve Türkiye’de 100 nüfus başına en az bir doz ile aşılana kişiler 69,56’dır.



Harita 2.1. Türkiye’de en az iki doz aşı olmuş 18 yaş ve üstü nüfus haritası (%) (25 Haziran 2022)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilgilendirme Platformu, 2022

Harita 2.1.’de en az iki doz aşı olmuş 18 yaş ve üstü nüfus haritası (%) gösterilmektedir. Bu haritada aşılama oranı %55’e kadar olan iller kırmızı renkle, %65’e kadar olan iller turuncu renkle, %75’e kadar olan iller sarı renkle ve %75 ve üzeri iller ise mavi renkle gösterilmiştir. 25 Haziran 2022 tarihi itibariyle en yüksek orana sahip 10 il şu şekilde sıralanmaktadır: (1) Osmaniye, (2) Ordu, (3) Amasya, (4) Muğla, (5) Kırklareli, (6) Çanakkale, (7) Eskişehir, (8) Balıkesir, (9) Manisa ve (10) Zonguldak. Türkiye’de 1. Doz aşı yapılma oranı %93,21 ve 2. doz aşı yapılma oranı ise %85,52’dir. 1., 2. ve 3. doz toplamı 147.814.534’tür. 1. doz uygulanan kişi sayısı 57.856.676, 2. doz uygulanan kişi sayısı 53.085.724 ve 3. doz uygulanan kişi sayısı 27.825.430’dur.

2.2.4. COVID-19 Testleri ve Tanı

Semptomları olan herkes, mümkün olan her yerde test edilmelidir. Semptomları olmayan ancak enfekte olmuş veya olabilecek biriyle yakın temasta bulunan kişiler de test yaptırılabilir. Bir kişi test sonuçlarını beklerken başkalarından uzak durmalıdır. Test kapasitesinin sınırlı olduğu durumlarda, öncelikle sağlık çalışanları gibi enfeksiyon riski yüksek olanlar ve özellikle yaşlılar konutlarında veya uzun süreli bakım tesislerinde yaşayan yaşlılar gibi ciddi hastalık riski daha yüksek olanlar için testler yapılmalıdır (World Health Organization, 2022).

Çoğu durumda, SARS-CoV-2'yi tespit etmek ve enfeksiyonu doğrulamak için moleküler bir test kullanılır. PCR (Polymerase Chain Reaction) en yaygın kullanılan moleküler testtir. Numuneler bir sürüntü ile burun ve/veya boğazdan alınır. Moleküler testler, viral genetik materyali tespit edilebilir seviyelere yükselterek numunedeki virüsü tespit eder. Bu nedenle, genellikle maruziyetten sonraki birkaç gün içinde ve semptomların başladığı zamanda aktif bir enfeksiyonu doğrulamak için moleküler bir test kullanılır (National Health Service, 2022).

Hızlı antijen testleri (bazen hızlı tanı testi – RDT olarak da bilinir) viral proteinleri (antijenler olarak bilinir) tespit eder. Numuneler bir sürüntü ile burun ve/veya boğazdan alınır. Bu testler PCR'den daha ucuzdur ve genellikle daha az güvenilir olmalarına rağmen daha hızlı sonuç verir. Bu testler, toplumda dolaşan daha fazla virüs olduğunda ve en bulaşıcı oldukları süre boyunca en iyi sonucu verir. Antikor testleri, semptomları olmasa bile, birinin geçmişte enfeksiyon geçirip geçirmediğini belirleyebilir. Serolojik testler olarak da bilinen ve genellikle bir kan örneğinde yapılan bu testler, bir enfeksiyona yanıt olarak üretilen antikorları tespit eder. Çoğu insanda, antikorlar günler veya haftalar sonra gelişmeye başlar ve bir kişinin geçmişte enfeksiyon geçirip geçirmediğini gösterebilir. Antikor testleri, enfeksiyonun veya hastalığın erken evrelerinde COVID-19'u teşhis etmek için kullanılamaz; ancak birinin geçmişte hastalığı geçirip geçirmediğini gösterebilir (World Health Organization, 2022).

Yeni Koronavirüs tanısı için gerekli moleküler testler ülkemizde mevcuttur. Tanı testi sadece Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Ulusal Viroloji Referans Laboratuvarında ve belirlenmiş Halk Sağlığı Laboratuvarlarında yapılmaktadır. Kesin tanı moleküler testlerle konulmaktadır. Bu testler kişiden alınan boğaz ve/veya burun sürüntüsünde virüsün genetik materyalinin aranması prensibine dayanır. Ülkemizde tanı PCR testi ile konulmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).

2.2.5. COVID-19'dan Korunma, Önleme ve Tedavi

COVID-19'u önlemek veya tedavi etmek için antibiyotikler de dahil olmak üzere bireylerin herhangi bir ilaçla kendi kendilerine ilaç tedavisine yönelmeleri doğru değildir ve hatta bu tür uygulamalar beklenmedik kötü sonuçlara yol açabilmektedir (National Health Service, 2022).

Dünyanın dört bir yanındaki bilim insanları, COVID-19 için tedaviler bulmak ve geliştirmek için çalışmalarını sürdürmektedirler. Optimal destekleyiciler;

bakım, ağır hasta hastalar ve ciddi hastalık riski taşıyanlar için oksijen ve kritik hastalığı olan hastalar için ventilasyon gibi daha gelişmiş solunum desteğini içermektedir. Dekametazon, ventilatörde geçirilen süreyi azaltmaya ve ciddi ve kritik hastalığı olan hastaların hayatlarını kurtarmaya yardımcı olabilen bir kortikosteroiddir (World Health Organization, 2022).

Pfizer/BioNtech Comirnaty aşısı, 31 Aralık 2020'de WHO Acil Kullanım Listesine (EUL) alınmıştır. Acil Kullanım Listesi'ne; SII/Covishield ve AstraZeneca (AZD1222) aşıları 16 Şubat 2021'de, Janssen/Ad26.COV 2.S aşısı 12 Mart 2021'de, Moderna COVID-19 (mRNA 1273) aşısı 30 Nisan 2021'de, Sinopharm COVID-19 aşısı 7 Mayıs 2021'de eklenmiştir (World Health Organization, 2022).

Aşıların sadece hastalıklara karşı değil, aynı zamanda enfeksiyon ve bulaşmaya karşı ne kadar koruduğuna dair araştırmalar devam ederken, aşı olmak ihtiyatlı davranıp kendimizi ve başkalarını riske atabileceğimiz anlamına gelmez. Güvenli ve etkili aşılar hastalığın seyrini etkileyen araçlardır; ancak aşılanmanın yanı sıra maske kullanımına, ellerin temizlenmesine, iç mekanların iyi havalandırılmasına, fiziksel mesafeyi korumaya ve kalabalıklardan kaçınmaya devam edilmelidir (Centers for Disease Control and Prevention, 2022).

Fiziksel mesafeyi korumak, özellikle mesafenin sağlanamadığı durumlarda maske kullanmak, odaların iyi havalandırılmasını sağlamak, kalabalıklardan ve yakın temastan kaçınmak, düzenli olarak ellerinizi temizlemek ve bükülmüş dirsek veya kola hapşırma/öksürme gibi bazı basit önlemleri alarak güvende kalınabilir (National Institutes of Health, 2022).

Hem izolasyon hem de karantina, COVID-19'un yayılmasını önleme yöntemleridir. Karantina; COVID-19'a neden olan SARS-CoV-2 virüsünün bulaştığı bir kişiyle temas halinde olan, enfekte kişinin semptomları olsun ya da olmasın, herkes için kullanılır. Karantina, virüse maruz kalan ve enfekte olan kişi için başkalarından ayrı kalma anlamına gelir ve belirlenmiş bir tesiste veya evde gerçekleşebilir ve bu, tesiste veya evde 14 gün kalmak anlamına gelir. İzolasyon ise COVID-19 semptomları olan veya virüs testi pozitif çıkan kişiler için kullanılır. İzolasyonda olmak, ideal olarak klinik bakım alınabilecek tıbbi bir tesiste diğer insanlardan ayrı kalmak anlamına gelir. Tıbbi bir tesiste izolasyon mümkün değilse ve ciddi hastalık geliştirme riski yoksa, izolasyon evde yapılabilir. Semptomlar varsa, en az 10 gün ve ayrıca 3 gün tecritte kalınmalıdır. Enfekte olunmuş ve semptom geliştirilmiyorsa, pozitif test sonucundan itibaren 10 gün boyunca tecritte kalınmalıdır (World Health Organization, 2022).

COVID-19'a maruz kalınmasından semptomların başladığı ana kadar geçen süre ortalama 5-6 gündür ve bu süre 1-14 gün arasında değişebilir. Bu nedenle, virüse maruz kalan kişilerin, özellikle testlerin kolayca yapılamadığı durumlarda virüsün yayılmasını önlemek için 14 gün boyunca evde kalmaları ve başkalarından uzak durmaları tavsiye edilmektedir (National Institutes of Health, 2022).

COVID-19'lu biriyle temas edildi ise temas eden kişi kendini iyi hissetse dahi enfekte olabilir. COVID-19 olan birine maruz kalındıktan sonra aşağıda belirtilen önlemlere

başvurulmalıdır (National Health Service, 2022; World Health Organization, 2022; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022):

- Sağlık kuruluşuna başvurulmalı veya COVID-19 yardım hattı (SABİM 184) aranmalı.
- Virüsün yayılmasını durdurmak için uzmanlarla iş birliği yapılmalı.
- Test yapılamıyorsa, 14 gün boyunca evde ve başkalarından uzak kalınmalı.
- Karantinada iken; işyerlerine, okula veya halka açık yerlere gidilmemeli ve ihtiyaçlar başkalarının yardımıyla karşılanmalı.
- Aile üyeleriyle bile araya en az 1 metre mesafe bırakılmalı.
- Başkalarını korumak ve başkalarından korunmak için tıbbi maske kullanılmalı.
- Eller sık sık yıkanmalı veya temizlenmeli.
- Evde, diğer aile üyelerinden ayrı bir odada kalınmalı ve bu mümkün değilse tıbbi maske kullanılmalı.
- Kalınan yer/oda iyi havalandırılmalı.
- Bir oda paylaşıyorsa, en az 1 metre mesafe ile oturulmalı veya yataklar en az 1 metre arayla yerleştirilmeli.
- Temaslı olanlar, 14 gün boyunca herhangi bir semptom için takip altında tutulmalı veya birey kendini izlemeli.
- Temaslı olanlar, sevdikleriyle telefonla veya çevrimiçi olarak iletişim kurmalı ve evde egzersiz yaparak pozitif kalmalı.
- Sağlık kuruluşuna gidiş gelişlerde ve tıbbi bakım sırasında maske kullanılmalı, diğer insanlarla araya en az 1 metre mesafe bırakılmalı ve yüzeylere ellerle dokunmaktan kaçınılmalı.

2.4. COVID-19'un Dünya'da ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Politikalarına Yansımaları

2.4.1. COVID-19 Döneminde Artış Gösteren Ruh Sağlığı Problemleri

Salgınlarda, insanlar genel olarak stresli ve endişeli olurlar. Salgından etkilenen kişiler (hem doğrudan hem dolaylı olarak), yaygın olarak aşağıda yer verilen tepkileri gösterebilirler (IFRC, 2020; akt. Inter Agency Standing Committee, 2020):

- Hastalanma ve ölüm korkusu,
- Tedavi altındayken hastalığı kapma endişesiyle sağlık kurumlarına başvurmaktan çekinme,
- Geçim kaynaklarını kaybetme, tecrit halindeyken çalışamama, işten çıkarılma korkusu,
- Hastalıkla ilişkilendirilip toplum tarafından dışlanma/karantina altına alınma korkusu (örneğin, salgın bölgelerinden olan veya olduğu düşünülen kişilere karşı ayrımcılık),
- Sevdiklerini koruyamama ve virüs yüzünden sevdiklerini kaybetme korkusu,
- Karantina uygulaması yüzünden sevdiklerinden ve bakım verenlerinden ayrı tutulma korkusu,
- Ebeveynleri veya bakım verenleri karantina altına alındığı için yanında refakatçisi olmayan ve onlardan ayrı tutulan küçüklerle, engellilerle veya yaşlılarla ilgilenmeyi hastalık kapma korkusuyla reddetme,
- Tecrit koşullarından dolayı çaresizlik, sıkıntı, yalnızlık ve depresif hissetme,
- Geçmiş bir salgında yaşadıklarını yeniden yaşama korkusu

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayınlanan haber bültenine (World Health Organization news release, 2 March 2022) göre COVID-19 pandemisi döneminde, küresel anksiyete ve depresyon prevalansı % 25 gibi büyük bir artış göstermiştir. Pandemiden kaynaklanan ve sosyal izolasyonun neden olduğu benzeri görülmemiş bir stres yaşanmıştır. Yalnızlık, enfeksiyon korkusu, kendisi ve sevdikleri için acı yaşama ve ölüm düşüncesi, yas ve finansal endişeler; kaygı ve depresyona yol açan stresörler olarak belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının yaşamış olduğu sıkıntılar ve yorgunluk, intihar düşüncesi için önemli bir tetikleyici olmuştur. Gençler, intihar ve kendine zarar verme davranışı riski altındadır. Ayrıca, kadınlar erkeklere göre daha ciddi şekilde etkilenmişlerdir. Astım, kanser ve kalp hastalığı gibi önceden var olan fiziksel sağlık sorunları olan kişilerin ruhsal bozukluk belirtileri geliştirme olasılığı daha yüksektir. Veriler önceden ruhsal bozukluğu olan kişilerin, önceden ruhsal bozukluğu olmayan kişilere göre COVID-19 enfeksiyonuna karşı orantısız şekilde savunmasız olmadığını gösteriyor. Yine de bu insanların, enfekte olduklarında, ruhsal bozukluğu olmayan kişilere kıyasla hastaneye yatma, ağır hastalık ve ölüme maruz kalma olasılıkları daha yüksektir. Psikozlar gibi daha ciddi ruhsal bozuklukları olan kişiler ve zihinsel bozuklukları olan gençler özellikle risk altındadır (World Health Organization, 2021).

Pandemi döneminde küresel düzeydeki ruh hali, korku ve belirsizlik olmuş ve bu durum insanların türbülansa sürüklendikleri hissine yol açmıştır. Belirsizlik ve hastalık endişesiyle hissedilen korku, mutsuzluk, ümitsizlik, çaresizlik gibi duygular yoğun bir zorlanma oluşturmuştur. Tüm bu olumsuz duygular doğal olarak bireylerin uyku kalitesini de olumsuz etkilemiştir (Xiao vd., 2020).

Normal popülasyonla kıyaslandığında bu dönemde insanların anlamlı düzeyde yüksek depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres semptomları gösterdikleri; COVID-19 tanısı almış hastaların teşhisi, tedavisi ve bakımı ile uğraşan sağlık çalışanlarının daha sık depresyon, uykusuzluk ve stres belirtileri ile yüksek düzeyde kaygı, dayanıklılığın azalması ve damgalanma korkusu yaşadıkları bilinmektedir (Zeybek vd., 2020).

Yapılan birçok çalışmada (Benke vd., 2020; Chen vd., 2020; Fitzpatrick vd., 2020; Jiang, 2020; Planchuelo-Gómez vd., 2020; Al-Zubayer vd., 2020; Pierce vd., 2020; El-Keshky vd., 2020; akt. Baltacı vd., 2021) pandemi ile birlikte küresel düzeyde insanların depresyon, somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, anksiyete, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve genel şiddet indeksleri yüksek olarak saptanmıştır. Pandemi döneminde genel popülasyonla yapılan büyük örneklemlerli çalışmalar ve meta-analizlerin sonuçlarına (Cook vd., 2020; Jahrami vd., 2021; akt. Gürçan vd., 2022) göre; anksiyete görülme oranının % 20-31, depresyon % 17-33, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) % 23- 37, uyku bozuklukları % 7-40 ve uyum bozukluğunun % 22 olduğu bildirilmiştir.

On iki ülkede yapılan, halen psikiyatrik bozukluğu bulunan bireylerin durumlarını araştıran bir çalışmada (Gobbi vd., 2020) katılımcılarının yaklaşık yarısının ruhsal iyilik halinde kötüleşme olduğu bildirilmiştir. Kötüleşme için risk faktörleri; kadın cinsiyet, aile ve arkadaşlarla etkileşimin az olması, hükümetin kararlarını yetersiz bulma ve mevcut durumu kontrol edemediğini hissetme şeklinde bulunmuştur. Yükseköğrenim gören öğrencilerde pandemi dönemindeki depresyon, anksiyete ve uykusuzluk yaygınlığını değerlendiren bir çalışmada (Deng vd., 2021) oranlar sırayla % 35, % 32 ve % 33 saptanmış ve pandemi öncesi döneme göre artış olduğu bildirilmiştir. Toplam sekiz ülkenin dahil olduğu 19 araştırmayı ele alan bir sistematik gözden geçirmede (Xiong vd., 2020); yüksek oranlarda anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), stres ve psikolojik zorlanma belirtileri tespit edilmiştir. COVID-19 pandemisindeki özkıyım çalışmalarını derleyen bir meta analizde (Dubé vd., 2021) özkıyım düşüncesi (% 10,8), özkıyım girişimi (% 4,7) ve kendine zarar verme (% 9,6) yaygınlığının pandemi öncesi yapılan meta analize göre arttığı bildirilmektedir.

Ruh sağlığı sorunlarının yaygınlığındaki bu artış, ruh sağlığı hizmetlerinde yaşanan ciddi aksamalarla birlikte en çok ihtiyacı olanlar için tedavide büyük boşluklar bıraktı. Tüm temel sağlık hizmetleri arasında ruhsal, nörolojik ve madde kullanım koşullarına yönelik hizmetler en fazla kesintiye uğrayan

hizmetler oldu. Birçok ülke, intiharın önlenmesi de dahil olmak üzere ruh sağlığına yönelik hayat kurtaran hizmetlerde de büyük kesintiler olduğunu bildirmişlerdir. 2021'in sonunda durum biraz düzeldi; ancak bugün çok fazla insan hem önceden var olan hem de yeni gelişen ruh sağlığı problemleri için ihtiyaç duydukları tedavi ve desteği alamamaktadır. Yüz yüze tedaviye erişemeyen birçok kişi çevrimiçi destek aramaktadır. Bu da güvenilir ve etkili dijital araçlar yoluyla hizmetlere kolay erişilebilir olmanın sinyalinin verse de dijital müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanması, sınırlı kaynaklara sahip ülkelerde ve ortamlarda büyük bir zorluk olmaya devam etmektedir (World Health Organization, 2021).

2.4.2. COVID-19'un Ruh Sağlığına Etkileri

Yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) pandemisi, insanların fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde büyük bir etki oluşturmuş ve tüm dünyada birçok kişi için bir ölüm nedeni olmaya devam etmektedir (Ganesan vd., 2021). SARS-CoV-2 virüsünün özelliklerinin anlaşılmasına ve hastalığın tedavisine yönelik bilimsel çalışma ve araştırmalar sürerken, salgının yayılmasını yavaşlatmak/önlemek amacıyla temel olarak hijyen koşullarının sağlanması ve sık sık ellerin yıkanmasının dışında, tüm dünyada önlemler fiziki mesafenin artırılması, sosyal hareketliliğin sınırlandırılarak insanlar arası temasın azaltılması uygulamalarında yoğunlaşmıştır (Türk Tabipleri Birliği, 2020).

Koronavirüs enfeksiyonunun yayılmasını önlemek için hükümetler tarafından farklı türde halk sağlığı önlemleri (sosyal izolasyon, karantina, tecrit ve sokağa çıkma yasakları) uygulanmaktadır (Ganesan vd., 2021).

Pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de karantina, izolasyon ve tecrit gibi halk sağlığı önlemlerinin yanı sıra, toplumsal hareketliliğin azaltılması gerekçesiyle yaş sınırlamaları ve sokağa çıkma yasağı gibi kısıtlamalar öne çıkmıştır (Türk Tabipleri Birliği, 2020).

Karantina; bulaşıcı hastalığı olduğundan şüphelenilen kişilerin, hastalığın en uzun kuluçka dönemi kadar sağlıklı kişilerle temas etmemesi için alınan önlemdir. Karantinanın etkinliği hem vakaların hem de henüz hastalığa yakalanmamış sağlıklı kişilerin doğru tespiti/bilgisi ile doğrudan ilişkilidir (Türk Tabipleri Birliği, 2020). Karantina, bulaşıcı hastalıkların yayılmasını azaltmak için en eski ve en etkili yöntemlerden biridir ve bulaşıcı bir hastalığa maruz kalmış veya etkilenen bir bölgeye seyahat etmiş kişileri ayırır ve sınırlar. Bununla birlikte, insanlar enfekte olmayabilir veya asemptomatik olabilir. COVID-19 salgınında, dünyadaki ülkelerin çoğu, başka ülkelere seyahat eden kişiler için 14 günlük zorunlu ev karantinası veya belirlenmiş bir yerde (otel, yurt, okul gibi) kalma karantinası uygulamıştır. Karantina politikalarına göre, insanların başkalarıyla tanışmak veya ikamet ettikleri yere ziyaretçi davet etmek için evlerinden veya belirlenmiş yerlerden hareket etmelerine izin verilmez. Karantina önlemleri hükümetler tarafından uygulanırsa, insanların hükümetlerin

veya halk sağlığı yetkililerinin yönergelerine kesinlikle uyması gerekir. Gönüllü veya zorunlu olabilir ve bireyler, gruplar veya topluluk düzeyinde uygulanabilir (Ganesan vd., 2021).

İzolasyon (ayırma): Vakaların, hastalığın bulaşıcı olduğu süre boyunca sağlıklı kişilerle temasının kesilmesi, ayrı tutulmasıdır. Ayırma, bulaşıcı etmenin duyarlı kişilere doğrudan veya dolaylı bulaşmasını önleyen veya sınırlayan bir yer ve ortamda yapılmalıdır (Türk Tabipleri Birliği, 2020).

COVID-19 salgınında, enfekte olmayan kişileri bulaşıcı hastalık tanısı doğrulanmış kişilerden korumak için enfekte kişilere izolasyon (ayırma) uygulanmıştır. İzolasyon ve karantina, sosyal mesafenin aşırı biçimleri olarak kabul edilir. Enfekte kişiler genellikle tıbbi gözetim altında hastane ortamlarına kabul edilir ve izole edilir. Hafif semptomlarla enfeksiyon durumunda, enfekte kişi evde izole edilebilir (Wilder-Smith vd., 2020).

Tecrit (ayrı tutma): Bulaşıcı bir hastalığın kontrolünü kolaylaştırmak için sağlıklı kişilerin hastalarla temasının kesilmesidir. Bu sayede risk altında olduğu bilinen kişilerin hastalanması engellenebilir. Ayrı tutma, ayırmanın tam tersidir (Türk Tabipleri Birliği, 2020). En aşırı halk sağlığı önlemi türü tecrittir. Tecrit, insanların bir yerden başka bir yere gitme anını kısıtlar ve belirli bölgelerde veya ülkelerde bulaşıcı hastalıklar nedeniyle yeterli sayıda insan hastalandığında uygulanabilir. Devlet okulların, üniversitelerin, toplu taşıma araçlarının, taksilerin, demiryollarının, iç ve dış uçuşların, restoranların, tapınakların, kiliselerin, camilerin ve sinemaların kapatılmasını emredebilir; ancak hastaneler bir istisna olmaya devam eder (Ganesan vd., 2021).

Sosyal Mesafe

Bulaşıcı hastalığın kişiden kişiye yayılmasını önlemek için bir başka halk sağlığı önlemi şekli de “sosyal mesafe”dir. İnsanların toplumdaki diğer insanlarla fiziksel etkileşimlerini azaltmak için “sosyal mesafe” önlemleri uygulanmaktadır. COVID-19 insandan insana bulaştığından, sosyal mesafe yöntemlerinde aşağıdaki yönergeler uygulanmaktadır: Maske kullanmak, diğer kişilerle mesafeyi korumak, sosyal toplantılardan kaçınmak, el sıkışmaktan kaçınmak, kalabalıktan (parklar, plajlar, restoranlar, mağazalar veya diğer kamuya açık veya özel yerler) kaçınmak ve mümkünse evden çalışmak (Shereen vd., 2020).

Dünya çapında yaşanan COVID-19 salgını ve sokağa çıkma yasağı; halka, hükümetlere ve ülkelerin ekonomisine büyük bir yük getirmiştir. Karantinalar veya izolasyonlar COVID-19'un yayılmasını önlemek için iyi bir sebeple uygulansa da fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuçlar şeklinde çeşitli olumsuz etkilere neden olmuştur. Özellikle sosyal mesafe, izolasyon ve sokağa çıkma yasağı ile insanlar kaygı, stres, korku, korku kaynaklı aşırı tepkisel davranış, hüsrana, suçluluk, öfke, can sıkıntısı, üzüntü, endişe, sinirlilik, çaresizlik, yalnızlık, uykusuzluk ve depresyon gibi çok ciddi psikolojik sorunlardan muzdarip olmuşlardır (Ganesan vd., 2021).

Uzun süreli karantina önlemleri uygulayarak binlerce insanı COVID-19 enfeksiyonundan kurtarsak da bireyler, kuruluşlar ve ülkeler için çok büyük

mikro, orta ve makro ekonomik kayıplar olacaktır. Uzun süreli karantına, artan işsizlik oranına neden olabilir ve stres, ruh sağlığı sorunları, aile sorunları, daha fazla alkol veya madde kullanımı, suç veya intihar oranlarında artışa neden olabilir. Aşırı durumlarda uzun süreli karantinaya bağlı sosyal izolasyon, stres, başkalarından enfeksiyon kapma korkuları, önceki ruh sağlığı sorunları, iş kaybı, finansal istikrarsızlık, hastanede tecrit koğuşunda kalma korkusu, sevilen birini veya aile üyelerini kaybetme ve geleceğe yönelik güvensizlik duyguları intihar düşüncelerini ve girişimlerini tetikleyebilir. Alkol bağımlılığı intihar için önemli bir risk faktörüdür. Ayrıca depresyon, şiddet içeren davranışlar, duygudurum ve anksiyete bozuklukları gibi çeşitli psikiyatrik sorunlarla yüksek oranda komorbiditeye sahiptir (Gunnell vd., 2020).

Sağlık bağlamında sosyal damgalama: Belirli bir hastalığa ve özelliklerine dayalı olarak bir kişinin veya grubun aşırı sosyal olarak onaylanmamasıdır. Benzer şekilde, COVID-19 salgını dünya çapında yalnızca korku ve endişe yaymakla kalmadı, aynı zamanda ayrımcılık gibi çeşitli sosyal damgaları ve karantinaya alınmış veya izole edilmiş insanlara ve virüsten etkilenen bölgeler veya ülkelere seyahat eden insanlara karşı yargılayıcı tutumları da besledi. Ayrıca damgalanmış kişiler, başkaları tarafından sosyal olarak reddedilme veya kaçınma, fiziksel şiddet ve sağlık hizmetleri, barınma, eğitim ve istihdam olanaklarından yoksun bırakılma ile karşılaşmışlardır (Ganesan vd., 2021).

Korku, endişe ve stres; algılanan veya gerçek tehditlerle ve belirsizlik veya bilinmeyenle karşı karşıya kalındığı zamanlarda gösterilen normal tepkilerdir. Dolayısıyla, COVID-19 salgını bağlamında insanların korku, kaygı ve stres yaşaması normal ve anlaşılabilir bir durumdur. COVID-19 gibi bir pandemide virüs kapma korkusuna ek olarak virüsün yayılmasını kontrol altına almak ve yavaşlatma çabalarını desteklemek için hareket alanları kısıtlandığından, bireylerin günlük hayatlarında önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Örneğin; evden çalışma, geçici işsizlik, çocukların evde eğitim görmeleri, aile üyeleri, arkadaşlar veya meslektaşlarla fiziksel temas eksikliği gibi yeni gerçeklerle karşı karşıya kalındığından, fiziksel sağlığın yanı sıra ruhsal sağlık durumu da bu değişikliklerden etkilenmiştir (World Health Organization, 2021).

Şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2 (SARS-COV-2) virüsünün neden olduğu Covid-19 küresel salgını; sosyal mesafe, maske kullanımı ve hijyeni gündemimize taşıırken, karantina gibi daha birçok zorunlu uygulamaları beraberinde getirmiştir. Zorunlu önlemler ve uygulamalar ise insanların günlük rutinlerini, işlerini, seyahatlerini ve etkinliklerini aniden değiştirmiştir. Oldukça bulaşıcı ancak görünmez olan virüs aynı zamanda, daha önce nötr durumları (sosyal etkileşim, birinin yüzüne dokunmak, bir konsere gitmek, birinin elini sıkmak ve sarılmak gibi) potansiyel olarak tehlikeli olarak algılanan durumlara dönüştürmüştür. Bu değişiklikler ve yaklaşan tehditler (hastalığa maruz kalma ve hastalığın olası sonuçları gibi) göz önüne alındığında, stres, anksiyete ve depresyonda artışlar olmuştur (Presti vd., 2020).

Yaşamın olağan akışının bozulması, hastalık korkusu veya olumsuz ekonomik etkilerden korkma gibi psiko-sosyal stres faktörlerinin bir sonucu olarak Covid-19 ile ilişkili artan stres semptomları, duygu durum bozuklukları, uyku bozuklukları, yorgunluk ve öz düzenlemede bozulmanın yanı sıra aşırı derecede sosyal medyaya maruz kalma, çevrimiçi kumar, çocuklarda yaşanan uyum

sorunları, alkol kullanımı ve aile içi şiddet gibi sorunlar da artmaya devam etmektedir. Artan bu sorunlar, toplumların ruh sağlığı için tehdit unsuru oluşturmaktadır (Goldman vd., 2020).

Öte yandan dünyanın dört bir tarafında insanlar; temel ihtiyaçlarını karşılamada zorlanmış, gelir kaybına uğramış, sınırlı alanda örneğin evde yaşamının zorluğunu deneyimlemiş ve okulların kapanması ile çocuklar uzun süre evde kalmışlardır. Tüm bu sorunlar hala yaşanmaya devam etmektedir. Bu durumlar bireylerin ruh sağlığı üzerinde etkiye sahiptir. Pandemi riski devam ederken, virüs kaynaklı belirsizliğin ve virüsün sonuçlarının ruh sağlığına etkilerini anlamak ve bu durumun olumsuz psikolojik etkilerini hafifletebilecek faktörleri belirlemek önemlidir (Gloster vd., 2020).

COVID-19 pandemisi; sosyal ilişkilerin azalması, ekonomik zorluklar ve evde kalma dahil olmak üzere ilgili sonuçlarıyla, bireylerin yaşamları boyunca ruhsal sağlıkları üzerinde olumsuz bir küresel etki oluşturmuştur (Vindegaard ve Benros, 2020). COVID-19, pandemi öncesine göre genel popülasyonun ruhsal sıkıntılarında bir artış meydana getirmiştir. Ayrıca nüfusun bazı kesimleri, özellikle kadınlar ve çocuklar bundan daha fazla etkilenmişlerdir (Pierce vd., 2020).

Özellikle ebeveynliğin ilk yıllarında sağlanan sosyal destek, annenin ruh sağlığı ve refahı için kritik bir bileşen olarak kabul edilmektedir. Sosyal desteğin, küçük çocukların annelerinde depresyon ve anksiyeteye karşı koruyucu bir faktör olduğu ve perinatal stres ile depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki ilişkiyi hafiflettiği bilinmektedir. Pandemi nedeniyle kamu sağlığı gereksinimleri (yani sosyal mesafe, karantina önlemleri ve evde kalma talimatları) nedeniyle, küçük çocukların annelerinin sosyal desteğe erişip aldıkları geleneksel mekanizmaların çoğu askıya alındı. Örneğin, aile veya arkadaşlarla bir araya gelebilme, diğer ebeveynlerle sosyalleşebilme veya oyun gruplarına ya da diğer etkinliklere katılabilmek engellendi. COVID-19 pandemisinin bir sonucu olarak, küçük çocuklu anneler, sosyal destek ve çocuk bakımı kaybı, istihdam kaybı ve artan mali baskı gibi önemli zorluklarla karşı karşıya kaldı. Pandemi öncesi tahminlere göre annelerde ruhsal sağlık sorunları, özellikle depresyon yaklaşık iki kat ve anksiyete üç kat artmıştır (Racine vd., 2022).

COVID-19 pandemisi küresel bir kriz olarak ilan edildiğinde, dünya çapındaki çocuk bakım kurumları ve okullar virüsün yayılmasını azaltmak için kapılarını kapattılar (Lee, 2020). Bağımsız olarak yaşamlarını sürdürebilen büyük çocukların aksine, bebekler ve küçük çocuklar sürekli ve düzenli gözetim gerektirir. Okulların ve çocuk bakım kurumlarının kapanması ebeveynleri, kendi işleri ve ebeveynlik sorumluluklarını dengelemek gibi zor bir görevle karşı karşıya bıraktı. Çoklu rollerin dengelenmesiyle ilişkili artan stres, anneler için ruhsal sağlık güçlüklerinde bir artış hızlandırmış olabilir (Sevilla ve Smith, 2020).

İstihdam ve gelir, ruh sağlığı için önemli faktörlerdendir. Birçok hanede, aile desteğinin kaybı ve çocuk bakımının olmaması, çalışma saatlerinin azalmasına veya istihdam gelirinin kaybına neden oldu. Küçük çocuklu ailelerde, babalara kıyasla bu durum özellikle anneler için geçerliydi. COVID-19 salgını sırasında

anneler için istihdam ve gelir kaybındaki eşitsizlik ‘annelik cezası’ olarak adlandırılmıştır (Dias vd., 2020).

COVID-19 salgını sırasında, özellikle ebeveynlerdeki istihdam kaybı, finansal stres ve gıda güvensizliği, anne ruh sağlığı güçlüklerinde artışta bir bağlam oluşturmuş olabilir (Racine vd., 2022).

COVID-19 salgını, bu hastalığın morbidite ve mortalitesini yönetmek için mücadele eden sağlık çalışanlarının fiziksel, duygusal ve ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden oldu. COVID-19 pandemisine özgü olumsuzluk oluşturan faktörler arasında; yetersiz sağlık politikaları, hastane yöneticileri ile sağlık çalışanları arasındaki sıkıntılar, yüksek hastalık oranları ve sağlık çalışanları arasındaki ölümler, tükenmişlik, kişisel güvenlikle ilgili endişeler, ailede enfeksiyon, hasta ölümleri, toplumun hastalık damgalaması, kişisel koruyucu donanım eksiklikleri, organizasyonel hazırsızlık, yaralanma deneyimleri, hastalara yardım konusunda güçsüzlük duyguları, yüksek düzeyde stres, kaygı, depresyon, psikolojik sıkıntı, travmatik semptomlar, uykusuzluk ve kötü uyku kalitesi gibi daha birçok faktör yer almaktadır (Ménard vd., 2022).

Ruh sağlığı hizmetlerinin mevcudiyeti ve kapsamının azalması, mevcut ruh sağlığı sorunları olan ve pandemi sırasında ruh sağlığıyla ilgili yeni zorluklar yaşayan kişiler üzerinde etkili oldu. Yüz yüze hizmetlere olan talep önemli ölçüde azalırken ve bazı insanlar karantina sırasında ruhsal sağlık sorunlarını bildirmek veya yardım istemek konusunda daha isteksizken, dijital ve tele-sağlık hizmetleriyle iletişim üzerindeki baskı arttı. Ancak, etkili ve ölçeklenebilir dijital ve çevrimiçi hizmetlerdeki bu artış, bazı risk altındaki grupları (engelli kişiler, bekar ebeveynler, önceden zihinsel sağlık sorunları olanlar) dışlama tehlikesiyle karşı karşıya bıraktı (McCartan vd., 2021).

2.4.3. COVID-19’un Ruh Sağlığı Hizmetlerine Etkileri

COVID-19 pandemisinin küresel olarak patlak vermesi, derin sosyal ve ekonomik etkilere neden oldu ve bir ruh sağlığı krizi oluşturma tehdidinde bulundu. Halkın COVID-19’a karşı olumsuz duygularında (örneğin, depresyon, korku, üzüntü ve kaygı) artışlar gözlemlenmiştir. Ayrıca, artan aşı prevalansı COVID-19’a yönelik olumsuzluğu azaltsa da ruh sağlığı hizmetlerine duyulan ihtiyacın arttığı görülmektedir. Birleşmiş Milletler, COVID-19’a yönelik politikalar ve ruh sağlığı konusunda harekete geçme ihtiyacı olduğu ve COVID-19 döneminde artan ruh sağlığı krizlerinin her ülke tarafından acilen planlanan hızlı müdahaleye değer bir öncelik olduğu sonucuna varmıştır (Wang vd., 2022).

Covid-19 sürecinde hemen hemen tüm ülkeler ruh sağlığı hizmetlerinde enfeksiyon kontrol önlemleri uygulamıştır. Önleme ve aktif gözetim çalışmaları; hastaları, personeli ve ziyaretçileri viral enfeksiyon açısından taramayı ve ziyaretleri sınırlamayı veya ortadan kaldırmayı içermektedir. Fiziksel mesafeyi artırmaya yönelik tedbirler arasında ayakta tedavi randevularının azaltılması, yalnızca acil sorunların tedavi edilmesini öneren triyaj protokollerinin benimsenmesi ve hastalar arasındaki teması en aza indirmek için vaka yüklerini yeniden yapılandırmak yer almaktadır. Bu süreçte grup psikoterapisi ve akran

destek toplantıları küçültüldü, iptal edildi veya çevrimiçi görüşmelere taşındı (Starace ve Ferrara, 2020; Vieta vd., 2020).

Yataklı psikiyatri birimleri; tecrit odalarını kullanarak, mevcut toplam yatak sayısını azaltarak, yatışa daha fazla kısıtlama getirerek ve yatış süresini azaltarak fiziksel mesafeyi teşvik etti. Bu çabalar, hastaların hastaneye yatmadan önce acil serviste SARS-CoV-2 açısından taranması ve enfeksiyon durumuna göre servislere tahsis edilmesini kolaylaştırmıştır. Kabul öncesi karantina dönemleri bazı ülkelerde etkili olmuştur; ancak pandemiden önce yetersiz yatak sayısına sahip olan özellikle düşük gelirli ülkelerde uygulamalarda sorunların yaşandığı bilinmektedir. Hastaneden kaynaklanan enfeksiyon riskini en aza indirmek için hızlı taburculuk, özellikle zorunlu olarak gözaltına alınan kişilerde kapsamlı etik ve uygulamaya yönelik soruları (örneğin, risk eşiği belirleme gibi) ortaya çıkardı (Holmes vd., 2020; The Lancet Psychiatry, 2020).

SARS-CoV-2 için mobil testler ve özel karantina tesisleri, evsizlere yönelik hizmetler arasında yer aldı. Hizmetlerde; ilaç yönetimi, hemşirelik, vaka yönetimi, mesleki müdahaleler ve akran desteği için tele-sağlığın yaygın kullanımı ve sanal toplantılar dahil, erişimi kolaylaştıracak değişiklikler teşvik edildi. Bazı durumlarda bu değişiklikler, teknolojinin daha geniş bir şekilde kullanılmasını sağlamak için gizlilik ve mahremiyetle ilgili kanunlarda ve mevzuatta değişiklik yapılmasını zorunlu kılmıştır (Carvalho vd., 2020).

Hizmetler aynı zamanda evde tedaviyi de güçlendirmiştir (evde bakım ve sözde evde hastaneye yatış dahil). Toplum temelli krize ve geçici bakım hizmetlerine ek olarak evde tedavi, Covid-19 akıl sağlığı hizmetlerinin önemli bir parçasıdır ve enfeksiyonun yayılmasını önlemek için gelecekteki hizmet yapılandırılmalarının anahtarı ve belki de bazı hizmet kullanıcıları ve aileleri için yatarak tedaviye daha kabul edilebilir bir alternatif olacaktır (Yao vd., 2020; Cucinotta ve Vanelli, 2020).

Çoğu ülke, ruh sağlığı desteğine nasıl erişileceğine dair rehberlik de dahil olmak üzere halk sağlığı protokollerini güçlendirmiştir. Politika değişiklikleri genel olarak; hizmetlere erişime, sigorta kapsamına, gizlilik yasalarına, ilaç erişimlerine, süresi dolmuş rapor veya reçetelerin sürelerinin uzatılmasına yönelik değişiklikleri kapsamakta olup ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Bu politikaların sonuçları değerlendirilmelidir. COVID-19 ile ilgili ruh sağlığına yönelik politikalar başlangıç niteliindedir ve iyi tasarlanmış uzunlamasına çalışmalarla desteklenmesi gerekir (Goldman vd., 2020).

Türkiye’de pandemi yönetiminin planlaması ve sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na verilmiştir. Bu anlamda özellikle yürütülen sürecin büyük oranda Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda gerçekleştirildiği göz ardı edilmemelidir. Türkiye’de ilk vaka görülmesinden çok önce 10 Ocak 2019 tarihinde Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Bilim Kurulu, virüsle mücadele politikalarının ana aktörü konumunda olmuş ve ilk mücadele sürecini yayınlamış olduğu “2019-nCoV Hastalığı Rehberi” ile başlatmıştır (Turan ve Çelikyay, 2020).

Türkiye’de COVID-19 tedavisi gören veya COVID-19 servis ve yoğun bakımlarda görev yapan kaygı düzeyi yüksek ve ruh sağlığı desteğine ihtiyaç duyan sağlık personeli ve çocukları için psikososyal destek sağlamak üzere T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından RUHSAD mobil uygulaması geliştirilerek 8 Nisan 2020 tarihinde kullanıma sunuldu. Aynı şekilde otizmlili ve diğer özel

gereksinimli çocuklarımız ve ailelerine evde kaldıkları süre boyunca yine gönüllülerden oluşan bir ekip ile destek verilmek üzere ayrı bir mobil uygulama geliştirilmiş, sistem üzerinden yurtdışında yaşayan vatandaşlarımız dahi faydalanma imkânı bulmuştur (İşlek vd., 2020). Ülkemizde mevcut durumda uygulanmakta olan e-sağlık uygulamalarının yanında pandemi sürecinde uygulamaya konulan Hayat Eve Sığar, RUHSAD ve Özel Çocuklar Destek Sistemi gibi uygulamaların faydası önemli ölçüde görülmüştür (Cansever, 2021).

2.4.4. COVID-19'un Politika Oluşturma Sürecine Etkileri

Evrensel olarak COVID-19'un politika değişikliği için koşullar oluşturduğu, pandemi sürecinde birçok politika değişikliği meydana getirdiği ve çağdaş siyasetin ve politika oluşturmanın doğasına ilişkin dersler ürettiği açıktır. Örneğin; e-devlet platformlarının hızlandırılması ve geliştirilmesinin yanı sıra, ruh sağlığı ve kriz danışmanlığı hizmetlerine uzaktan erişim, olası krize hazırlıklı olmada iyileştirmeler sağlayan politika değişiklikleri arasındadır (Mintrom ve True, 2022).

COVID-19 salgını, hükümet dahil olmak üzere toplumun birçok alanında standart uygulamalarda birçok değişiklikle sonuçlandı. Sosyal mesafeyi korumak adına parlamento ve yasama süreçlerinin askıya alındığını görmek olağandı. Politika geliştirme, bakanlık brifingleri, komite oturumları ve olağan rutinlerin çoğu terk edildi. Krizin daha geniş politika tartışmalarını kısıtladığı sonucuna varmak da doğru olur. Kriz, aynı zamanda, çeşitli istenmeyen sonuçlara yol açabilecek birçok 'anında politika' oluşturulmasına neden oldu. Her şeyin COVID-19 ve yayılmasının nasıl sınırlandırılacağı hakkında olduğunu söylemek zor olsa da krizin her yerde siyasi liderlerin zihnini meşgul ettiği kesinlikle açıktır. COVID-19 yeni politika tartışmaları için bir alan açtı (Mintrom ve True, 2022).

Dünyada neredeyse dokunmadığımız bir tek canlı ve cansız bırakmadığımız bugünün küresel ve modern dünyası, aslında daha öncekilerin benzeri olduğu halde Covid-19 virüsüne, dünyamızda daha öncekilerle neredeyse mukayese bile edilemeyen yepyeni bir konumlanma imkânı vermiştir. Bu özel ve yeni konumlanma biçiminin insanlığa ve dünyaya neler getirip neleri götüreceği ise yepyeni tartışmaların kapısını aralamış durumdadır (Yazıcı, 2020).

Yaşadığımız pandemi süreci bilimsel yaklaşımın değerini yeniden gözler önüne sermiştir. Bilimin gereği olarak, zaman içinde yeni görüşlerin ortaya atılması, eskiden belirlenmiş doğruların yeni veriler ışığında değişebileceği ve bu durumun "çelişkiler" olarak değerlendirilmemesi kabul edilmelidir. COVID-19 salgını süresince yaşananlar bu duruma bir dizi örnek içermektedir. Unutmayalım ki, bir salgınla mücadelede elimizdeki tek etkili yol bilimsel çalışmaların önderliğinde bulunacak çözüm yollarından geçmektedir ki bu hedefe ulaşma, ancak bilime, bilimsel çalışmalara öncülük görevi vererek sağlanabilir. Günümüzde bilime güven duyulmasına, bilimin de güvenilir olmasına çalışmak daha da önem kazanmıştır. Geline bu aşamada "sağlam ve doğru bilime" her zamankinden daha çok ihtiyacımız vardır (World Health Organization, 2022).

2.4.5. COVID-19'un Sağlık Sistemlerine Etkileri

COVID-19 salgını tüm dünyada ülkelerin sağlık sistemlerini ve sağlık politikalarını etkiledi ve etkilemeye de devam etmektedir. Ülkelerin sağlık sistemleri de bu politikalardan etkilenmiş ve neoliberal politikalar sağlık hizmeti sunumu, hizmet finansmanı gibi konularda ülkelere yön vermiştir. Sağlık sistemleri dinamik bir yapıya sahiptir ve 'en iyi sağlık sistemi'ni tanımlamak mümkün olmadığı gibi her zaman aynı sağlık sistemi içinde bulunmak da doğru olmayabilir. Ülkelerin kültürlerine, ekonomik yapılarına, tarihsel gelişimlerine, ideolojik birikimlerine ve yaşam tarzlarına göre farklılık gösteren sağlık sistemleri için bu özelliklere uygun olarak geliştirilen sağlık politikalarının toplumda daha işlevsel ve uygulanabilir olacağı belirtilmektedir. Farklı koşullar altında şekillenen sağlık sistemlerinin karşılaştıkları krizlere verdikleri tepkiler de farklılık göstermektedir. Küresel bir pandemi olarak COVID-19 hem sağlık politikalarının uygulanabilirliğinin gözden geçirilmesi hem sağlık hizmetlerinin gözden geçirilmesi ve hem de yeni politikalara geçiş için fırsatlar sunmuştur (Sarıyıldız, Paşaoğlu ve Yılmaz, 2021).

Bu bağlamda tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi birçok ülkeyi sağlık politikalarını sorgulamaya ve gözden geçirmeye zorlamıştır. Sağlık sistemlerinin yapısı, sağlık personeli sayısı, yoğun bakım yatak sayısı, solunum cihazı, tıbbi sarf malzemeleri ve sosyal sigortaların kapsamı bunlardan bazılarıdır (Altınkaya, 2020). Diğer bir sorun da maske, eldiven, tulumlar ve siperlik gibi malzemelere erişimdeki zorluklardır. Ülkelerin üretim kapasiteleri bu malzemeleri kısa sürede ve yeterli miktarda temin etmeye yeterli değilken, pandemi döneminde bu ihtiyaçları diğer ülkelere temin etmek de kolay olmamıştır. Dolayısıyla pandemi sürecinde ülkelerin sağlık sistemleri ciddi bir sınavdan geçmek zorunda kalmıştır (Sarıyıldız vd., 2021).

Amerika Birleşik Devletleri, pandemi vaka ve ölüm sayısı büyüklüğü açısından dünyada ilk sırada yer almaktadır. Piyasa odaklı uzmanlaşmış bir sağlık sistemine sahip olan ABD'de sağlık hizmetlerinin organizasyonu çok parçalı ve merkezi olmayan bir yapıya sahiptir. Özel sektör, hizmet sunumu ve finansmanında baskındır. Sağlık sisteminin bu yapısı hizmetlere erişimde eşitsizliğe neden olmaktadır. Ayrıca süregelen sosyoekonomik, ırksal ve sağlık eşitsizlikleri ABD'nin diğer ülkelere kıyasla Covid-19'dan orantısız şekilde etkilenmesine neden olmuştur. Ülkenin en önemli halk sağlığı kurumu olan CDC pandemi mücadelesi için bilimsel ve teknik rehberlik sağlarken, federal yönetim, pandeminin etkisini hafife almaya çalışarak halk sağlığı önlemleriyle ilgili kararları almakta ve uygulamakta gecikmiştir. Merkezi planlama ve müdahale eksikliği, pandemi savunmasızlığı ve pandemiye yanıt açısından eyaletler arasında büyük farklılıklar oluşturmuştur. Düşük sosyoekonomik gruplar, işsizler, sigortasızlar, uzun süredir huzurevinde kalanlar, Siyahlar ve Kızılderililer, göçmenler ve mülteciler gibi nüfus grupları salgından en çok etkilenenler oldu. Ancak federal hükümetin değişmesi ABD'de pandemi ile mücadeleyi bilimsel temellere oturtmuş, halk sağlığı önlemleri ve aşı ile pandeminin olumsuz seyri önlenmiştir (Çağlayan, 2022).

Finlandiya sağlık sistemi, hizmet sunumunun yerel yönetimler tarafından yürütüldüğü ve birinci basamak hizmetlerinin diğer Avrupa ülkelerine göre daha

geniş bir kapsama sahip olduğu merkezi olmayan bir yapıya sahiptir. Ülkede, Ocak 2020 sonunda ilk koronavirüs vakasının görülmesi ile birlikte hızla pek çok tedbir ve kısıtlama kararı alınmış, bu kararların bir kısmı mevcut pandemi planları ve Bulaşıcı Hastalıklar Yasası uyarınca gerçekleştirilirken, bir kısmı acil durum yetkileri kapsamında uygulamaya konulmuştur. Zamanla, kısıtlayıcı önlemlerin kontrollü bir şekilde gevşetildiği ve test, izleme, izolasyon ve tedaviye odaklanan bir yaklaşımın izlendiği hibrit bir yaklaşım benimsenmiştir. Maske önerileri ve bilgi paylaşımı konusunda ilk haftalarda yaşanan sorunlar açık iletişim yaklaşımıyla aşılmış ve toplumun çoğunluğunun katılımı sağlanmıştır. Güçlü bir birinci basamak sağlık altyapısı, pandeminin ilk haftalarında alınan önlemler ve etkili bir salgın iletişim stratejisi, diğer birçok Avrupa Birliği ve Kuzey Avrupa ülkesine kıyasla pandemi yönetimindeki başarılarının ana itici gücü olarak kabul edilmektedir (Yavuz-Sarı, 2022).

Singapur, Covid-19 pandemisine karşı başarılı bir mücadele gösterdi. Singapur konumu, iklimi ve turizmi nedeniyle her zaman bulaşıcı hastalıklara eğilimli olmuştur. Geçmişteki SARS salgınıyla mücadele ederken alınan dersler, ülkenin pandemiye mevcut yaklaşımına rehberlik etti. Singapur'un ilk vakası, 23 Ocak 2020'de Wuhan'dan gelen 66 yaşındaki bir hastanın pnömöni semptomları göstermesi ve PCR testinin pozitif çıkması ile doğrulanmıştır. Ülke, salgınla mücadele için çok boyutlu bir gözetim yaklaşımı benimsedi. Bu, güncellenmiş vaka tanımlarını, temaslı izlemeyi, farklı hasta gruplarında (solunum yolu enfeksiyonları ve yoğun bakım başvuruları) genişletilmiş surveyansı ve doktorlar için artan test fırsatlarını ve ayrıca bulaşıcı nedenlerden ölümlerin etiyojisinin araştırılmasını içermektedir (Uçku vd., 2022).

Fransa'da, Covid-19 salgınının başlangıcından Nisan 2021'in sonuna kadar, Covid-19 nedeniyle 430.000'den fazla hastaneye yatış ve 103.000'den fazla ölüm meydana gelmiştir. Covid-19 krizi, son yıllarda dönüşüm içinde olan Fransız sağlık sistemini hazırlıksız yakaladı. Salgının başlangıcında personel ve mali açıdan sıkıntı yaşayan hastaneler, maske ve testlerin yetersizliği, birincil seviyenin hemen devreye alınmaması salgınla baş etmeyi zorlaştırdı. Virüsün dolaşımını engellemek için uygulanan kapatmalar, sağlık hizmetlerine erişmenin ve sürdürmenin ne kadar önemli olduğunu ortaya koydu. Fransa'da sosyal eşitsizliklerin derinleşmesi temelinde sosyoekonomik açıdan dezavantajlı grupların ve çalışmaya devam etmek zorunda olan işçilerin salgından daha fazla etkilendiği ve bu bölgelerde Covid-19 kaynaklı ölümlerin daha yüksek olduğu görülmektedir (Türk, 2022).

Brezilya, teyit edilen vakalar açısından dünyada üçüncü, ilişkili ölümlerde ise ikinci sırada yer almakta ve aynı zamanda en az test yapılan ülkelerden biridir. Covid-19 salgınına hazırlıksız giren Brezilya'da hükümet bu salgını hafife almış, aşırı reddetmiş, Covid-19 ile ilgili gerçek verileri toplumdan gizlemiş ve mücadelede kamusal önlemlere karşı çıkmıştır. Merkezi düzeyde önlemler almak yerine, mali yük yetersiz kalan eyaletlere ve belediyelere bırakıldı. Fiziksel mesafe ile ilgili önlemler sınırlı kaldı ve sadece sınırlı sayıda eyalette uygulandı; bu tür önlemler, merkezi hükümetin Haziran 2020'de aldığı bir kararla tamamen kaldırıldı. Pandeminin yalnızca ilk dört ayında üç sağlık bakanı değiştirilmiştir. Ne hastaneler ne de yoğun bakımlar sağlık hizmeti talebini karşılayamadığından, sağlık sistemi çökme eşiğine gelmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine ise hak ettiği önem verilmemiş, salgında aktif rol alamamış,

bazı rutin hizmetler dijital/uzaktan sağlık hizmetleriyle sürdürülmüştür. Sağlık Bakanlığı, 2021'in ilk yarısında yüksek riskli gruplarda Covid-19 aşılarının tamamlanması için taahhütte bulunmasına rağmen başarısız olmuştur (Özkan, 2022).

Norveç, Amerika Birleşik Devletleri ve İsviçre'den sonra kişi başına en yüksek sağlık harcamasına sahip ülkedir ve sağlık harcamalarının önemli bir kısmı kamu kaynaklarından karşılanmaktadır. Ülkede doğumda beklenen yaşam süresi, çoğu Avrupa ülkesinden daha uzun olan 82,8 yıldır. Norveç sağlık sisteminde, belediyeler temel sağlık hizmetlerinden ve uzun süreli bakım hizmetlerinden sorumluyken, devlet uzmanlaşmış sağlık hizmetlerinden sorumludur. Norveç'te Covid-19 pandemisi ile ilgili süreç 23 Ocak 2020 tarihinde başlamış; pandemi yönetimi ise Sağlık ve Bakım Hizmetleri Bakanlığı ile ona bağlı Norveç Sağlık Müdürlüğü ve Norveç Halk Sağlığı Enstitüsü tarafından yürütülmüştür. Pandemiye sürece erken müdahale edildiği gözlenmektedir. Başarıyı etkileyen bir başka faktör ise pandeminin erken dönemlerinde yüksek sayıda test yapılarak vakaların kontrol altına alınmasıdır. Pandemiye yanıtta merkezi yönetimin temel göstergeleri izlem, denetim ve kaynakların dağıtım düzeyinde, yerel yönetimlerin ise ihtiyaçların belirlenmesi, erken tanı ve yanıt düzeyinde organize edilmesiyle olmuştur (Öntaş ve Yavuz, 2022).

Almanya'nın ilk Covid-19 vakaları Ocak 2020'nin sonunda Bavyera eyaletinde teşhis edilmiştir. Pandemiye birinci dalgası olarak kabul edilebilecek olan 2020 yazı sonuna kadar devam eden dönemi Almanya yüksek vaka sayısı, fakat olgular arasında görece düşük ölüm oranı ile geçirmiştir. Verilerin dikkatli yorumlanmasını gerektiren nedenlerin varlığına rağmen, Almanya'nın birinci dalganın yönetiminde nispeten başarılı olduğu söylenebilir. Bu başarı, Robert Koch Enstitüsü gibi bilim kurumlarından, pandemiye erken müdahale, yaygın ve ücretsiz test, kısa sürede başlayan temaslı izleme, güçlü yoğun bakım kapasitesi, etkin salgın iletişimi ve yerel özel durumlara göre alınan kararlardan kaynaklanmaktadır. Öte yandan sağlık iş gücü ve koruyucu ekipman eksikliği de bu başarıyı gölgeleyen unsurlar oldu. İkinci dalgada yaşananlar ise Almanya'da pandeminin ve toplumsal kısıtlamaların kapitalizmin meydana getirdiği eşitsizlikleri nasıl derinleştirdiğini, tedavi edici hizmetleri ve teknolojiyi merkezine koyan ve neoliberal reformların baskısı altındaki bir sağlık sisteminin uzun süren bir krizin yönetimini devam ettiremeyeceğini ortaya koymuştur (Öcek, 2022).

Güney Afrika'da ilk vaka 5 Mart 2020'de tespit edilmiş ve güçlü halk sağlığı önlemleri ve sokağa çıkma yasakları uygulanarak enfeksiyon alanı minimumda tutulmuştur. Bu kapanmada, nüfusun sosyoekonomik durumunun etkisi ile pandeminin kendisinden daha ciddi ikincil sağlık sorunlarının oluşmasına ilişkin belirsizlik devam etmektedir. Ülkede profesyonel sağlık uzmanlarından oluşan bir danışma kurulu oluşturulmuş ve bu konuda komisyonun rehberliğinden yararlanılmıştır. Halkın bilgilendirilmesine yönelik yürüttükleri çok yönlü çalışmalar mevcuttur. Güney Afrika'nın salgın yönetiminde erken kapanma önlemleri uygulaması başarılı bir girişim olarak kabul edilirken, sağlık sisteminin kapasitesi ve sağlık çalışanlarının genel durumu hakkında yetersiz bilgi bazı zayıf yönler olarak kabul edilebilir (Ören ve Sarıkaya, 2022).

Pakistan'daki sağlık hizmeti sunum sistemi, kamu ve özel sektörden oluşmaktadır. Pakistan, sağlık hizmetini üç katmanlı bir sağlık hizmeti sunum sistemi ve bir dizi halk sağlığı müdahalesi aracılığıyla sağlamaktadır. Sağlık sistemi, her biri farklı yapılara sahip bazı devlet veya yarı devlet kuruluşları tarafından finanse edilmekte ve nüfusun yaklaşık %10'unun sigorta kapsamında olduğu görülmektedir. Pakistan'da Covid-19 pandemi süreci Ulusal Sağlık Hizmetleri Düzenleme ve Koordinasyon Bakanlığı tarafından yönetilmektedir. Covid-19 ile ilgili günlük raporlar ve güncellemeler resmi web sitesinde paylaşılmakta olup; ilk koronavirüs vakası 26 Şubat 2020'de Karaçi'den bildirilmiştir. Covid-19 pandemisinin ilanından sonra Pakistan hükümeti Covid-19 ile başa çıkmak için çeşitli önlemler aldı; ancak pandemi sürecinde sınırlı test kapasitesi, kişisel koruyucu ekipman teminindeki yetersizlik, enfeksiyon önleme ve kontrol eksikliği, sağlık tesisleri uygulamaları gibi bazı sorunlar tespit edilmiştir. Uluslararası kuruluşlar, enstitüler ve meslek kuruluşlarının desteğiyle sorunların giderilmesine yönelik kampanyalar başlatılmış ve sağlık hizmetleri iyileştirilmiştir. Ayrıca Covid-19 hakkında halkı bilgilendirmek için çalışmalar yapılmıştır (Daymaz, 2022).

İngiltere'nin Beveridge'in Ulusal Sağlık Hizmetinden kaynaklanan sağlık sistemi, tüm toplumu kapsar ve büyük ölçüde genel vergilerle finanse edilir. Sağlık ve Sosyal Yardım Yasası ile yeni oluşumlar kurulmuştur. Birinci basamak hekimleri kapı tutucu rolündedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri "tröst" adı verilen devlete ait hastanelerde verilmektedir. İngiltere'de Covid-19 pandemisi için etkin bir hazırlık yapıldığı söylenemez. İlk vaka 30 Ocak 2020'de, ilk ölüm ise 2 Mart 2020'de görülmüştür. Covid-19'a ulusal müdahale, Halk Sağlığı-İngiltere ve birçok bilimsel danışma grubu tarafından merkezi olarak yönetilmektedir. Pandemi ile mücadelenin sloganları; pandeminin başlangıcında "Sakin ol ve devam et", Mart 2020 sonunda "Evde kal, UHS'yi koru, hayat kurtar", Mayıs 2020'de "Dikkatli olun, virüsü kontrol altına alın ve hayatları kurtarın", Ağustos 2020'de ise "Ellerini yıka, maske kullan ve mesafeyi koru." Olmuştur. Yaşam beklentisinin en düşük olduğu yoksun bölgeler, pandemiden en çok etkilenen bölgelerdir. Olumsuz bir tabloyla pandemiye yakalanan İngiltere sağlık sisteminde, mevcut sorunlar daha da derinleşmiştir (Usturalı-Mut, 2021).

Suudi Arabistan'da ilk Covid-19 vakası 2 Mart 2020'de görülmüştür; ancak Suudi Arabistan'da ilk Covid-19 vakasının görülmesinden bir ay önce, "Hepimiz sorumluyuz" ulusal sloganı ile çeşitli koruyucu önlemler alınmıştır. Bu sayede hastalığın yayılması ve ölü sayısı kontrol altında tutulmuştur. Daha önce ülkede yaşanan MERS-CoV salgını deneyimleri de Covid-19 salgını ile mücadelede kullanılmış ve bu nedenle süreç Avrupa ülkelerine göre daha başarılı bir şekilde yönetilmiştir (Canbaz ve Karaca, 2021).

Japonya, yüksek yaşam standardı, gelişmişlik düzeyi, güvenlik ve istikrar ile dünyanın en büyük üçüncü ekonomisidir. Japonya, parlamenter hükümet sistemine sahip anayasal bir monarşidir. Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı, Japon sağlık sistemindeki merkezi kuruluştur. Japonya'nın sağlık sistemi, nispeten düşük bir maliyetle mükemmel sağlık sonuçları ile karakterizedir. Diğer OECD ülkeleriyle karşılaştırıldığında, Japonya sağlık sisteminin temel niteliklerinin başında, hastane yatağı sayısının fazlalığı ve hastanede yatış sürelerinin uzun olması gelmektedir. Japonya'nın yasal sağlık sigortası sistemi,

bütün vatandaşları kapsayıcı nitelik taşır. Çin'e yakın olmasına, iki ülke arasındaki yüksek yolcu hacmine, daha yaşlı bir nüfusa ve yüksek kentsel yoğunluğa rağmen Japonya, Covid-19 salgınına kontrol edebilmiştir. Japonya'nın Covid-19 ölüm oranını nispeten düşük tutabilmesindeki temel nokta, bulaşıcı hastalık tehditlerine dirençli sağlık sisteminin varlığıdır. Sistem üç temel işlevden oluşmaktadır: Sağlık yönetiminin tam merkezinde yer alan halk sağlığı işlevi ve toplum sağlığı merkezleri, ileri tıbbi imkanlarla desteklenen klinik hizmetler ve insanların sağlık bakıma erişimini sağlayan ulusal sağlık sigortası sistemidir (Ceylan, 2021).

Endonezya'da Mart 2020 sonunda tüm şüpheli vakalara farklı kurumların koordinasyonunda PCR testleri yapılmıştır; ancak Güney Kore, Çin ve Japonya gibi aynı bölgedeki ülkelere kıyasla daha az PCR testi uygulanmıştır. Tüm bu eksikliklere rağmen ülkenin pandemiye hazırlıklı olmadığı, mevcut sürecin şeffaf yönetilmediği, toplumun katılımının sağlanmadığı ve eleştirel görüşlerin dikkate alınmadığı gözlemlenmiştir. Ülkede kurumsallaşmış bir birinci basamak sağlık hizmeti modelinin olmaması, sağlık hizmetlerinde özel sektörün önemli bir role sahip olması ve sağlık hizmetlerinin yerinden yönetimi Endonezya'da pandemi ile mücadelede zayıflık nedeni olarak ortaya çıkmıştır (Akgün, 2022).

Rusya Federasyonu'nda 31 Ocak 2020'de başlayan salgın, Nisan 2020 ve Mayıs 2020'de zirve yapmıştır. Haziran 2020 itibariyle normalleşme süreci kademeli olarak başlamıştır. Rusya, dünyada en fazla vaka görülen dördüncü ülke konumundadır. Salgınla mücadelede öncelikle vaka ve temasların takip edildiği bir sistem kurulmuş olup; izleme sırasında büyük şehirlerde yüksek teknolojiye sahip tesisler kullanılmıştır. Rusya'nın otoriter yapısı nedeniyle verilerin güvenilirliği konusunda tartışmalar yaşanmaktadır. Bu nedenle salgının sonuçlarını sağlık sisteminde yaşanan dönüşümle ilişkilendirmek çok doğru değildir. Bir salgınla mücadelede en önemli adım düzenli veri akışının sağlanmasıdır. Çağımızın bilişim teknolojilerinin imkanları düşünüldüğünde bu konudaki en büyük engelin siyasi tercihler olduğu düşünülmektedir (Bakar, 2021).

İsveç bu sınava 82,5 yıl doğumda beklenen yaşam süresi ve önlenebilir ve tedavi edilebilir nedenlere bağlı düşük ölüm oranlarıyla girmiştir. Diğer tüm karşılaştırmalarda olduğu gibi İsveç'in de Covid-19 stratejisini değerlendirmek için benzer ülkelerle karşılaştırılması gerekiyor. Diğer İskandinav ülkeleri bu karşılaştırma için uygundur. Bu kıyaslamada İsveç stratejisinin başarısızlığı açıkça görülmektedir. 2019'a kıyasla 50 yaşında beklenen yaşam süresi, İsveç için 1 yıl, Stockholm için 1,5 yıl azalmıştır. Ölümün %40'ı huzurevlerinde ve %91'i 70 yaşın üzerindedir. Uygulanan strateji ile "sürü" bağışıklığı oluşturulamadı, risk altındakiler korunamadı ve ekonomisi benzerlerinden daha iyi değildir. Bununla birlikte, alınan diğer ekonomik önlemlerle yüksek güven kültürü korunmuştur. Buna rağmen başta bilimciler olmak üzere aykırı sesler giderek yükselmektedir. İsveç bir başarı örneği olabilirdi, bu şansa sahipti. Ancak insan ve sistem arasındaki tercihte insanı tercih etmediği görülmektedir. Bu devam ettikçe, yeni salgınlar kaçınılmaz olacaktır (Taner, 2022).

Çin Halk Cumhuriyeti'nde, kuruluşundan bu yana geçen 70 yılda sağlık sisteminde köklü değişiklikler meydana gelmiş ve yapılan son reformlarla birinci basamak sağlık hizmetleri yeniden ön plana çıkmaya başlamıştır. 2002

yılındaki SARS tecrübesi, ülkenin sürveyans sisteminin güçlenmesini ve daha sağlıklı hale gelmesini sağlamıştır. 2019 yılının son ayında, Wuhan şehrinde bir hayvan pazarı ile ilişkili nedeni bilinmeyen pnömoni vakalarının tespiti, gözetim sistemini devreye soktu. Salgın kontrolü için merkezi hükümet, hasta sayısının yüksek olduğu eyalet ve şehirlerde doğrudan hizmet veren ve bilim insanlarıyla iş birliği yapan alt birimlerle iletişim halinde çalıştı. Ek olarak, kamuoyunu güncel tuttu ve sıkı önlem kararlarını hızlı bir şekilde uyguladı. Salgının yoğunluğuna göre ülke bölgelere ayrıldı, her bölge için uygun hedefler oluşturuldu, hasta ve temaslı gruplaması yapıldı. Böylece solunum yolu ile bulaşan hastalığın daha geniş topluluklara yayılması mümkün olduğunca sınırlandırılmıştır. Sağlık çalışanları, kişisel koruyucu ekipman, yatak sayısı gibi sağlık hizmetlerindeki eksiklikler ve sorunlar tespit edilmiş, ihtiyaç duyulan alanlara takviye yapılmıştır. Pandeminin tüm dünyaya yayıldığı Mart 2020'de alınan önlemler sonucunda Çin'de vaka ve ölüm sayısı önemli ölçüde azalmıştır. Aşılama ve yeni tespit edilen vakaların olduğu alanlarda hızla alınan tedbirler, vaka sayısının düşük devam etmesini sağlamıştır. Tüm uygulamalar dikkate alındığında Çin Halk Cumhuriyeti'nin koronavirüs pandemisine karşı başarılı bir sağlık yönetimi uyguladığı söylenebilir (Düzel, 2021).

Avustralya sağlık sistemi, Federal Hükümet tarafından vergilerle işletilen Medicare olarak bilinen zorunlu sigorta planından ve özel sigorta planlarından oluşan karma bir sistemle yönetilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri ve kamu hastaneleri, Federal Hükümet ve Medicare kapsamındadır. Ancak sistem dış hekimliği, göz ve fizyoterapi gibi alanlarda tedavi masraflarını karşılamamaktadır. Bu karma sistemde, Avustralyalıların üçte birinin özel sigortası vardır. Liberal Avustralya sistemindeki bu sağlık finansman programı hem birincil hem de ikincil sağlık hizmetlerinde karşımıza çıkmaktadır. Avustralya'da 25 Ocak 2020'de ilk vaka ve 1 Mart 2020'de ilk ölümlerle başlayan Covid-19 pandemisi iki dalga şeklinde ilerledi. Pandemi döneminde sınırların kapatılması, çalışanlara esnek çalışma düzeni ve finansal destek getirilmesi ve sosyal faaliyetlerin engellenmesiyle ilk dalga aşıldı. İkinci dalga, tedbirlerin gevşetilmesi sonucu ortaya çıktı ve kısıtlamaların geri getirildiği Kasım 2020'de azalışa geçti. Bu durumun uygulanan kısıtlamalar, eyaletler arası sınırların kapatılması da dahil olmak üzere sıkı kapatma önlemleri, Federal Hükümet tarafından mali destek sağlanması, önlemlerin ağır para cezası ve hapis cezası ile uygulanmasından ve bir ada ülkesi olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Ancak sağlık hizmetlerinde eşitsizliklerin olduğu ülkede Aborijinler, göçmenler ve yabancı öğrenciler gibi gruplar pandemiden olumsuz etkilenmiş, işsizlik oranları artmış, turizm sektörü etkilenmiş ve sanatla ilgili çeşitli faaliyetler askıya alınmıştır. Avustralya Tabipler Birliği, rehavete kapılmadan önlemlerin sürdürülmesini önermiştir (Özyurda, 2021).

İtalya, Covid-19 pandemisinde Avrupa'da vakaların görüldüğü ve salgının ciddi boyutlara ulaştığı ilk ülkedir. İtalya'daki kapsayıcı ulusal sağlık sistemi, büyük ölçüde vergilerle finanse edilen, merkezi olmayan, bölgesel tabanlı bir hizmetle karakterizedir. İtalya, doğumda beklenen yaşam süresi ve diğer sağlık göstergeleri açısından Avrupa Birliği ülkelerinin ortalamasından daha iyi performans göstermekte olmasına rağmen, sağlık harcamaları ve kişi başına düşen hastane yatak sayısı Avrupa Birliği ortalamasının altındadır. Covid-19 vakalarının başlamasının ardından hızlı artış nedeniyle en yüksek vaka sayısına

Mar 2020'de ulaşılırken, bunu Nisan 2020'den sonra vaka sayısındaki düşüş takip etti ve Ağustos 2020'den itibaren 2. dalga başladı. İtalya'da vakaların başlamasıyla birlikte alınan tedbirlere yaklaşık 1 ay sonra sokağa çıkma yasağı uygulamalarıyla devam edildi. Toplum için maddi ve psikolojik destek sistemleri hayata geçirilmiştir. Bilim kurulu oluşturulmuş, toplum bilgilendirilmiş ve şeffaf bir şekilde veri paylaşımı yapılmıştır. Genel pratisyenler ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde oluşturulan yeni mekanizmalar, vakaların yönetiminde önemli rol oynamıştır. Ancak vakalardaki hızlı artış nedeniyle hastane ve yoğun bakım kapasitelerindeki zorluklar ve sağlık çalışanlarının enfeksiyon oranının yüksek olması gibi sorunlar ortaya çıkmıştır. Sistemin yerinden yönetimi, yatak sayısı ve sağlık çalışanı sayısının yetersizliği, salgının erken başlaması, etkili önlemlerin gecikmesi, toplumun demografik yapısı, kronik hastalıkların yüksek düzeyde olması, test politikaları, sosyal yaşam özellikleri ve pandemi sırasında hastaneciliğe öncelik verilmesi ve planlama eksikliği gibi faktörler bu sonuçlar üzerinde etkili olmuştur. Salgın sürecinde çeşitli çözümlerin hızla geliştirilmiş olmasına rağmen, İtalya'daki sağlık sistemi gözden geçirilmelidir (Çöl, 2021).

Kanada'da Ocak 2020'den itibaren Covid-19 vakaları görülmüştür. Ülkenin sağlık sisteminin var olan sorunları ve ülkedeki ekonomik ve sosyal eşitsizlikler pandemi süresince daha da belirginleşmiş, yüksek enfeksiyon ve ölüm sayılarına neden olmuştur. Covid-19 gerçekleriyle yüzleşmenin ve yetkililerin önlem almasının gecikmesi, testlerin ve kişisel koruyucu ekipmanların eksikliği, bakım evlerinde yaşanan uzun süreli yapısal sorunlar, sağlık çalışanları arasında ve bakımevlerinde yüksek enfeksiyon oranları ile sonuçlanmıştır. Pandemiye takip eden aylarda, güçlü epidemiyolojik kontrol çalışmaları ve vatandaşların bu önlemlere yüksek uyumu ile pandemi erken dönemlere göre kontrol altında tutulabilmiştir (Ünal ve Köse, 2021).

İsrail, Covid-19 pandemisine hızlı ve erken müdahale eden ülkelerden biridir. Güçlü birinci basamak altyapısı, merkezi yönetim ve evrensel güvence sağlamayı amaçlayan Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu; pandeminin ilk günlerinden aşı kampanyasına kadar Covid-19 pandemisinin yönetiminde önemli ve kolaylaştırıcı rol oynamıştır. Halk sağlığı açısından değerlendirildiğinde; özellikli ve kırılgan gruplarda yüksek vaka sayıları ve düşük aşılama oranları ile İsrail örneği, pandemi özelinde alınan sosyal yaşamı düzenleyen kararların kültürel kabul edilebilirliğinin önemini ve Covid-19 aşı hizmetine erişimde rol oynayan sağlıkta eşitsizliklerin genel başarının altında gizlenebileceğini göstermiştir (Turunç, 2021).

Yeni Zelanda, 2000'li yılların başından itibaren farklı gruplar arasındaki sağlık eşitsizliklerini azaltmak için sağlık sistemini dönüştürdü; ancak ülke pandemiye hazırlıksız yakalandı. Yeni Zelanda, Covid-19 yükünün sağlık kapasitesini çok aşabileceğini gördükten sonra eliminasyon stratejisine geçerek pandemi ile mücadelede başarılı oldu. Bilimsel zemini olan kontrol önlemlerinin erken zamanda, kesin ve çabuk karar verilerek uygulanmaya konulması ve halkın da bu duruma uyum göstermesi başarıda büyük rol oynamıştır. 1 Mayıs 2021 itibarıyla, ülkede kontrol önlemleri en alt seviyede devam etmektedir (Emecen ve Üstüner, 2021).

Polonya, pandemiye kısmen yetersiz sağlık insan g¼c¼ ve sağlık altyapısıyla yakalanmıştır. Yine de ilk vaka ortaya ıkımadan ¼nce salgınla m¼cadele için hazırlıklar yapılmış ve hukuki alt yapı hazırlanmıştır. İlk Covid-19 vakası 4 Mart 2020'de rapor edilmiş ve başlangıçta sağlık hizmetlerinin yetersiz kalacağı endişesiyle salgına karşı sert ¼nlemler alınmıştır. Bunlar arasında sınırların kapatılması, zorunlu olmadıkça sokağa çıkılmaması, ikiden fazla kişinin bir arada bulunmaması, okulların, k¼lt¼r kurumlarının, ¼niversitelerin ve alışveriş merkezlerinin kapatılması yer almaktadır. ¼lke ilk dalgayı diğer Avrupa ¼lkelerine g¼re oldukça hafif atlattımış, bu d¼nemde g¼nl¼k vaka sayıları beş y¼z¼n altında seyretmiştir. Ancak yaz aylarında diğer ¼lkelere benzer olarak alınan ¼nlemlerde belirgin bir gevşeme yaşanmıştır. Eyl¼l 2020'ye kadar 1000 kişinin altında kalan yeni vaka sayısı bu tarihten itibaren hızla artarak 30 bine ulaşmış ve bu d¼nemde Polonya'nın komşuları ve Avrupa'da da vaka sayısı artmıştır. Artış nedeniyle ¼lke yeniden sert ¼nlemler almak zorunda kalmış; ancak 2021 şubat ve Mart aylarında mutant vir¼slerin ortaya çıkmasıyla birlikte azalan vaka sayıları tekrar y¼kselmeye başlamış ve bir ¼ncekinden daha b¼y¼k bir dalga oluşturmuştur. Kapatma tedbirlerinin de etkisiyle vaka sayısı tekrar d¼ř¼ře geçmiştir. Polonya, toplam vaka sayısı açısından d¼nyada 12. sırada yer almakta ve Aralık 2020 sonunda başlayan bağışıklama programı, diğer Avrupa ¼lkeleri ile benzer bir hızla devam etmektedir (Aktekin, 2021).

Katar, temel olarak kamusal bir sağlık ¼rg¼tlenmesine sahiptir ve Covid-19 pandemisinin y¼netimi Halk Sağlığı Bakanlığı tarafından y¼r¼t¼lmektedir. ¼lkedeki ilk Covid-19 vakası 29 şubat 2020'de tespit edilmiştir. Katar h¼k¼meti nispeten hızlı tepki vererek Mart 2020'nin başlarında ¼niversiteleri ve diğer okulları kapatarak salgının yoğun olduğu birçok ¼lkeye seyahat yasakları getirmiştir. Devam eden s¼rete, birçok halka açık test ve teşhis merkezi kurulmuş ve Covid-19 vakaları için mevcut tedavi hizmetleri d¼zenlenmiřtir. ¼zellikle riskli gruplar için mevcut randevu ve muayene sırası değiştirilerek teledaşmaya dayalı bir sistem devreye alınmıştır. alışan ve erkek n¼fusun toplumun b¼y¼k bir kesimini oluşturması salgının kontrol¼n¼ g¼leřtirmiř ve toplumsal yayılımın yeterli oranda engellenememesinin nedeni olmuştur (G¼ner, 2021).

Filipinler, 100 milyonu açan n¼fusu ve hızla b¼y¼yen ekonomisiyle Uzak Doğu'nun y¼kselen ¼lkeleri arasında yer almakta; ancak ¼lkede derin sosyoekonomik eşitsizlikler vardır. Sağlık sisteminin parçalı yapısı, cepten yapılan harcamaların fazlalığı, koruyucu sağlık hizmetlerine herkesin erişememesi toplumun sağlık d¼zeyinin y¼kselmesinin ¼n¼ndeki engellerdir. Covid-19 pandemisi başladığında ¼lke m¼cadeleye hazırlıkta geç kalmış, yeterli filiasyon ekipleri oluşturulamamış ve test sayısı yeterince hızlı artırılamamıştır. Bu s¼rete, ¼lkenin birçok yerinde iki aydan fazla s¼ren yaygın sosyal karantina uygulamaları pandemi oranını ancak kısmen azaltabilmiştir (Aker, 2021).

İran'da sağlık hizmetleri kamu sekt¼r¼, ¼zel sekt¼r ve sivil toplum kuruluşları tarafından sağlanmaktadır. 1990'lı yıllardan bu yana devam eden reformlar kapsamında Sağlıkta D¼n¼ř¼m Programı 2014 yılında uygulanmaya başlanmıştır. İran'da resmi makamlarca teyit edilen ilk Covid-19 vakaları 19 şubat 2020'de Kum şehrinde ortaya çıkış ve İran'ın 31 kenti iki hafta içinde yeni koronavir¼s tarafından enfekte olmuştur. Covid-19 salgınıyla ilgili sıkıntılar, İran'ın derin ekonomik sorunları ve ağır ABD yaptırımları nedeniyle

artmıştır. Salgın sürecinde sağlık sisteminin karşılaştığı başlıca zorluklar; koruyucu ekipman, ilaç ve tıbbi malzeme sıkıntısıdır (Özdemir, 2021).

Hindistan, en fazla vaka görülen ikinci ülke olurken salgının başlangıcında başarılı bir grafik çizmiş; ancak daha sonra salgının zirvelerini engelleyememiştir. Hindistan'ın sosyo-ekonomik ve sağlık sistemi eyaletler arasında derin farklılıklar göstermektedir. Aynı eyalette kırsal ve kentsel alanlar arasında da büyük farklılıklar vardır. Mücadele sırasında alınan önlemler ekonomik olarak desteklenemeyince yoksulluk, işsizlik, intihar, açlık ve tıbbi bakıma ulaşamama nedenli ölümler önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmıştır. Ancak, aşı üretiminin dünyadaki lideri olan Hindistan, etkili aşının üretim yeri olacaktır. Bu durum halkı için umut verici olabilir (Tekbaş, 2021).

Romanya, 1998 yılında ücretsiz devlet tarafından sunulan sağlık hizmetleri yapısından liberal sisteme geçiş yapmış ve sağlık sigortası sistemi devreye girmiştir. Romanya, uluslararası göçün yüksek olduğu ve sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak yataklı tedavi hizmetleri ile yürütüldüğü bir ülkedir. Romanya'da ilk Covid-19 vakası 3 Ocak 2020'de bildirilmiştir. Romanya pandemi sürecine düşük sağlık harcamaları, maliyet etkinliği sınırlı ağırlıklı yataklı tedavi hizmetleri gibi mevcut sağlık sistemindeki sorunlar ve yaşlı nüfus oranının yüksekliği, yıpratıcı çalışma şartları, düşük beklenen yaşam süresi gibi demografik özelliklerle girmiştir. Bu süreçte Covid-19 ile mücadelesini de ağırlıklı Faz I ve Faz II hastaneler üzerinden yürütmüş olduğu anlaşılmaktadır. Resmi kaynaklar, sağlık sisteminin yetersizliğine ilişkin bir açıklamada bulunmamakta, ağırlıklı olarak WHO önerileri doğrultusunda prosedürleri uygulamaya sokmaktadırlar (Çan, 2021).

Belçika, genel olarak çok iyi temel sağlık göstergelerine sahip bir ülkedir. Belçika sağlık sisteminin vatandaşlar için en belirgin avantajı, sosyal sigorta sistemi içinde hemen hemen tüm alanları kapsayan bir sağlık sigortası sistemine sahip olmasıdır. Ülkede Covid-19 pandemisine karşı ilk önlemler Ocak 2020'de alınmıştır; ancak hükümetin pandeminin başlangıcında hızlı hareket etmemesi sağlık uzmanları tarafından eleştirilmektedir. Belçika'da ilk Covid-19 vakası teşhisi Şubat 2020'nin başlarında, hastalığa bağlı ilk ölüm ise Mart 2020'de gerçekleşmiştir. Diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi Belçika'da da yaşlıların nüfus içindeki oranı yüksektir. Bu durum pandemiye karşı etkili önlem alınmasında zorluklar oluşturmuştur. Pandeminin ilk aylarında huzurevi sakinlerinin testlerinin yetersiz kalması, bakım ve sağlık personeline koruyucu maske tedarikinin gecikmesi burada vaka ve ölüm oranlarına neden olmuştur. Belçika sağlık sisteminde sadece onaylanmış değil, olası ölümler de Covid-19'a bağlı ölümler olarak kayıt altına alındığından özellikle pandeminin ilk aylarında dünyadaki en yüksek ölüm hızına sahip ülkelerden biri olmuştur. İlerleyen aylarda, pandemi öncesi sağlık sisteminde yaşanan sorunların daha da belirginleşmesi üzerine sağlık çalışanları tarafından hükümete yönelik ciddi eleştiriler ve eylemler yapılmıştır (Kılıç, 2022).

Portekiz'de, 2 Mart 2020'den itibaren Covid-19 etkili olmaya başlamış ve çok yıkıcı olmamıştır. Büyük metropol alanlarında yakın zamanda bazı aksaklıklar yaşanmış olsa da Portekiz şu ana kadar hastalığı görece iyi bir şekilde yönetebilmiş ve halk sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinden bazılarını sınırlandırabilmiştir. Mevcut rakamlara karşın, Portekiz, WHO Sağlık Acil

Durum Programı Direktörü tarafından pandemiye yönetmede başarılı olarak tanımlanmış ve istikrarı yakalamak için doğru şekilde hareket ettiği belirtilmiştir. Uzmanlar tarafından, Portekiz'in Covid-19 salgınına yönetmedeki görece başarısı, hükümetin hızlı karar almasına ek olarak, ilk doğrulanmış olgulardan sonra, toplumun davranışındaki kararlı değişikliğe de bağlanabileceği şeklinde değerlendirilmiştir. Covid-19'un Portekiz'de, Avrupa'da ilk olgunun görülmesinden bir ay sonra ortaya çıkması ve İtalya ve İspanya'daki doğrulanmış olgu ve ölüm sayıları ile ilgili haberlerle toplumun risk algısı oldukça değiştirilmiştir. Bu risk algısı, önleyici davranışların tavsiye edilmeden veya zorunlu hale gelmeden önce benimsenmesini artırmış, gönüllü izolasyon, evde çalışma, kamusal ve kapalı alanlarda maske kullanımı zorunluluğuna uyumu kolaylaştırmıştır. Geniş kapsamlı bir başlangıç önlemleri paketinin benimsenmesi ve yaz döneminde kısıtlamaların kademeli olarak kaldırılması da doğru adımlar olmuştur. Sağlık harcamaları için ek bütçe oluşturulması, sağlık insan gücünün artırılması için tedbirlerin alınması, sonbahar/kış dönemi için ek pandemi planlarının oluşturulması ve aşı için hazırlıkların yapılması ile Portekiz pandemisinin ikinci dalgasını daha güçlü karşılamıştır (Tokuç, 2022).

Tayvan, Covid-19 pandemisine yanıt açısından başarılı ülkelerden biridir. Ülkede Covid-19 pandemisine karşı önlemler Aralık 2019'da başlatılmıştır. 25 yıl boyunca herkesin sağlık hizmetlerine adil erişimini sağlamak için tasarlanan Tayvan Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi (NHI) ile yürütülen sağlık organizasyonu sağlık hizmeti almak için yapılan ödemelerin vatandaşlar tarafından kolaylıkla ödenebilmesi oldukça kapsayıcı ve başarılıdır. Ülkenin geçmiş bulaşıcı hastalık deneyimlerinden sonra oluşturduğu güçlü epidemiyolojik altyapı, pandemiye hızlı ve doğru tepki vermesinde de etkili olmuştur (Varol, 2022).

İspanya, sağlık göstergeleri en iyi olan ülkelerden biri olmasına rağmen salgını, insan eliyle oluşturulmuş bir afet olarak yaşamıştır. Yaşlı nüfus oranının yüksek olmasının yanında, hükümetin salgına erken yanıt verememesi, özerk bölgeler ve merkezi hükümet ilişkilerindeki siyasi sorunların neden olduğu koordinasyonsuzluk sorunu derinleştirmiştir. Birinci basamak ve halk sağlığı hizmetlerine son 10 yılda yeterli yatırım yapılmaması, bölgeler arasında kurum ve donanım açısından eşitsizlikler, salgının en yoğun yaşandığı Katolanya ve Madrid gibi Özerk Bölgelerde hizmetin özel sektörden ve kamu özel ortaklıkları konsorsiyumlarından alınması, salgın hastalıklarla ilgili kurumsal hazırlığın olmaması gibi birçok neden birinci basamağın salgında etkili bir rol almasının önüne geçmiştir. İspanya, gelir ve sosyal eşitsizliklerin yüksek olduğu bir ülkedir. Sağlık hizmetlerinde var olan finansman, fiziksel alt yapı, sağlık çalışanı sayısındaki yapısal sorunlar, salgın öncesinde de yaşanan eşitsizlikleri arttırmış, hastalık ve ölüm yoksullar, göçmenler gibi dezavantajlı gruplarda daha sık görülmüştür. Test kapasitesini oldukça uzun bir süre arttıramamış, hasta ve temaslı tespiti ve izlemine yeterince önem verilmemiştir. Turizmin GSMH'deki yüksek payı bu konudaki sorunun hâlâ devam etmesine neden olmaktadır (Davas, 2022).

Uruguay, temsili demokrasi rejimiyle dünyanın yüksek gelir grubu ülkelerinden biridir. Sağlık hakkı ilkesi temelinde nüfusa kapsamlı sağlık hizmetlerinin sunulmasını garanti altına almak için 2005 yılında sağlık reformlarına

başlanmıştır. Bu reformlarla gerçekleşen değişim ve dönüşüm, Covid-19 pandemisini yönetmenin yükünü nispeten hafifletmiştir; ancak vakaların, ağır sosyal ve ekonomik maliyetleriyle birlikte Aralık 2020'den itibaren hızla arttığı görülmektedir. Bu durum, pandemi yönetimindeki birçok kararı etkileyen ekonomik kaygılar ve bunun sonucunda bilimsel gerekçelerle karar vermedeki aksaklıklar, bazı yapısal önlemlerin alınamaması ve aşılamadaki gecikmeler gibi nedenlerle açıklanmaktadır. Ülkede aşılama ile birlikte aktif vaka sayısındaki ve hastalığa bağlı ölümlerdeki azalmaya rağmen pandeminin etkisi devam etmektedir (Varol, 2022).

Küba'da ilk Covid-19 vakası 11 Mart 2020'de, ilk ölüm ise 22 Mart 2020'de görülmüştür. Küba'nın salgınla mücadeledeki stratejisi, başlangıçta mümkün olduğunca çok sayıda PCR testi yapmak ve tüm pozitif vakaları mümkün olan en kısa sürede bulup izole etmektir. Salgının başlamasıyla birlikte tüm birinci basamak sağlık ekipleri sorumlu oldukları bölgeyi ziyaret ederek herkesi Covid-19 semptomlarına karşı kontrol etmiştir. Bu aşamada özellikle Covid-19 açısından risk altında olabilecek gruplara öncelik verilmiş, başlangıçta çok hızlı bir yanıtla salgın başarıyla bastırılmış; ancak daha sonra son derece bulaşıcı olan delta varyantı ile ilgili vakaların hızla arttığı görülmüştür. Vakaların hızla artmasında vatandaşın ve yurt dışından gelen turistlerin aşılama oranlarının istenilen düzeye gelmemesi en büyük etken olmuştur. Küba'nın salgınla ilgili mevcut stratejisi öncelikle kendi aşısını üretmek ve ürettiği aşılama ile tüm nüfusunu aşılaktır. Küba'da Faz-III aşamasını geçen ve acil kullanım onayı alan Abdala ve Soberana isimli iki ayrı Covid-19 aşısı bulunmaktadır. Küba, sadece Covid-19 ile mücadelesindeki başarısıyla değil, ekonomik açıdan en zor durumdaki haliyle bile herkese kucak açmasıyla, karşılıksız sağlık hizmeti sunması, ürettiği ilaçları paylaşmasıyla çok büyük bir övgüyü ve takdiri hak etmektedir (Kılıç, 2022).

Yunanistan'da 2008 yılında başlayan ekonomik kriz, sağlık hizmetlerini derinden etkilemiş, sağlığa ayrılan genel pay yıldan yıla azaltılarak sağlık sistemi özel sektör egemenliğinde sürdürülmeye çalışılmıştır. Sağlık hizmetleri altyapısı ve emek gücü anlamında düzensiz ve dengesiz bir dağılım gösteren ülkenin göç politikalarındaki eksik adımlar, ülkeyi pandemi açısından özel bir konuma getirmiştir. 27 Şubat 2020'de ilk Covid-19 vakasını ve 12 Mart 2020'de Covid-19'a bağlı ilk ölümü yaşayan ülke, pandeminin ilk günlerinden itibaren hızlı ve radikal adımlar atarak üzerindeki durdurulamaz yükü ertelemiştir. Sağlık bakanlığı yetkilileri, sendika yöneticileri, oluşturulan bilim kurulları tarafından, halk; pandemi hakkında bilgilendirilmiş ve yönlendirilmiştir. Ülkenin göç politikasındaki aksaklıklar, zorlamalar, AB'nin sınır koruması konumu, salgınla birlikte daha da görünür hale gelmiştir. Uygulanan radikal ve sert kısıtlamalarla, aşılamanın başlaması ile hafifleme seyrinde devam eden pandemi süreci, ülkenin sağlık, ekonomi ve göç politikalarının tekrar gözden geçirilmesi için uyarıcı bir nitelikte olmuştur (Şimşek vd., 2022).

Macaristan'da ilk Covid-19 vakası 4 Mart 2020'de, ilk ölüm ise 11 Mart 2020'de görülmüştür. Hükümet, Olağanüstü Hal (OHAL) ilan ederek 11 Mart 2020'de koronavirüse karşı savunmak için on görev gücü oluşturulmuştur. Haziran 2020'de kaldırılan olağanüstü hal, ikinci ve büyük alevlenmenin yaşandığı Kasım 2020'de yeniden ilan edilmiş ve Covid-19, Mart 2021'de üçüncü en büyük zirveyi yaşamıştır. Macaristan'ın pandemi yanıtı büyük ölçüde hastane

odaklı olmuştur ve koronavirüsten en yüksek hastaneye yatış oranlarından birine sahiptir. Test politikası sadece semptomları olan kişilere test yapılmasına dayanmakta olup, nüfusa oranla yapılan toplam test sayısı bakımından komşu ülkelerin çok gerisindedir. Covid-19 aşılama oranları açısından Avrupa'nın en yüksek orana sahip ülkelerinden biri olup, AB'nin ortak satın alma programından koparak Çin ve Rusya aşılı da dahil olmak üzere 5 aşının kullanımına onay vermiştir. Macaristan'ın pandemi stratejisi, bastırma yerine azaltma stratejisine dayanmaktadır. Pandemi yönetimi için kurulan kurullara verilen isimler "Hareket Kolordusu", hastanelere atanan "komutanlar", kararların alınış biçimi pandeminin kontrolü gerekçesiyle ilan edilen OHAL, konuşma özgürlüğünün sınırlandırılması, ceza yasasının değiştirilmesi, sağlık personelinin yurt dışına çıkmasının yasaklanması gibi özellikler dikkate alındığında, Macaristan'ın salgın yönetim biçiminin militarist çağrışımlara ve otoriter uygulamalara sahip olduğu görülmektedir (Sakarya, 2022).

Peru sağlık sisteminde çoğu ülkede olduğu gibi 1990'lı yıllardan itibaren neoliberal politikalarla bir dizi reform süreci başlatılmıştır. Yapısal reformlarla birlikte cinsiyet, etnik köken, gelir ve coğrafi konum gibi değişkenlere bağlı olarak hizmetlere erişimdeki eşitsizlikler derinleşmiş; sağlık sistemi yapısal sorunlar nedeniyle parçalanmıştır. Yetersiz finansman nedeniyle altyapı eksiklikleri göz ardı edilmiştir. Peru'nun, ulusal yoksulluğu azaltma politikalarında yer alan temel sağlık göstergelerine ve ekonomik verilere öncelik veren ve sağlığa bütüncül yaklaşımı gözden kaçıran yönetim sistemlerine odaklanması nedeniyle; Covid-19 salgınına yeterince yanıt verilememiştir (Çoker, 2022).

Meksika, dünyada koronadan en çok etkilenen ülkelerden biri olup, Şubat 2021 itibarıyla fatalite %9 civarında olmuştur. Pandeminin başından beri Meksika Hükümeti, virüsün yayılmasına, yalnızca şiddetli semptomlulara müdahale edilmesine ve salgının sonraki aşamalara hızla ilerlemesine izin veren bir strateji izlemiştir. Bu da halihazırda var olan sağlık sistemi eksikliklerini, eşitsizlikleri ve pandemiye hazırlık ve müdahale eksikliğini ortaya çıkarmıştır. Pandemi müdahalesi konusunda geç kalınmış, pandemi yönetimiyle sorumlu kurumlar çalıştırılmamış, yürütülen hizmetler konusunda eyalet ve federal düzeyde farklılıklar ortaya çıkmıştır. Tüm bunların sonucunda vaka sayısı yüksek kalmış, sağlık çalışanlarının yükü artmış, etkilenen nüfus açısından eşitsizlikler oluşmuş, ekonomik ve sosyal sorunlar derinleşmiştir (Çiçeklioğlu, 2022).

Bulgaristan'da sağlık sistemi uluslararası programların çizdiği yolda ilerleyerek büyük bir değişime uğramıştır. Yürürlüğe girdiği 1999 yılından bu yana 50'den fazla yeniden düzenlenen Sağlık Kurumları Yasası, güncel verilere göre sağlık ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini sunmaktan uzaktır. Sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların büyük bir kısmının hastanelere yönlendirilmesi, birinci basamakta verilen hizmetlerin sınırlı olması nedeniyle talebin hastanelere kaydırılması ve sistemin finansmanının neredeyse yarısının cepten ödemelerden sağlanması gibi durumlar Bulgaristan'da sağlık sisteminin en önemli sorunları olarak görülmektedir. Bulgaristan'da ilk Covid-19 vakası 8 Mart 2020 tarihinde saptanmış olup, bu tarihten önce Sağlık Bakanlığı'nın Sofya'daki üç büyük üniversite hastanesini pandemi hastanesi olarak belirlediği görülmektedir. 13 Mart 2020'de ülkedeki hasta sayısının 23'e ulaşması ve bir kişinin ölmesi üzerine, Bulgaristan Parlamentosu oybirliğiyle 13 Nisan 2020'ye kadar

“olağanüstü hal” ilan etmiştir. Bu tarihten iki ay sonra ise ülkedeki durum “acil salgın durumu” olarak değiştirilmiştir. Pandemiye bağlı ölümlerin yüksekliğine yönelik eleştirilere cevap veren Sağlık Bakanlığı sözcüsünün, Bulgarların sağlık durumlarının kötü olması nedeniyle ülkelerinde Covid-19 nedeni ölümlerin diğer ülkelere göre yüksek olduğunu açıklaması, Bulgaristan sağlık sisteminin içinde bulunduğu durumu ve sistemin Covid-19 pandemisinde neden yeterli cevap veremediğini istemeyerek de olsa ortaya koyan bir itiraf olarak kabul edilebilir (Peynirci, 2022).

Türkiye’de tüm dünyadaki gelişmeleri yakından takip ederek 10 Ocak 2020 tarihinde akademisyenlerden oluşan Koronavirüs Bilimsel Danışma Kurulu oluşturulmuş; pandemi tedbirleri kapsamında kullanılan koruyucu ekipman, test, kit ve tedavi ilaçlarından sosyal güvencesi olsun ya da olmasın tüm insanlar ücretsiz olarak yararlanabilmiş; bu dönemde kısa sürede yapımı tamamlanan hastaneler, hastalara müdahaleyi kolaylaştırarak sistemin kilitlenmesini engellemiş; birçok ülkenin pandemi döneminde yokluğundan dolayı sıkıntı yaşadığı solunum cihazları, yerli solunum cihazı seri üretimine başlanarak temin edilmiş; HES kodunun kullanımı ile hastalık takip edilmiş; çeşitli yasaklar ve karantina gibi uygulamalar yaşama geçirilmiştir. Dolayısıyla sağlık sisteminin iyileştirilmesi ve güçlendirilmesine yönelik politikaların uygulanması büyük önem taşımaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022).



3. SAHA ÇALIŞMASI

3.1. Yöntem

Bu bölümde; araştırmanın modeli, çalışma grubu, veri toplama araçları, veri toplama süreci ve verilerin analizi konularına yer verilmiştir.

3.1.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmanın amacı, sosyal politika ve ruh sağlığı politikaları kapsamında Covid-19'un ruh sağlığı politikalarına yansımalarını ele almak ve bir model önerisi geliştirmektir. Araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmada nitel araştırma modeli kullanılmıştır.

Nitel araştırmayı, gözlem, görüşme ve doküman analizi gibi nitel veri toplama tekniklerinin kullanıldığı, algıların ve olayların doğal ortamda gerçekçi ve bütüncül bir biçimde ortaya konulmasına yönelik nitel bir sürecin izlendiği araştırma olarak tanımlamak mümkündür (Büyüköztürk vd., 2012; Kırıl, 2020).

3.1.2. Çalışma Grubu

Çalışmanın örneklemini ruh sağlığı ile ilgili kurumlarda (Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı, üniversitelerin tıp fakülteleri ruh sağlığı bölümleri, toplum ruh sağlığı merkezleri, hastanelerin psikiyatri klinikleri, psikiyatri merkezleri vb.) ve üniversitelerin sosyal politika bölümlerinde görev yapan ve aynı zamanda ruh sağlığı ve sosyal politika konusu ile ilgilenen uzman veya akademisyenler oluşturmuştur. Toplamda 19 uzman veya akademisyene “ölçüt örnekleme yöntemi” kullanılarak ulaşılmıştır.

Ölçüt örnekleme yöntemi, önceden belirlenmiş bir dizi kriteri karşılayan tüm durumların incelenmesidir. Ölçüt araştırmacı tarafından oluşturulur veya önceden hazırlanmış bir ölçüt listesi kullanılabilir (Marshall ve Rossman, 2014). Ölçüt örneklemede, araştırmaya konu olan herhangi bir durum ölçüt olarak belirlenebilir ve araştırmacının incelediği olguyu açıklarken belirlediği kritik durumlar ölçüt örnekleme için kullanılabilir. Ancak belirlenen kriterlerin araştırmanın genel uyumu ile uyumlu olması gerekmektedir (Creswell ve Clark, 2016).

Önceden belirlenmiş kriterlerin karakteristik özelliklerini gösteren tüm durumlar derinlemesine bir nitel analize tabi tutularak tedavi, organizasyon ve programlar için standartlar ve normlar getirilebilir (Baltacı, 2018).

Araştırmanın çalışma grubunu tanımlayıcı bilgiler aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

	n %
Cinsiyet	Kadın
	Erkek
Yaş	
Doğum yeri	Köy-kasaba
	İl merkezi
Medeni durum	Bekar
	Evli
	Boşanmış
	Eşi ölmüş
Aylık gelir	
Lisans alanı	Tıp, Psikoloji, PDR, Sosyal Hizmet
Master/uzmanlık alanı	Tıp, Psikoloji, PDR, Sosyal politika,
Doktora alanı	Psikiyatri, Psikoloji, Sosyal Politika,
Akademik unvan	Yok
	Doktor Öğretim Üyesi
	Doçent Doktor
	Profesör Doktor
Görev yeri	Üniversite
	Devlet kurumu
	Özel sektör
	Kendi ofisi
Öğretim üyeliği süresi	
Ruh sağlığı politikaları üzerine yayınının olması	Evet
	Hayır
Covid-19 üzerine yayınının olması	Evet
	Hayır
Ruh sağlığı politikaları konusunda	Evet
	Hayır
Ruh sağlığı politikaları konusunda yapılan çalışmalar	Mevzuat çalışmaları

Tablo 3.1. Çalışma grubunu tanımlayıcı bilgiler

3.14. Veri Toplama Araçları

Araştırmada, Kişisel Bilgi Formu ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu olmak üzere olmak üzere iki veri toplama aracı kullanılmıştır.

3.1.5. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından hazırlanmış olup sosyodemografik bilgiler ile ruh sağlığı politikaları ve Covid-19 konusunda çalışmaların yapılması üzerine kurgulanmıştır. Kişisel Bilgi Formu; cinsiyet, yaş, doğum yeri, medeni durum, aylık gelir, lisans alanı, yüksek lisans veya uzmanlık alanı, doktora alanı, akademik unvan, görev yeri, öğretim üyeliği süresi, ruh sağlığı politikaları üzerine yayının olması, Covid-19 üzerine yayının olması, ruh sağlığı politikaları konusunda aktif görev alma, ruh sağlığı politikaları konusunda yapılan çalışmalar olmak üzere toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

3.1.6. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Sorular; Covid-19 pandemisi öncesi ruh sağlığı politikaları üzerine sorular (2 soru), Covid-19 pandemisi süreci ruh sağlığı politikaları üzerine sorular (8 soru) ve Covid-19 pandemisi sonrası ruh sağlığı politikaları üzerine sorular (5 soru) olmak üzere üç kategoride ele alınmış olup, formda toplam 15 soru yer almaktadır. Formda yer alan sorular, açık uçlu soru formatında hazırlanmıştır. Böylece katılımcıların formda yer alan soruları istediği gibi cevaplamaları sağlanmıştır.

3.1.7. Veri Toplama Süreci

Ruh sağlığı ve sosyal politika konusu ile ilgilenen uzman veya akademisyenler alan taraması ile belirlenmiş ve bu kişilere hem telefon aracılığıyla hem de yüz yüze görüşme yoluyla tek tek ulaşılmış, araştırmanın amacı ve içeriği anlatılmış ve araştırmaya kabul edenlerin 2'si ile zoom üzerinden görüşme yapılmış ve geriye kalan 17 katılımcının ise e-posta adreslerine araştırma veri toplama araçları olan Kişisel Bilgi Formu ve Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu gönderilmiştir. Katılımcılar veri toplama araçlarını cevaplandırmış ve ilgili dökümanları iletmişlerdir. Katılımcılardan gelen cevaplar doğrultusunda her bir katılımcıya ayrı bir kod verilmiştir.

Araştırmada yer alan kişilere ait kodlar ve alıntı sayıları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Katılımcı (K)	Alıntı Sayısı
K1	8
K2	15
K3	15
K4	27
K5	11
K6	4
K7	10
K8	13
K9	5
K10	13
K11	23
K12	5
K13	11
K14	28
K15	23
K16	4
K17	14
K18	20
K19	14
Toplam: 19	Toplam: 263

Tablo 3.2. Katılımcılara ait kodlar ve alıntı sayıları

3.1.9. Verilerin Analizi

Nitel araştırmalarda veri analizi; verilerin hazırlanıp organize edilmesini, kodlanmasını ve kodların bir araya getirilerek temalara indirgenmesini, daha sonra verilerin şekiller, tablolar veya bir tartışma şeklinde sunulmasını içermektedir (Creswell, 2018 ss. 51-52). Bu araştırmada elde edilen veriler tematik analiz ve içerik analizi yöntemleri çerçevesinde incelenmiştir.

Araştırmada yarı yapılandırılmış görüşmelerden elde edilen verilerin içerik analizi yapılmıştır. Creswell'in (2013) önerdiği adımlar izlenerek içerik analizi yoluyla veriler tanımlanmış; birbirine benzediği ve birbiri ile ilişkisi olduğu tespit edilen veriler belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde MAXQDA programının da yardımıyla bir araya getirilerek yorumlanmıştır.

İçerik analizi, toplanan verilerin derinlemesine analiz edilmesini gerektirir ve önceden belirgin olmayan temaların ve boyutların ortaya çıkarılmasına olanak tanır. Amaç, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır.

İçerik analizinde temelde yapılan işlem, birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği bir biçimde düzenleyerek yorumlamaktır (Creswell, 2013).

İçerik analizi öncesi kategoriler ve alt başlıklar aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

A. Covid-19 pandemisi öncesi ruh sağlığı politikaları üzerine görüşler	1. Covid-19 pandemisi öncesi Türkiye’deki ruh sağlığı politikalarını değerlendirme 2. Covid-19 pandemisi öncesi Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetlerini değerlendirme
B. Covid-19 pandemisi süreci ruh sağlığı politikaları üzerine görüşler	3. Covid-19 pandemisinin Türkiye’deki ruh sağlığı politikalarını etkileme durumu 4. Covid-19 pandemisinin Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetlerini etkileme durumu 5. Covid-19 pandemisinin dünyadaki ruh sağlığı politikalarına yansımaları 6. Türkiye’nin, Covid-19 pandemisine yönelik yeni bir ruh sağlığı hizmet modelini gerçekleştirebilmesi 7. Dünyanın, Covid-19 pandemisine yönelik yeni bir ruh sağlığı hizmet modelini gerçekleştirebilmesi 8. Türkiye'nin ruh sağlığı programının, pandeminin psiko-sosyal etiklerini karşılayabilecek donanıma sahip olabilmesi 9. Türkiye’de Covid-19 pandemisi sürecinde ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu noktasında karşılaşılan etik sorunlar 10. Türkiye’de Covid-19 pandemisi sürecinde ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu noktasında karşılaşılan yasal sorunlar
C. Covid-19 pandemisi sonrası ruh sağlığı politikaları üzerine görüşler	11. Covid-19 pandemisi sonrası uluslararası düzeyde ruh sağlığına ilişkin hizmet sunumunda beklenen değişiklikler 12. Covid-19 pandemisi sonrası Türkiye’deki ruh sağlığı hizmet sunumuna ilişkin beklenen değişimler 13. Covid-19 pandemisi sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin nasıl olması gerektiği 14. Covid-19 pandemisi sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin yasal boyutlarının nasıl olması gerektiği 15. Ruh sağlığı politikaları ve hizmet sunumuna dair model önerileri

Tablo 3.3. İçerik analizi öncesi kategoriler ve alt başlıklar

3.1.9.1. Tematik analiz ve içerik analizi

Tematik analiz, elde edilen verilerdeki temaların belirlenmesi, analiz edilmesi ve raporlanması için kullanılan bir yöntem olup verilerin en küçük boyutlarda düzenlenmesini ve betimlenmesini sağlamaktadır (Boyatzis, 1998 ss. 100-103). Tematik analizin aşamaları şu şekilde sıralanabilir (Braun ve Clarke, 2019 s. 883):

- Veriye aşına olunması, verinin yazıya geçirilmesi ve tekrar tekrar okunması
- İlk kodların oluşturulması
- Kodların temalar altında toplanması
- Her temanın açıkça tanımlanması ve isimlendirilmesi
- Çarpıcı alıntılarının seçilmesi, verilerin analiz edilerek araştırma sorusu ile ilişkilendirilmesi ve analizlerin raporlaştırılması

İçerik analizi, çeşitli dokümanların içeriğinin sistematik, objektif ve mümkünse nicel olarak incelenmesidir (Robert ve Bouillaget, 1995, aktaran Bilgin, 2006 s. 11). İçerik analizinin temel amacı, toplanan verilerin açıklanmasına yardımcı olacak kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır. Tematik analiz ile katılımcıları tanıttıcı bulgular değerlendirilirken, içerik analizi ile katılımcıların görüşlerinin içerikleri sistematik olarak incelenir (Karataş, 2015 ss. 72-73). İçerik analizinin aşamaları şu şekilde sıralanabilir (Bilgin, 2006 s. 11):

- Araştırma hedeflerinin belirlenmesi
- Örneklemin oluşturulması
- Kod ve kategorilerin saptanması
- Kod ve kategorilerin frekanslarının nicel olarak belirlenmesi, gerekli ise kategoriler arası ilişkilerin çözümlenmesi, değerlendirme, çıkarsama ve yorumlama yapılması

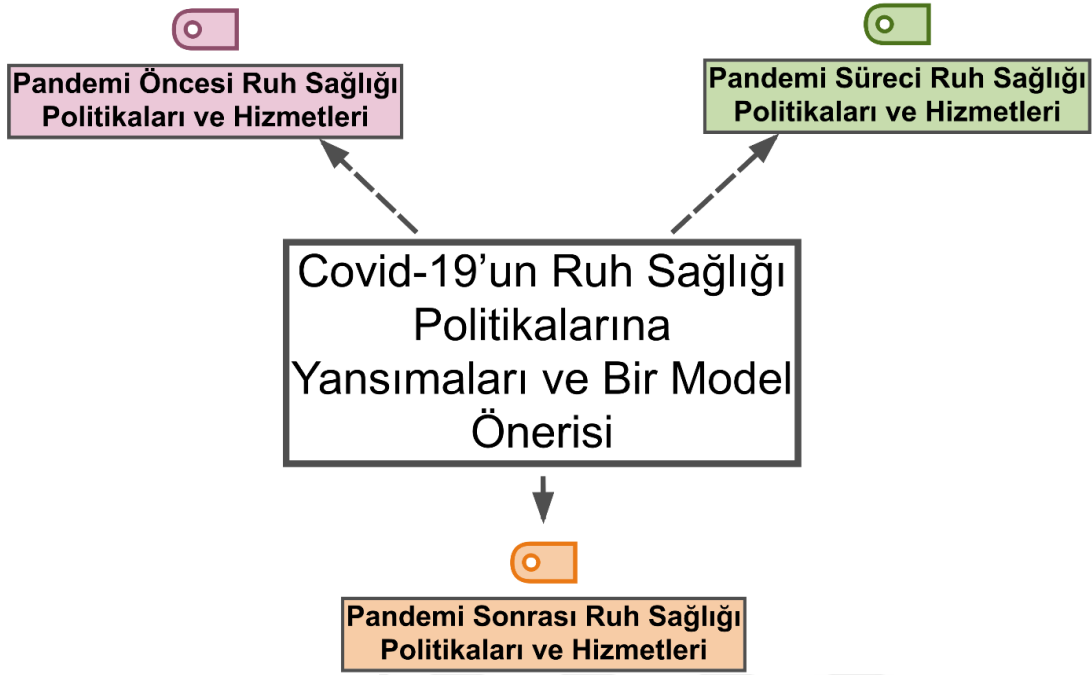
Araştırmada öncelikle görüşmelerden elde edilen ses kayıtları yazıya aktarılmıştır. Yazılı görüşme verileri MAXQDA 2022 programına aktarılmıştır. Arayüzü Türkçe olan, görsel analiz araçlarının yoğun bir şekilde kullanıldığı, temel istatistiksel analizlere ek olarak karma araştırma yöntemlerinde de kullanılabilen MAXQDA programı, elde yapılan analizlere göre verilerin daha sistematik bir şekilde çözümlenmesini sağlamaktadır (Kuckartz ve Rädiker, 2019 ss. 8-9). MAXQDA 2022 programına aktarılan verilerin analizinde tümevarımcı bir yaklaşım benimsenmiştir. Veriler tekrar tekrar okunmuş ve ilk kodlar oluşturulmuştur. Birbiri ile ilişkili kodlar temalar altında toplanarak isimlendirilmiştir. Daha sonra, elde edilen temalar okuyucuların anlayabileceği şekilde açıklanmıştır. Son olarak, araştırmacı, elde edilen bulgulara anlam kazandırmak amacıyla bulguları yorumlamış ve çeşitli görseller ile desteklemiştir.

4. BULGULAR

Araştırma problemine açıklık getirmesi adına yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular bu başlık altında sunulmuştur. Çalışmaya toplamda 19 katılımcı dahil olmuştur. Katılımcılar K1-K19 olarak kodlanmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgilere tablo 1’de yer verilmiştir.

Belge grubu	Cinsiyet	Yaş	Doğum Yeri	Medeni Durum	Aylık Geliri (TL)	Lisans Alanı
K1	Erkek	50 +	İl	Evli	11-15 Bin	Sosyal Hizmet
K2	Erkek	25-30	İl	Evli	Asgari Ücret	Sosyal Hizmet
K3	Kadın	41-45	İl	Boşanmış	16-20 Bin	Tıp Fakültesi
K4	Erkek	31-35	İl	Evli	20 Bin+	Tıp Fakültesi
K5	Kadın	31-35	Köy-Kasaba	Evli	8-10 Bin+	Sosyal Hizmet
K6	Kadın	31-35	İl	Evli	8-10 Bin+	Tıp Fakültesi
K7	Kadın	45-50	Köy-Kasaba	Evli	11-15 Bin+	Sosyal Hizmet
K8	Erkek	31-35	İl	Bekar	11-15 Bin+	Tıp Fakültesi
K9	Kadın	50+	İl	Evli	20 Bin+	Tıp Fakültesi
K10	Kadın	31-35	İl	Boşanmış	8-10 Bin	Tıp Fakültesi
K11	Kadın	50+	Köy-Kasaba	Evli	20 Bin+	Psikoloji
K12	Kadın	50+	İl	Evli	20 Bin+	PDR
K13	Erkek	50+	İl	Evli	11-15 Bin+	Sosyal Hizmet
K14	Erkek	36-40	İl	Evli	11-15 Bin+	Tıp Fakültesi
K15	Erkek	41-45	Köy-Kasaba	Evli	20 Bin+	Sosyal Hizmet
K16	Erkek	50+	Köy-Kasaba	Evli	8-10 Bin	Psikoloji
K17	Erkek	31-35	İl	Evli	11-15 Bin	Tıp Fakültesi
K18	Erkek	50+	İl	Boşanmış	20 Bin+	Sosyal Hizmet
K19	Kadın	50+	İlçe	Evli	20 Bin+	Tıp Fakültesi

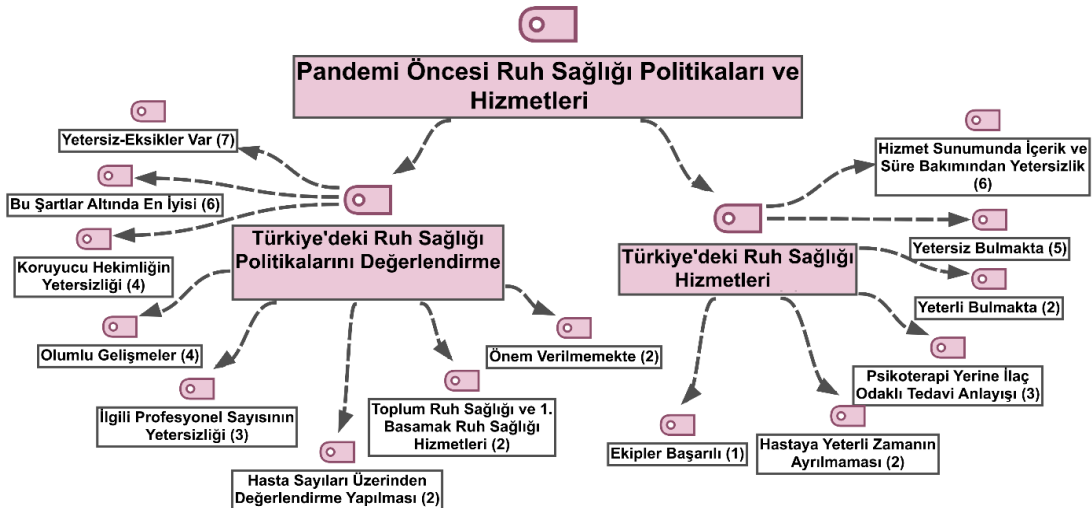
Tablo 4.1. Katılımcı profili



Tablo 4.2. Temalar gösterimi

Çalışma Şekil 1’de görüldüğü üzere 3 tema altında toplanmıştır. Bunlar; pandemi öncesi ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri, pandemi süreci ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri, pandemi sonrası ruh sağlığı politikaları ve hizmetleridir.

Pandemi Öncesi Ruh Sağlığı Politikaları ve Hizmetleri



Tablo 4.3. Pandemi öncesi ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri teması hiyerarşik kod alt kod gösterimi

Katılımcıların ruh sağlığı politikaları ve hizmetlerine ilişkin görüşlerinden pandemi öncesine yönelik ifadeleri pandemi öncesi ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri teması

çerçevesinde ele alınmıştır. Pandemi öncesi ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri teması iki kategoriye ayrılmıştır. Bunlar; Türkiye’deki ruh sağlığı politikalarını değerlendirme ve Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetleridir.

4.4. Türkiye’deki Ruh Sağlığı Politikalarını Değerlendirme

Katılımcıların Covid-19 öncesi Türkiye’deki ruh sağlığı politikalarını ve hizmetlerini nasıl değerlendirdiklerine ilişkin görüşleri bu kategori altında kodlanmıştır. Kategoride katılımcıların en yoğun ifadeye buldukları kod yetersiz-eksiklikler var kodudur. Katılımcılar pandemi öncesi ruh sağlığı hizmetlerinde yetersizlik ve eksikliklerin olduğuna ilişkin ifadeye bulunmuşlardır. Konuya ilişkin katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Oldukça eksik, geliştirilmesi gerekir” (K6)

“Genel olarak yetersiz görüyorum” (K14)

“Ruh sağlığı politikalarının iyileştirildiğini ancak yeterli olmadığını düşünüyorum, çünkü multidisipliner çalışma ve ruh sağlığı çalışanlarının görev tanımlamalarında sorunlar bulunmaktadır. Psikiyatri uzmanı odaklı bir ruh sağlığı politikası hala devam etmektedir.” (K18)

K6, K14 ve K18 kodlu katılımların ifadelerine göre, Ruh sağlığı politikaları ve hizmet sunumuna dair eksiklik ve yetersizliklerin temelinde tedavinin ilaç odaklı olması, psikoterapinin ve sosyal desteğin, psikiyatrik sosyal hizmetin oldukça yetersiz ve arka planda tutulması, psikiyatrik ilk muayenenin 30-60 dk olması gerekirken, ilk muayene için 5-10 dakika sürenin ayrılması; diğer taraftan multidisipliner (psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, psikiyatri hemşiresi gibi) ekip çalışması üzerine kurulu olan psikiyatrinin, ülkemizde salt psikiyatrist üzerine kurulu olması, ekibin asli üyeleri olan diğer meslek elemanlarını izole etmekte ve psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının kanaat kullanmasına olanak tanınmamaktadır.

Ortalama her 100 bin kişiye sadece 2 psikiyatrist düşmektedir (<https://medimagazin.com.tr/guncel/turkiyede-her-100-bin-kisiye-sadece-2-psikiyatrist-dusuyor-38053>). 15 milyon psikiyatri hastasının (<https://www.hurriyet.com.tr/gundem/turkiyede-15-milyon-psikiyatri-hastasi-var->

5224006) olduğu ülkemizde psikiyatrist sayısı yetersizdir. Aynı zamanda psikiyatri alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı sayısı da yetersizdir.

-Salt hastane temelli, biyolojik temelli tıp anlayışına dayalı sağlık politikası da bahsi geçen yetersizlik ve eksikliğin temel değişkenleri arasındadır.

-Yine en önemli eksikliklerden biri de Ruh Sağlığı Yasasının olmayışıdır.

-Bu kapsamda ruh sağlığı profesyonellerinin rol ve görev tanımlarındaki belirsizlikler, ruh sağlığı hizmet sunumuna dair önemli bir handikap ve sorun teşkil etmektedir.

Türkiye'deki ruh sağlığı politikalarını değerlendirme kategorisi kodlarından bir diğeri bu şartlar altında en iyisi kodudur. Katılımcılar pandemi öncesi Türkiye'deki ruh sağlığı politikalarının var olan şartlar içerisinde en iyi hizmetin verildiğini dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Bu şartlar altında olabilecek en iyisiydi. Çok sayıda hasta bakmaya rağmen malpraktis davası yok denecek kadar azdı. Diğer ruh sağlığı çalışanları da hasta takiplerini TRSM ve ATM gibi birimlerde olabilecek en iyi şekilde yapıyorlardı” (K4)
“Olanaklar çerçevesinde iyi” (K17)

Ruh sağlığı profesyonellerinin kısıtlı sayıda ve de hasta sayısının da son derece fazla olmasına rağmen insan kaynaklarının optimal düzeyde fayda sağlamaya dair kullanıldığı ve nisbi bir başarının elde edildiği söylenebilir.

Türkiye'deki ruh sağlığı politikalarını değerlendirme kategorisi kodlarından bir diğeri olumlu gelişmeler kodudur. Katılımcılar pandemi öncesinde politikaların geliştirilmesine yönelik olumlu adımların atıldığını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Ruh sağlığı politikaları anlamında önemli gelişmeler oldu. Toplum ruh sağlığı merkezlerinin açılmış olması ve AMATEM'lerin yaygınlaştırılması özellikle önemli gelişmelerdi.” (K8)

“Ulusal ruh sağlığı politikası ve buna ilişkin ulusal düzeyde bir mevzuat olmasa da kendi içinde sistematik olarak adımları belirlenmiş ve daha çok tedaviye odaklanmış bir politika izlenmekteydi. Her ne kadar koruyucu önleyici ve rahabilite edici çalışmaların önemi her zeminde vurgulanmış olsa da bu politikalar kısmen hayata geçirilebilmiş ve kısmen başarı sağlanmıştı. Ayaktan tedaviye göre dizayn edilmiş politikalar sanki daha yoğunlukta idi. Sorumluluk topluma ve özellikle aile ve

yakınlara verilmek istendi. Birinci basamak hizmetleri daha görünür hale geldi.”
(K13)

(K8) ve (K13) kodlu katılımcıların da ifade ettiği üzere Covid-19 Pandemi öncesi ruh sağlığı politikaları alanında kısmen gelişmeler olduğu görülmektedir. Toplum ruh sağlığı merkezleri ve AMATEM’lerin sınırlı sayıda da olsa faaliyete geçirilmesi, psiko-sosyal desteğin ve sosyal rehabilitasyonun minör düzeyde de olsa sisteme entegre edilmeye çalışıldığı görülmektedir. Başka bir deyişle hastane temelli ruh sağlığı politika anlayışından hastane-toplum temelli politika anlayışına geçişin mikro düzeydeki önemli gelişmeleri olarak yerini aldığı görülmektedir.

Türkiye’deki ruh sağlığı politikalarını değerlendirme kategorisi kodlarından bir diğeri koruyucu hekimliğin yetersizliği kodudur. Katılımcılar pandemi öncesinde politikaların geliştirilmesinde koruyucu hekimliğin göz ardı edildiğini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri büyük oranda göstermelikti. SHU, psikolog vd ruh sağlığı çalışanları az sayıda da olsa istihdam ediliyordu ancak herhangi bir yetkileri yoktu. Kanaat belirtemiyorlardı. Bu da hekim tarafından zaten verilmiş olan kararın, destekleyicisi konumundaki raporlar türetiyordu.” (K4)

“Hastaların hastaneye ve hekime ulaşma konusunda sıkıntı yaşadıklarını ve koruyucu hekimliğin az olduğunu düşünüyorum.” (K14)

(K4) ve (K14) kodlu katılımcıların da belirttiği gibi gerek koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinde gerekse medikal sağlık hizmetlerinde koruyucu hekimliğin yok denecek kadar az olduğu ya da sembolik düzeyde kaldığı anlaşılmaktadır.

Ruh sağlığı hizmetinin psiko-sosyal, sosyal destek ve sosyal çalışma boyutunu oluşturan unsurlar, multidisipliner zeminde ekip çalışmasına dayalı icra edilmesi gereken ruh sağlığı hizmet sisteminde ekibin (SHU, psikolog gibi) ana unsurlarının rol ve görevlerini mesleki yetki ve işlevselliklerine mütenasip bir çizgide yerine getiremedikleri ve yerleşik düzenin buna olanak tanımadığı görülmektedir.

Türkiye’deki ruh sağlığı politikalarını değerlendirme kategorisi kodlarından bir diğeri ilgili profesyonel sayısının yetersizliği kodudur. Katılımcılar pandemi öncesinde ruh sağlığı konusunda uzman kişilerin istihdamının yetersiz olduğuna yönelik ifade de bulunmuştur. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Ruh sağlığı hizmeti veren yeteri kadar profesyonel bulunmamaktadır. Bunlar psikolog, psikiyatrist, sosyal çalışmacı, psikiyatri hemşiresi gibi. Kiři başına dūřen profesyonellerin sayısını az olması en önemli handikaptır.” (K11)

“Bana kalırsa sağlık sisteminin bir parçası olarak genel manada bedensel hastalıklara odaklanan sağlık hizmetleri ne kadar sistematik işlediyse ruh sağlığı hizmetleri de o kadar iyiydi. Ayrışan önemli zorluk psikiyatrist istihdamında yaşandı. Çok az kadroya çok az kiři başvurunca psikiyatristlerin çođu en az iki katı yūik içerisinde çalıştı. Hastalara yeterince vakit ayırlamadı bu yoğunlukta. Ağırlıklı ilaç tedavisi ön plana ıktı. Birey, grup ve aile terapileri yok denecek kadar azdı. Ama özel sektörde durum farklıydı tabi. Özellikle kendi namına hasta gören psikiyatrist ve psikolog sayısında artış gözlemledim.” (K13)

“Ülkemizde psikiyatrist sayısı yetersiz.” (K14)

K11, K13 ve K14 kodlu katılımcılara göre, Türkiye’de ruh sağlığı profesyonellerinin sayısı hizmet ihtiyacını karşılamaktan çok uzaktır. Özellikle psikiyatrist sayısı oldukça yetersizdir. Ülkemizde her 100 bin kişiye 2 psikiyatrist dūřmektedir (www.medimagazin.com.tr/2023). Hasta sayısının ve potansiyelinin her geçen gün artış gösterdiği günümüzde ruh sağlığı politikaları ve hizmet sunumu bakımından orta ve uzun vadede çözüm planına alınması gereken önemli bir sorun olarak gözükmektedir.

Türkiye’deki ruh sağlığı politikalarını değerlendirme kategorisi kodlarından bir diğerini Toplum ruh sağlığı ve 1. basamak ruh sağlığı hizmetleri kodudur. Katılımcılar pandemi öncesinde toplum ruh sağlığı ve birinci basamak hizmetlerinin arttığını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Bu konuda Toplum Ruh Sağlığı merkezleri ile ilgili şunlar söylenebilir. Hem hastaların takibi hem de rehabilite edilmeleri için önemli bir konumda. Ev ziyaretleri, iř uğraşı faaliyetleri psikiyatrist görüşmeleri tek bir yerden yapılabilir. Hastalara daha kolay ulaşılabildiğini dūřünüyorum. Sayılarının daha fazla olması gerektiğini de dūřünüyorum. Böylece daha çok hastaya da ulaşılabilir.” (K5)

“Ulusal ruh sağlığı politikası ve buna ilişkin ulusal düzeyde bir mevzuat olmasa da kendi içinde sistematik olarak adımları belirlenmiş ve daha çok tedaviye odaklanmış bir politika izlenmekteydi. Her ne kadar koruyucu önleyici ve rahabilite edici çalışmaların önemi her zeminde vurgulanmış olsa da bu politikalar kısmen hayata geçirilebilmiş ve kısmen başarı sağlanmıştı. Ayaktan tedaviye göre dizayn edilmiş politikalar sanki daha yoğunluktaıdı. Sorumluluk topluma ve özellikle aile ve yakınlara verilmek istendi. Birinci basamak hizmetleri daha görünür hale geldi.” (K13)

(K5) ve (K13) kodlu katılımcılar tarafından da belirtildiği üzere, toplum temelli ruh sağlığı sistemine giden bir çizgide toplum-hastane temelli (denge modeli) ruh sağlığı politikasına ve hizmet modeline yönelik yapısal bir dönüşümün geçiş aşaması olarak düşünülebilir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) ve Aile Sağlığı Merkezi (ASM), sağlığın psiko-sosyal boyutu ve sosyal rehabilitasyon açısından gerekli bir açılımdır ve kayda değer bir momentum sağlamaktadır.

Sosyal rehabilitasyon ve sosyal destek sistemi, ruh sağlığı hizmet modelinin hayati öneme sahip bir fonksiyonudur. Başka bir ifadeyle biyolojik temelli sağlık anlayışından; sağlığın biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenlerinin multidisipliner ekip anlayışına dayalı bütüncül bir yaklaşımla ele alındığı hizmet modeline geçiş için elzemdir.

Türkiye’deki ruh sağlığı politikalarını değerlendirme kategorisi kodlarından bir diğerisi hasta sayıları üzerinden değerlendirme yapılması kodudur. Katılımcılar pandemi öncesinde hasta sayısı odaklı bir hizmet sunulduğunu dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Hasta odaklı, bakılan hasta sayına odaklı, kalite ve içeriğin arka plana atıldığı, hizmet verenlerin kendini değerersiz hissettiği ve bundan ötürü tükenmişlik hislerinin giderek arttığı bir ortam hissediyorum” (K3)

“Tamamen hastaları seçmen gözü ile gören bir yaklaşım vardı. “Muayene oldun mu, oldum” memnuniyeti üzerinden yürüyordu. Çok hasta bakmanın hekime döner sermaye üzerinden karlı olduğu bir sistemdi. Daha az ama daha kaliteli hasta bakmak aylık geliri büyük oranda düşürüyordu.” (K4)

(K3) ve (K4) kodlu katılımcıların ifadelerinden de anlaşılacağı üzere, hasta sayısına odaklı hizmet sunumu, sağlığın ekonomik boyutunu gündeme getirirken kapitalist sistemin yan etkilerinin yansımalarını da göstermektedir. Sağlıkta kalite ve etkili tedavi anlayışının tartışmalı hale gelebileceği, sağlık politikalarının ve hizmet anlayışının yapısal ve fonksiyonel revizyon gerektirdiği görülmekle birlikte ortaya çıkan tablo düşündürücüdür.

Türkiye'deki ruh sağlığı politikalarını değerlendirme kategorisi kodlarından bir diğeri önem verilmemekte kodudur. Katılımcılar pandemi öncesinde hasta sayısı odaklı bir hizmet sunulduğunu dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Değer görmediğine inanıyorum.” (K2)

“Ruh sağlığı yasası yoktu, hala yok. Psikiyatri derneği bir çalışma yaptı ancak şu anda rafa kaldırılmış durumda. Ülkenin gündemin de değil” (K9)

(K2) ve (K9) kodlu katılımcıların ifadelerine bakıldığında, Türkiye'de pandemi öncesi yerleşik ve sistemli bir ruh sağlığı politikasının olmadığı, elzem bir ihtiyaç haline gelen ruh sağlığı yasasının hala hayata geçirilemediği görülmektedir.

4.5. Türkiye'deki Ruh Sağlığı Hizmetleri

Katılımcıların Pandemi öncesinde Türkiye'deki ruh sağlığı hizmetlerine yönelik görüşleri bu kategori altında değerlendirilmiştir. Türkiye'deki ruh sağlığı hizmetleri kategorisinde katılımcıların en yoğun ifadeye buldukları kod hizmet sunumunda içerik ve süre bakımından yetersizlik kodudur. Katılımcılar Türkiye'deki ruh sağlığı hizmetlerini içerik ve hastaya ayrılan süre açısından yetersiz gördüklerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Hem içerik hem süre olarak yetersiz, hizmet verenlerin mutsuz ve tükenmiş, hizmet alanların öfkeli ve her şeyi kendine hak gördüğü bir hizmet alış verişi olarak yorumlayabilirim.” (K3)

“Ruh sağlığı politikalarında poliklinik ya da yatarak tedaviyi görüyoruz. Yatarak tedavi kısıtlı sayıdaki kişiye hizmet ettiğinden poliklinik hizmeti 3-5 dakika kadar süreyi kapsadığından sadece ilaç tedavisi biçiminde, ruh sağlığı denmesine rağmen

sözel olarak bireyi dinlemeye vakit ayıramamaktadır. Sadece semptomlara göre ilaç tedavisi düzenlenmesi en önemli eksiklidir.” (K11)

“Performans sistemiyle birlikte hastalara ayırmak zorunda bırakıldığımız süre 10 dakika. Sistem ve mevcut ruh sağlığı politikaları bir psikiyatri hastasına sadece 10 dakika ayırmamız konusunda yıllardır zorlamakta. Hastalar mağdur oluyor. 10 dakikada bir psikiyatri hastası değerlendirilemez. Ruh sağlığı almak isteyen kişiler için mağduriyet yarattığını düşünüyorum” (K10)

(K3), (K10) ve (K11) kodlu katılımcıların ifadelerinden de anlaşılacağı üzere, Türkiye'nin ruh sağlığı hizmet sunumunda hem hizmetin içeriği ve kalitesi hem de hastaya ayrılan süre bakımından yetersizlik, kritik öneme haiz olup dikkat çekicidir. Hem hasta haklarının hem de sağlık çalışanlarının hakları iç içe geçmiş olup, çatışmalı bir görünüm sergilemektedir.

Poliklinik ve yataklı tedavi şeklinde yürütülen ruh sağlığı hizmet sunumunun içerik ve hastaya ayrılan süre bakımından (3-5 dk) yetersiz olması; ilaç odaklı, semptomları gidermeye yönelik tedavi anlayışı, hastaya sözel olarak yeterince zamanın ayrılamaması (çoğunlukla), psikoterapinin yok denecek kadar az olmasını ya da arka planda kalmasını beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte hasta yatak sayısı yetersiz olup, kısıtlı sayıda hastaya yataklı tedavi hizmeti verilmektedir.

(K10 kodlu) katılımcının ifadesi oldukça çarpıcı ve düşündürücüdür. Performans sisteminden kaynaklı hastaya ayrılan psikiyatrik muayene süresinin (5-10 dakika) son derece kısa bir sürede gerçekleşmesi, mali konularla ilgili motivasyonun dramatik bir şekilde ön planda tutulduğunu göstermektedir. Ancak salt bu faktöre bağlı olmadığını, aynı zamanda yapısal ve işlevsel sorunların da bulunduğunu; ruh sağlığı profesyonellerinin sayısının ve kurumsal kaynakların mevcut hasta potansiyelinin hem klinik hem de psiko-sosyal açıdan ihtiyaçlarını karşılamakta büyük ölçüde yetersiz kaldığını, arz ve talep arasında aşırı fark olduğunu söylemek mümkündür.

Türkiye'deki ruh sağlığı hizmetleri kategorisi kodlarından bir diğeri yetersiz bulmakta kodudur. Katılımcılar Türkiye'deki ruh sağlığı hizmetlerini yetersiz bulduklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Çok yetersiz değerlendiriyorum. Bölge depo hastaneler küçültüldü yatak sayıları azaltıldı ve yetişmiş personel sayısı oldukça yetersiz, ayrıca nitelik olarak iyi durumda

değiliz. Sadece psikiyatrist sayısı arttı ancak ekibin diğer elemanları artmıyor ve yetersiz” (K9)

“Yeterli düzeyde değil” (K12)

“Koruyucu, önleyici ruh sağlığı hizmetleri son dönemde oldukça yaygınlaştırıldı, ancak tedavi hizmetlerinde iyileştirme yeterli değil, 5 dakikada bir psikiyatri polikliniği yapıldığı ve ilaç tedavisi dışında psikoterapinin yapılmadığı ve yeteri kadar toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine inanılmadığı sürece yetersiz kalmaya devam edecektir.” (K18)

(K9), (K12) ve (K18) kodlu katılımcıların ifadelerinden anlaşılacağı üzere ruh sağlığı alanına ilişkin mevcut beşeri ve kurumsal kaynakların ve şartların oldukça yetersiz kaldığı, Batılı ülkelerin aksine ülkemizde mevcut hasta yatak sayılarının ve ayaktan tedavi hizmetlerinin kapasitesinin arttırılması gerekirken; azaltma, küçültme yolunda politikalar izlendiği ve bu politikaların da ruh sağlığı hizmet sunumuna büyük ölçüde hayati öneme sahip yansımalarının olduğu görülmektedir.

Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetleri kategorisi kodlarından bir diğeri psikoterapi yerine ilaç odaklı tedavi anlayışı kodudur. Katılımcılar Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetlerinin ilaç odaklı olması ve terapiye yeterli önemin verilmemesi konusunda olumsuz değerlendirdiklerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Ruh sağlığı politikalarında poliklinik ya da yatarak tedaviyi görüyoruz. Yatarak tedavi kısıtlı sayıdaki kişiye hizmet ettiğinden poliklinik hizmeti 3-5 dakika kadar süreyi kapsadığından sadece ilaç tedavisi biçiminde, ruh sağlığı denmesine rağmen sözel olarak bireyi dinlemeye vakit ayırlamamaktadır.. Sadece semptomlara göre ilaç tedavisi düzenlenmesi en önemli eksikliklerdir.” (K11)

“Bana kalırsa sağlık sisteminin bir parçası olarak genel manada bedensel hastalıklara odaklanan sağlık hizmetleri ne kadar sistematik işlediyse ruh sağlığı hizmetleri de o kadar iyiydi. Ayrışan önemli zorluk psikiyatrist istihdamında yaşandı. Çok az kadroya çok az kişi başvurunca psikiyatristlerin çoğu en az iki katı yük içerisinde çalıştı. Hastalara yeterince vakit ayırlamadı bu yoğunlukta. Ağırıklı ilaç tedavisi ön plana çıktı. Birey, grup ve aile terapileri yok denecek kadar azdı. Ama özel

sektörde durum farklıydı tabi. Özellikle kendi namına hasta gören psikiyatrist ve psikolog sayısında artış gözlemledim.” (K13)

“Koruyucu, önleyici ruh sağlığı hizmetleri son dönemde oldukça yaygınlaştırıldı, ancak tedavi hizmetlerinde iyileştirme yeterli değil, 5 dakikada bir psikiyatri polikliniği yapıldığı ve ilaç tedavisi dışında psikoterapinin yapılmadığı ve yeteri kadar toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerine inanılmadığı sürece yetersiz kalmaya devam edecektir.” (K18)

(K11), (K13) ve (K18) kodlu katılımcıların da belirttiği üzere gerek psikiyatrist sayısının her geçen gün artan hasta sayısı karşısında büyük ölçüde yetersiz kalması, gerekse sağlık politikasının arka planında mali gelir ile ilgili motivasyonun dramatik bir şekilde yer alması, muayene sürelerinin endişe verici boyutlarda çok kısa (3-5 dakika) olması gibi faktörler, psikoterapinin hiç olmamasına ya da yok denecek kadar sınırlı düzeyde kalmasına ve de ilaç odaklı tedavi sürecinin sürdürülmesine sebebiyet vermektedir.

Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin ise kayda değer ölçüde birey ve toplumun hayatlarına yansıyacak ölçüde olmadığı görülmektedir.

Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetleri kategorisi kodlarından bir diğeri yeterli bulmakta kodudur. Katılımcılar Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetlerini yeterli bulduklarını dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Polikliniğe gelen hastalar için tedavi düzenlendikten sonra sosyal hizmet bölümüne hasta yönlendirilerek istihdam, engellilik, düzenli takibe gelinmesi gibi konularda iletişime geçiliyor. Yatan hastalar için de bu geçerli. Bu sistemin sadece tedavi ile sınırlı kalmadığını ve tam iyilik için herkesin elinden geleni yapmak için çalıştığını gösteriyor.” (K5)

“Yeterli değerlendiriyorum.” (K16)

(K5) ve (K16) kodlu katılımcıların ifadelerine göre, mevcut beşeri ve kurumsal imkan ve şartlar dahilinde ruh sağlığı alanında yer alan ekibin tüm üyelerince optimal düzeyde çalışma ve çabanın ortaya konulduğu anlaşılmaktadır.

Yetersiz kalmaya devam edecektir.” (K18)

Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetleri kategorisi kodlarından bir diğeri hastaya yeterli zamanın ayrılması kodudur. Katılımcılar Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetlerinde hastaya yeterli sürenin ayrılmadığını dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi yönünde çabalar olmakla birlikte hasta yoğunluğu oldukça fazlaydı. Bu nedenle hastalara yeterince süre ayıramıyordu. Randevu almadan hastaneye gelen hastaların da etkisiyle günlük hasta sayısı bazı merkezlerde 50 bazı merkezlerde hekim başına 120 hastaya kadar çıkıyordu. MHRS (Merkezi Hastane Randevu Sistemi)’nden randevusu olmayan hastalar birçok merkezde hekimle karşı karşıya kalıyordu. Döner sermaye dağıtılan merkezlerde hekimlerde döner sermaye kaygısıyla randevu dışı gelen hastalardan da döner sermayeden pay alabilmek kaygısıyla nicelik bakımından çok ama nitelik bakımından düşük hasta görme eğilimindeydi. Psikiyatri birimlerinde ortamın pandemi öncesinde oldukça kaotik olduğu söylenebilir.” (K8)

“Bunların yanı sıra kurumsal olarak verilen hizmetlerin yetersiz olduğunu, hasta sayısının aşırı derecede olduğunu ve hastalara ayrılan sürenin son derece yetersiz olduğunu söylemek isterim.” (K14)

(K8) ve (K14) kodlu katılımcıların ifadelerinden de anlaşılacağı üzere, hem hasta sayısının aşırı yoğunluğu hem de döner sermaye gibi ekonomik kaygılar nedeniyle hastaya ayrılan sürenin son derece yetersiz olmasına ve dolayısıyla hizmet kalitesinin, standardın önemli ölçüde altında kalmasına neden olmaktadır.

Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetleri kategorisi kodlarından bir diğeri ekipler yeterli kodudur. Katılımcılar Türkiye’deki ruh sağlığı hizmetlerinde ekiplerin katkısı olduğunu dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Psikiyatri klinikleri ve polikliniklerinde hastalara ekip çalışması ile ulaşıldığını düşünüyorum. Zorunlu yatış ve tedavi için savcılık ve kolluk kuvvetlerine başvuru ve işlemlerini çoğu hasta yakını bilmiyor ve bu yüzden sorun yaşıyorlar.” (K5)

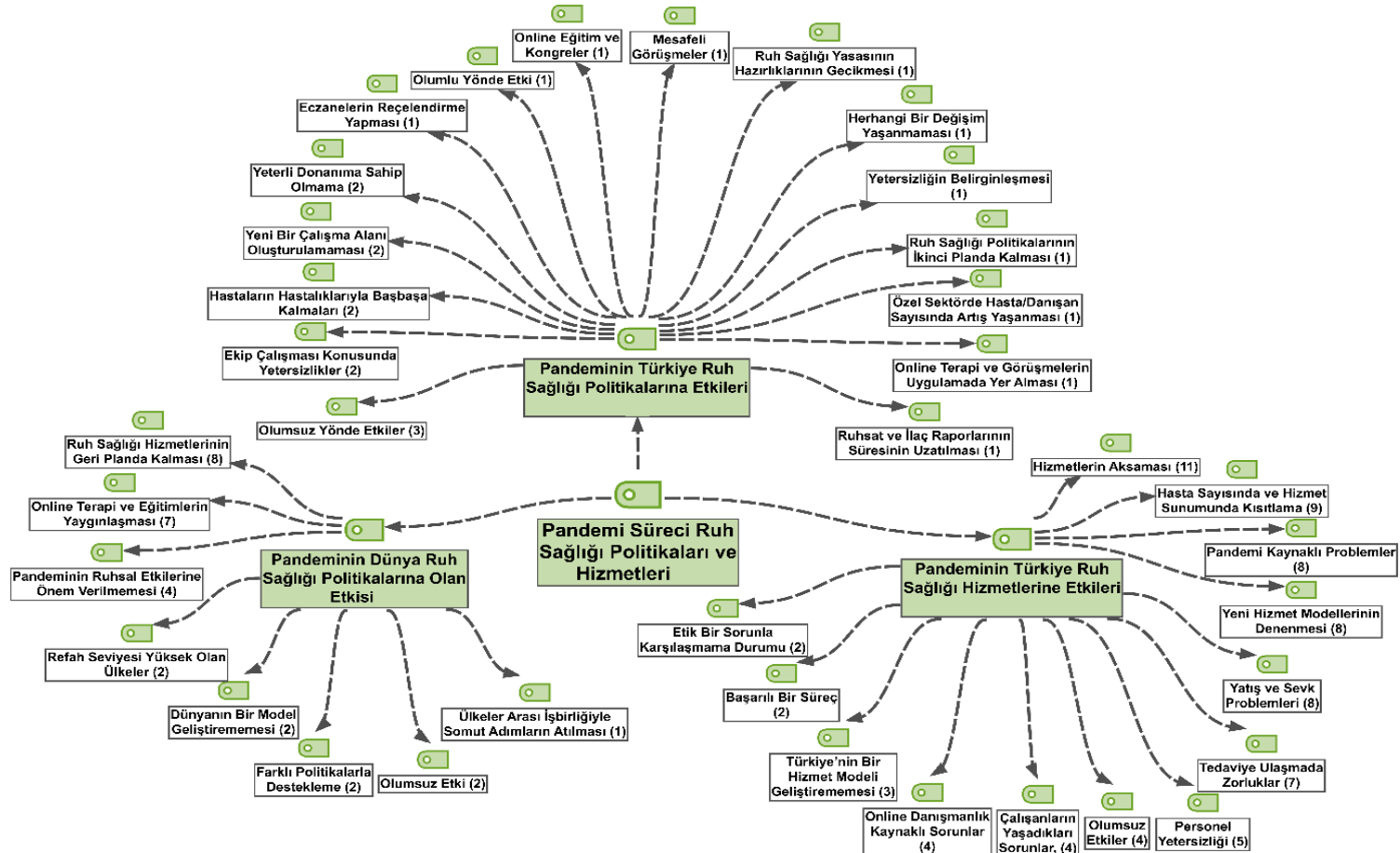
(K5) kodlu katılımcı ifadesi göre, özellikle acil durumlarda olmak üzere multidisipliner ekip çalışmasının önemi ortaya çıkmakta olup, hasta ve yakınlarının ve de genel olarak toplumun ruh sağlığı hizmetleri ve hizmete erişim kanalları hakkında bilgilendirilmeleri önem arz etmektedir.

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	TOPLAM	
▼ Pandemi Öncesi Ruh Sağlığı Politikaları ve Hizmetleri																					0
▼ Türkiye'deki Ruh Sağlığı Politikalarını Değerlendirme																					0
Olumlu Gelişmeler		1						1					1			1					4
İlgili Profesyonel Sayısının Yetersizliği											1		1	1							3
Koruyucu Hekimliğin Yetersizliği				1				1						2							4
Yetersiz-Eksikler Var	1		1				1					1		1					1	1	7
Toplum Ruh Sağlığı ve 1. Basamak Ruh Sağlığı Hizmetleri							1						1								2
Bu Şartlar Altında En İyisi				1									1		1			2	1		6
Hasta Sayıları Üzerinden Değerlendirme Yapılması			1	1																	2
Önem Verilmemekte		1							1												2
▼ Türkiye'deki Ruh Sağlığı Hizmetleri																					0
Ekipler Başarılı					1																1
Hastaya Yeterli Zamanın Ayrılmaması								1						1							2
Yeterli Bulmakta					1											1					2
Psikoterapi Yerine İlaç Odaklı Tedavi Anlayışı											1			1							3
Hizmet Sunumunda İçerik ve Süre Bakımından Yetersizlik			1				1				1			1							6
Yetersiz Bulmakta		1	1									1									5
Σ TOPLAM	2	2	4	3	3	2	1	2	2	1	3	2	6	5	1	2	2	5	1		49

Tablo 4.4. Pandemi öncesi ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri kod matris gösterimi

Pandemi öncesi ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri teması kodlarının katılımcılara göre yoğunluklarının grafiğine şekil 3'te yer verilmiştir. Buna göre ilgili temaya K13, K14 ve K18 kodlu katılımcılar yoğun ifadeyle bulunmuştur. K14 kodlu katılımcı koruyucu hekimliğin yetersizliği K17 kodlu katılımcı bu şartlar altında en iyisi koduna yoğun ifadeyle bulunmuştur.

4.6. Pandemi Süreci Ruh Sağlığı Politikaları ve Hizmetleri



Tablo 4.5. Pandemi süreci ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri teması hiyerarşik kod alt kodların istatistiği gösterimi

Katılımcıların ruh sağlığı politikaları ve hizmetlerine ilişkin görüşlerinden pandemi sürecine ilişkin ifadeleri pandemi süreci ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri teması çerçevesinde ele alınmıştır. Pandemi süreci ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri teması üç kategoriye ayrılmıştır. Bunlar; pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına etkileri, pandeminin dünya ruh sağlığı politikalarına olan etkileri, pandeminin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkileridir.

4.8. Pandeminin Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikalarına Etkileri

Katılımcıların pandeminin Türkiye’deki ruh sağlığı politikalarına olan etkisine ilişkin ifadeleri bu kategori altında kodlanmıştır. Pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına etkileri kategorisinde katılımcıların en yoğun ifadeye buldukları kod olumsuz yönde etkiler kodudur. Katılımcılar pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına olumsuz etkisi olduğunu dile getirmiştir. Konuya ilişkin katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Olumsuz yönde etkiledi” (K1)

“Ciddi boyutta olumsuz olarak etkilenme var. Öncelikle sayısı az olan profesyoneller nöbet usulü daha az hasta görecektir şekilde hizmetler verildi. Halktan bir süre hastaneleri meşgul etmemeleri istendi. Ruh sağlığı profesyonelleri Covid-19 tedavisine ya da fiyasyona kaydırıldı. Bu da ruh sağlığı hizmetlerinin kısıtlanmasına ve hizmet alacak kişilerin sayısının az olması anlamına gelmektedir.” (K11)

K1 ve K11 kodlu katılımcıların ifadelerine göre, Ağır bir klinik tabloya dönüşme ve ölüm korkusu gibi ciddi manada endişe verici faktörlerin yanı sıra, insan ve halk sağlığına dair öncelikli olarak hayatta kalma (survival) motivasyonuna bağlı olarak ruh sağlığı hizmetleri arka planda kalmış ya da çok sınırlı düzeyde tutulmuş olup, ruh sağlığı alanına ilişkin insan kaynakları Covid-19 ile mücadele alanına tahsis edilmiştir.

“Olumsuz etkiledi” (K19)

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına etkileri kategorisinde katılımcıların ifadeye buldukları bir diğer kod ekip çalışması konusunda yetersizlikler kodudur. Katılımcılar pandemi sürecinde ekip çalışmasında yetersizlik yaşandığını dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Ekip çalışmasının yetersizliği nedeniyle sıkıntılı” (K1)

“Profesyonel ekip çalışması olmadığı için bireysel düzeyde kaldığına inanıyorum” (K1)

K1 kodlu katılımcı beyanına göre, ruh sağlığı alanına ilişkin hem yapısal sorunlar hem de Covid-19 Pandemisine özgü şartlar nedeniyle ekip çalışmasının önemli ölçüde olumsuz etkilendiği görülmektedir.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod yeterli donanımına sahip olmama kodudur. Katılımcılar pandemi sürecinde ruh sağlığı politikalarına ilişkin yeterli donanımın olmadığını dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Hiçbir zaman böyle bir donanıma sahip olmadı bu ülke” (K1)

K1 kodlu katılımcının ifadesine göre, hem pandemi öncesi hem de pandemi dönemi dahil Türkiye Ruh Sağlığı Sisteminin pandeminin etkilerini karşılayabilecek donanım ve hazırlığa sahip olmadığı anlaşılmaktadır.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod yeni bir çalışma alanı oluşturulamaması kodudur. Katılımcılar pandemi sürecinde ruh sağlığı politikalarına yeni bir çalışma alanı oluşturulamadığını dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Yeni bir çalışma alanı oluşturmadı” (K2)

K2 kodlu katılımcı ifadesine göre Covid-19 Pandemisine özgü yeni bir çalışma alanının oluşturulamamasından bahsedilmektedir.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod yetersizliğin belirginleşmesi kodudur. Katılımcılar pandemi sürecinde ruh sağlığı politikalarındaki yetersizliklerin belirginleştiğini dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Hissedilen yetersizlik daha belirginleşti.” (K3)

K3 kodlu katılımcı ifadesine göre, ruh sağlığı sisteminin düzenli ve sürdürülebilir bir hizmet politikasına sahip olmaması, ekipman, donanım, finansal ve insani kaynaklar bakımından mevcut yapısal sorunların ve yetersizliğin küresel salgın şartlarında daha da görünür hala geldiği anlaşılmaktadır.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod ruh sağlığı politikalarının ikinci planda kalması kodudur. Katılımcılar pandemi sürecinde ruh sağlığı politikalarının öneminin azaldığı ve başka alanlara önem verildiğini dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“İkinci plana atıldı. Diğer tıp alanlarında da benzer bir şey oldu başta. Ancak ruh sağlığının ikinci plana atılmasının kalıcı olduğu kanaatindeyim” (K4)

K4 kodlu katılımcı ifadesine göre, ruh sağlığının ikinci plana atılması ve kalıcı olduğunun düşünülmesi, biyolojik temelli sağlık anlayışının yansımaları olarak görülebilir.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod ruh sağlığı yasasının hazırlıklarının gecikmesi kodudur. Katılımcılar pandemi sürecinde ruh sağlığına ilişkin oluşturulacak yasaların hazırlanmasının geciktiğini dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Ruh Sağlığı Yasası hazırlıklarını geciktirdi” (K17)

K17 kodlu katılımcının ifadesi, pandeminin beklenen etkileri olarak değerlendirilebilir.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod herhangi bir değişim yaşanmaması kodudur. Katılımcılar pandemi sürecinde ruh sağlığına ilişkin herhangi bir değişim yaşanmadığını dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Bence ruh sağlığı politikalarında önemli bir değişme olmadı.” (K8)

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod mesafeli görüşmeler kodudur. Katılımcılar pandemi sürecinde mesafeli görüşmeler gerçekleştirildiğini dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Görüşmeler belli bir mesafeden yapılmaya çalışıldı” (K14)

K14 kodlu katılımcı ifadesine göre, salgınla mücadeleye özgü uygulanan fiziksel mesafe, hasta-hekim arasında kurulan mesleki ilişki üzerinde etkili olmuş olabilir.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod ruhsat ve ilaç raporlarının süresinin uzatılması kodudur.

Katılımcılar pandemi sürecinde ilaç ruhsat ve raporlarına ilişkin düzenleme yapıldığını dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Silah ruhsatı ve ilaç raporu gibi belgelerin süresi uzatıldı” (K14)

K14 kodlu katılımcı ifadesine göre, Covid-19 pandemisine dair olağanüstü koşulların resmi ve tıbbi işlemlere yansımalarını görmekteyiz.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod eczanelerin reçetelendirme yapması kodudur. Katılımcılar pandemi sürecinde eczanelerde reçetelendirme yapıldığını dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Eczaneler vasıtasıyla bazı ilaçlar reçete edilip temin edildi.” (K14)

K14 kodlu katılımcıya göre, Covid-19’un hizmet alan hedef kitleye yönelik kolaylaştırıcı etkilerini görmekteyiz.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod online eğitim ve kongreler kodudur. Katılımcılar pandemi sürecinde online kongre ve eğitimlerin gerçekleştiğini dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Zoom üzerinden online eğitimler düzenlendi, hekimlere ulaşılabilirdi, kongreler online yapılabilirdi” (K14)

K14 kodlu katılımcı ifadesine göre, Sağlık ve eğitime dair gereksinimler, Covid-19’un yol açtığı koşullar ve salgın ortamında teknolojik araçların kullanılmasını gerektirmiş ve metodolojik olarak yeniliklere ve yeni yaklaşımlara kapı aralamıştır. Bu durum sosyal değişmenin minör düzeyde de olsa öncü göstergelerinden biri olarak görülebilir.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod hastaların hastalıklarıyla baş başa kalmaları kodudur. Katılımcılar pandemi sürecinde hastaların tedavi alamadığına yönelik ifadede bulunmuşlardır. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Benim gözlemlerim, hastalar uzunca bir süre hastalıklarıyla baş başa kaldılar. Bunda kısıtlı hizmet ve bulaş korkusunun etkisi elbette vardı. Randevu sisteminde kimi zaman ruh sağlığı sekmesi görünmez oldu. Hastalarla görüşmeler (yüz yüze) çok kısa tutulunca istenilen verim alınamadı. Online terapi ve görüşmeler özellikle özel sektörde deyim yerindeyse patlama yaşandı. Belki de teknolojinin en çok kullanıldığı alanlar bireysel terapiler ve görüşmeler oldu.” (K13)

K13 kodlu katılımcı ifadesine göre, pandemin koşullarından ciddi manada olumsuz etkilenen ve uzunca bir süre mağduriyet yaşayan sosyo-ekonomik açıdan da dezavantajlı görünen psikiyatri hastalarının profesyonel ve kurumsal destekten mahrum kalmaları dolayısıyla bireysel ve toplumsal düzeyde hem sağlık sorunlarının hem de finansal yükün arttığı söylenebilir.

“Ciddi boyutta olumsuz etkilenme var. Öncelikle sayısı az olan profesyoneller nöbet usulü daha az hasta görecektir şekilde hizmetler verildi. Halktan bir süre hastaneleri meşgul etmemeleri istendi. Ruh sağlığı profesyonelleri Covid-19 tedavisine ya da fiyasyona kaydırıldı. Bu da ruh sağlığı hizmetlerini kısıtlanmasına, hizmet alacak kişilerin sayısının az olması anlamına gelmektedir.” (K11)

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı politikalarına etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod özel sektörde hasta/danışan sayısında artış yaşanması kodudur. Katılımcılar pandemi sürecinde hastaların özel sektöre yöneldiğini dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Benim gözlemlerim, hastalar uzunca bir süre hastalıklarıyla baş başa kaldılar. Bunda kısıtlı hizmet ve bulaş korkusunun etkisi elbette vardı. Randevu sisteminde kimi zaman ruh sağlığı sekmesi görünmez oldu. Hastalarla görüşmeler (yüz yüze) çok kısa tutulunca istenilen verim alınamadı. Online terapi ve görüşmeler özellikle özel sektörde deyim yerindeyse patlama yaşandı. Belki de teknolojinin en çok kullanıldığı alanlar bireysel terapiler ve görüşmeler oldu.” (K13)

4.9. Pandeminin Türkiye Ruh Sağlığı Hizmetlerine Etkileri

Katılımcıların pandeminin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkilerine ilişkin ifadeleri pandeminin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkileri kategorisi altında kodlanmıştır. İlgili kategoriye ilişkin katılımcıların en çok ifadede buldukları kod hizmetlerin

aksaması kodudur. Katılımcılar pandemide ruh sağlığı hizmetlerinin aksadığına yönelik ifadeye bulunmuştur. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“TRSM’ler resmi olarak hiçbir zaman kapatılmadı. Hatta hastanelere asla kapatmayın diye yazı da gönderildi. Bununla birlikte TRSM, ATM gibi bölümlerde iyi kötü demeden bir denetim vardı. Göstermelik de olsa daha iyi şartlar için hasta yönetimlerine baskı uygulanıyordu. Pandemi ile birlikte bu denetimler yüzeyselleşti. Personellerin COVID-19 alanlarına çekilmesi rutinleşti. İşleyişteki aksaklıklar görmezden gelindi.” (K4)

K4 kodlu katılımcının ifadesine göre, ruh sağlığı hizmet alanına özgü tüm hizmet kollarının Covid-19 pandemisinden olumsuz etkilendiği, insan kaynaklarının Covid-19 izolasyon ve tedavi birimlerine kanalize edilmesi, hatta beraberinde işleyişteki aksaklıkların görmezden gelinmesi de dikkat çekicidir.

“Poliklinik hizmetlerinin durdurulması nedeniyle hastaların tedavi hakkının alınması büyük bir etik sorundur” (K7)

K7 kodlu katılımcının ifadesine göre, pandeminin getirdiği olağanüstü şartlar nedeniyle de olsa hastalarının tedavi olma, profesyonel yardım alma hakkının sağlanamaması ciddi bir etik sorun olarak görünmektedir, Bu durum karşısında, hasta hakları ve de insan hakları temelinde mevcut sistemin analitik bir yaklaşımla yeniden ele alınıp değerlendirilmesinin uygun olacağı ve bunun yanı sıra bundan sonraki doğal ve biyolojik afetlerin de dikkate alınarak yeni bir ruh sağlığı sistemi ve hizmet modeli üzerinde çalışma yapılmasının isabetli olacağı söylenebilir.

“Pandemi sürecinde ruh sağlığı hizmetleri özellikle 2. Basamak ve TRSM hizmetleri çok yavaşladı. İlk bir yıl özellikle TRSM’ler faaliyet gösteremedi. Uzaktan ve online hizmetlerin, özellikle hasta yakınlarının desteklenmesi gibi yeni hizmet modelleri üretildi. Özellikle psikososyal destek hizmetleri telefon hatları ile yapılmaya çalışıldı.” (K18)

K18 kodlu katılımcının ifadesine göre, uzaktan ve online terapi-desteğin hizmet sunumunda yerini alması, hasta yakınlarına telefon hatları kanalıyla psikososyal destek sağlanmaya çalışılması, Covid-19’un ruh sağlığı alanına özgün yansımaları olarak görülebilir.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod hasta sayısında ve hizmet sunumunda kısıtlama kodudur. Katılımcılar pandemi döneminde poliklinik hizmeti verilen hasta sayısında ve hizmet sunumunda kısıtlama yaşandığına yönelik ifadede bulunmuşlardır. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Pandemi döneminde hastaneye gelen hasta sayısının azalması nedeniyle hasta sayısı belirgin olarak azaldı. Hasta sayısında merkezden merkeze değişme olmakla birlikte yüzde 30-70’e varan bir oranda azalma olduğu söylenebilir. Birçok psikiyatri servisi kapatıldı. Bazı merkezlerin üzerindeki yük azalırken bazı merkezlerin üzerindeki yük çok arttı. Ruhsal sorun yaşayan bireylerin psikiyatrik yardım alması zorlaştı. Sevk zinciri sınırlı sayıda sağlık merkezinde yatarak tedavi yapılması nedeniyle aksadı. Genel olarak ruh sağlığı hizmetlerine ulaşma zorlaştı. Hekimler açısından ise bazı merkezlerde rahatlama, bazı merkezlerde ise aşırı yoğunluk olarak kendisini gösterdi. İlçe hastaneleri hasta sevk etme konusunda sıkıntı yaşadı. Büyük merkezler ise hasta yoğunluğu açısından sıkıntı yaşadı.” (K8)

K8 kodlu katılımcı ifadesine göre, pandemi tedbirleri ve koşulları nedeniyle hasta sayısının kısıtlanması, sevk zincirinin aksaması, genel olarak ru sağlığı hizmetlerine erişimin zorlaşması, bazı merkezlerde aşırı hasta yoğunluğu gibi Covid-19 pratikleri yaşanmıştır. Buradan hareketle Covid-19’un ruh sağlığı sisteminin ve hizmet sunumunun yapısal ve işlevsel unsurlarını derinden ciddi boyutlarda etkilediği söylenebilir.

“Benim gözlemlerim, hastalar uzunca bir süre hastalıklarıyla başbaşa kaldılar. Bunda kısıtlı hizmet ve bulaş korkusunun etkisi elbette vardı. Randevu sisteminde kimi zaman ruh sağlığı sekmesi görünmez oldu. Hastalarla görüşmeler (yüz yüze) çok kısa tutulunca istenilen verim alınamadı. Online terapi ve görüşmeler özellikle özel sektörde deyim yerindeyse patlama yaşandı. Belki de teknolojinin en çok kullanıldığı alanlar bireysel terapiler ve görüşmeler oldu.” (K13)

“Öncelikle çalışma barışı bozuldu. Branşlar arasında ve ruh sağlığı çalışanları arasında haksızlığa uğradığını, başkasının kayırıldığını düşünen kişi sayısı arttı. Huzurlu çalışma ortamı oldukça azaldı. Bir diğer ve belki de en önemli konu, poliklinik sayısı kaçınılmaz olarak azaldı. Aile hekiminin de tedavi edebileceği bir anksiyete bozukluğu hastası, işlevselliği zaten daha iyi olduğu için randevu alabildi ancak

şizofreni gibi diğer hastalarımız randevu almakta zorlandı. Bunun çözümü için çalıştığım yerde diğer arkadaşlarla birlikte karar aldık ve valilik yasağına rağmen randevusuz hasta baktık. Bunun diğer bir sonucu da hastaların beklerken birbirleri ile temas etme süresinin artmasıydı. Bunu engellemek için bir tıbbi sekreter arkadaşı sıra, maske ve mesafe konusunda görevlendirdik. Bulaşa sebep olduğumuzu sanmıyorum ama ekip olarak hepimizin iş yükü çok arttı” (K4)

K4 kodlu katılımcının ifadesine göre, ruh sağlığı alanında görev yapan profesyoneller arasında iş yükü ve görev dağılımına ilişkin yönetim ve organizasyondan kaynaklı birtakım olumsuzlukların yaşandığı, iş doyumunun azaldığı, poliklinik sayısının ciddi boyutlarda azaltıldığı ve bu şartlara rağmen lokal düzeyde çalışanların hasta mağduriyetini azaltmaya yönelik inisiyatif de kullandığı anlaşılmaktadır.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod yatış ve sevk problemleri kodudur. Katılımcılar pandemi döneminde ruh sağlığı hizmetlerinde yatış ve sevk konularında problem yaşandığına ilişkin ifadede bulunmuşlardır. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“En büyük sorun yatış gerektiren hastalardaydı. Zaten az olan psikiyatri servislerinin sayısı iyice azaldı. Hasta pandeminin ortasında acil servis gibi sirkülasyonun yoğun olduğu kapalı yerlerde birkaç gün bazen de 1 hafta kadar yataklı servis bekledi.” (K4)

K4 kodlu katılımcının ifadesine göre, psikiyatri yataklı servislerin çoğunlukla ya da tamamen kapatılmış olmasının özellikle yatış gerektiren hastalarda mağduriyete yol açtığı ve beraberinde acil servislerin de iş yükünü ciddi manada artırdığı anlaşılmaktadır.

“Yataklı servisler uzunca bir süre kapalı (1,5 yıl gibi) kaldı. Ayaktan verilen poliklinik hasta sayısı azaltıldı, kısıtlandı.” (K14)

“COVID-19 salgını, ruh sağlığı hizmetlerini sunmaya devam etme kapasitesi üzerinde etkili oldu. Çocuklar da dahil olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıkları ele alma ve bunlara müdahale etme yeteneği kesintiye uğradı. Covid-19 salgını, ruh sağlığı hizmetlerini olumsuz etkiledi ve ayaktan ya da yataklı ruh sağlığı hizmetlerinin öncelik sırasında gerilemeye neden oldu. Ruh sağlığı çalışanları, virüs enfeksiyonunun tanı ve tedavisi ile ilgili alanlara kaydırıldı ve psikiyatri yatakları azaltıldı. Halk sağlığını

koruma bakımından bu türden girişimlerin varlığı zorunlu olsa da hizmet verenler ve hizmet alanlar ciddi anlamda zorlandılar.” (K15)

K15 kodlu katılımcının ifadesine göre, pandemi politikasının izlendiği dönemde bulaşıcı olmayan hastalıkları ele alma ve bunlara müdahale etme yeteneğinin kesintiye uğradığı başka bir deyişle bulaşıcı olmayan hastalıkların ikinci plana bırakıldığı ya da ertelendiği ve izlenen bu sağlık politikasının diğer hasta popülasyonunda olduğu gibi ruhsal hastalıkları olan hastaları mağdur ettiği anlaşılmaktadır.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod pandemi kaynaklı problemler kodudur. Katılımcılar pandemi döneminde ruh sağlığı hizmetlerinin hastalık nedeniyle sekteye uğradığını ifade etmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Çok aksattı, poliklinikler kapatıldı. Acil vakalar dışında vaka bakılmadığı için, hastalar hekime hizmete ulaşamamanın sıkıntılarını yaşadılar, intiharlar arttı. Kaygı bozuklukları, İntiharlar, OKB’ ler anormal artış oldu, yeme bozukluğu arttı,” (K9)

“Covid-19 ile beraber ortaya çıkan yeni kaygı bozukluğu, Covid-19’dan yakınıni kaybedenlerin yas süreçleri gibi tedaviye ihtiyacı olan kişiler ortaya çıktı.” (K11)

K9 ve K11 kodlu katılımcıların ifadelerine göre, acil vakalar dışında vakalara bakılmadığı için hastaların hizmete erişiminin çok büyük ölçüde kesintiye uğradığı ve mağduriyetler yaşandığı, intiharlarda, kaygı bozukluklarında, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)’larda ve yeme bozukluğunda anormal artışların olduğu; Covid-19’dan yakınıni kaybeden insanların oldukça sıkıntılı geçen yas süreçleri ve tedaviye (erteleme olmaksızın), psikososyal desteğe ihtiyacı olan kişilerin ortaya çıktığı söylenebilir.

“Pandeminin ilk zamanlarında bir hekim olarak stigmatizasyon nedeniyle sorun yaşadığımı düşünüyorum. Sağlık çalışanları bir süre “virütik” gibi damgalandı.” (K10)

K10 kodlu katılımcının ifadesine göre, pandeminin belli bir döneminde hekimler de dahil sağlık çalışanlarının stigmatizasyona uğradığı, “virütik” gibi damgalandığı anlaşılmakla birlikte, Covid-19 virüsünün birey ve topluma yönelik psikolojik ve sosyo-kültürel yansımalarının dramatik ve de dikkate değer yansımaları görülmektedir.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod yeni hizmet modellerinin denenmesi kodudur. Katılımcılar pandemi döneminde ruh sağlığı hizmetlerinde yeni modellerin hayata geçirildiğini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Telefon ile Covid-19’a yönelik ruh sağlığı hizmeti oluşturulmaya çalışıldı ancak sürdürülemedi.” (K10)

“Ruh sağlığı hizmetlerinin pandemi nedeniyle kesintiye uğraması üzerine Sağlık Bakanlığı, ruh sağlığı bozukluğu olan hastalara 7/24 danışma hizmeti vermek üzere bir telefon hattı kurmuştur. Türkiye’de uygulanmakta olan e-sağlık uygulamalarının yanı sıra pandemi sürecinde hayata geçirilen Hayat Eve Sığar, RUHSAD ve Özel Çocuklar Destek Sistemi gibi uygulamalar önemli düzeyde fayda sağlamış ve kullanıcıların yaşamlarını kolaylaştırmıştır.” (K15)

“Pandemi sürecinde ruh sağlığı hizmetleri özellikle 2. Basamak ve TRSM hizmetleri çok yavaşladı. İlk bir yıl özellikle TRSM’ler faaliyet gösteremedi. Uzaktan ve online hizmetlerin, özellikle hasta yakınlarının desteklenmesi gibi yeni hizmet modelleri üretildi. Özellikle psikososyal destek hizmetleri telefon hatları ile yapılmaya çalışıldı.” (K18)

K15 ve K18 kodlu katılımcıların ifadelerine göre, pandemi döneminde ruh sağlığı hizmetlerinin kesintiye uğraması üzerine Sağlık Bakanlığı tarafından 7/24 danışma hizmeti vermek üzere telefon hattı kurulmuş olup, e-sağlık uygulamasının yanı sıra, Hayat Eve Sığar (HES kodu) uygulamasına geçilmiştir. Buna müteakip RUHSAD ve Özel Çocuklar Destek Sistemi de hayata geçirilerek, önemli ölçüde toplumsal fayda sağlamış ve pandeminin olumsuz etkilerini kısmen de olsa azaltarak insanların hayatlarını kolaylaştırıcı etki yapmıştır. Öyle ki HES kodu toplumsal bir parola gibi insan ve toplum hayatının her alanında yansımalarını göstermiş ve adeta bir gölge gibi bireyin takipçisi olmuştur sosyal ve kamusal hayatta.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod tedaviye ulaşmada zorluklar kodudur. Katılımcılar pandemi döneminde ruh sağlığı hizmetlerine hastaların ulaşmasında zorluk yaşandığını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Covid-19 bulaşacak diye olabildiğince kısıtlı sayıda hizmet verildi. Öncelikli ruh sağlığına gereksinimi olanlar başvurulsun denildi, ancak bu önceliği kim belirleyecekti. İlaç raporları tekrarlanamadı, çoğu kişi tedaviden mahrum oldu. Diğer taraftan online terapi hizmeti ortaya çıktı. Birçok kişi online terapiye başvurdu. Ancak bu hizmeti veren profesyoneller serbest çalışan ve para ile hizmet veren kişilerdi. Parası olmayanlar için durum yine olumsuzdu. Hizmeti veren profesyoneller hastadan bulaş olursam diye, hastalar hekimden bulaş alırsam diye hizmet verilen kişilerin kısıtlı sayıda olmasında etkili oldu.” (K11)

K11 kodlu katılımcı ifadesine göre, online terapi hizmeti verenlerin ücretli ve serbest çalışan kişiler olduğu, bu durumda ekonomik imkanı olanların bu hizmetten yararlandığı, sosyo-ekonomik yönden yoksun ya da dezavantajlı kişilerin bu hizmetten yararlanmadığı dolayısıyla mağduriyet yaşadığı anlaşılmaktadır.

“Küçük şehirlerde bile yüzlerce binlerce insan hayatını kaybetti. Birden fazla yakınını kaybeden insanlar oldu. Çok büyük bir travma... Bu insanlar randevu bulmakta zorlandılar, bunun yanı sıra damgalanma korkusu yaşıyor olabilirler.” (K14)

K14 kodlu katılımcının ifadesine göre, Covid-19 pandemi sürecinde yüzlerce-binlerce insanın hayatını kaybettiği ve bunlar arasında birden fazla yakınını kaybeden insanlar olduğu, olağanüstü derecede ölümlerin kayıpların ardından çok büyük bir travmanın yaşandığı ve bu duruma maruz kalan insanların ruh sağlığı hizmetinden yararlanmaya dair muayene randevusu bulmakta zorlandıkları ve sosyal hayatta damgalanma (stigmatizasyon) korkusu ile karşı karşıya kaldıkları anlaşılmaktadır.

“COVID-19 salgını, ruh sağlığı hizmetlerini sunmaya devam etme kapasitesi üzerinde etkili oldu. Çocuklar da dahil olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıkları ele alma ve bunlara müdahale etme yeteneği kesintiye uğradı. Covid-19 salgını, ruh sağlığı hizmetlerini olumsuz etkiledi ve ayakta ya da yataklı ruh sağlığı hizmetlerinin öncelik sırasında gerilemeye neden oldu. Ruh sağlığı çalışanları, virüs enfeksiyonunun tanı ve tedavisi ile ilgili alanlara kaydırıldı ve psikiyatri yatakları azaltıldı. Halk sağlığını koruma bakımından bu türden girişimlerin varlığı zorunlu olsa da hizmet verenler ve hizmet alanlar ciddi anlamda zorlandılar.” (K15)

K15 kodlu katılımcının ifadesine göre, Covid-19 salgınının, ruh sağlığı hizmetlerinin salgının etkileri ile mücadele etme kapasitesi üzerinde çok büyük etkileri olduğu, sistemin oldukça zorlandığı, bulaşıcı olmayan diğer hastalık grubuna yönelik

hizmetlerin kesintiye uğradığı ve dolayısıyla pandeminin ruh sağlığı hizmet sistemi üzerinde ciddi boyutlarda olumsuz etkileri olduğu görülmektedir.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkileri kategorisinde katılımcıların ifadeye buldukları bir diğer kod personel yetersizliği kodudur. Katılımcılar pandemi döneminde ruh sağlığı hizmetlerinde hizmet verecek personelin sayısında azalma yaşandığını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Ruh sağlığı alanında hizmet veren personel sayısındaki yetersizlikten dolayı mevcut personelin iş yükü arttı” (K2)

K2 kodlu katılımcı ifadesine göre, ruh sağlığı alanındaki insan kaynaklarının yetersizliği ve hasta popülasyonunun çok olması nedeniyle iş yükünün arttığı ifade edilmektedir. Türkiye Psikiyatri Derneğinin yaptığı araştırmada her 100 bin kişiye 2 psikiyatrist düştüğü ve Türkiye genelinde hastanelere başvuranların % 25’inin psikiyatrik rahatsızlıkları olduğu ifade edilmektedir (TPD, 2023).

“Hayır, üstelik zaten az sayıda olan hekimi de elinden kaçırdı. Çok sayıda istifa eden arkadaşım var. Aralarında en son kalan bendim, ben de istifa ettim. COVID-19 nöbetleri beni zihinsel olarak çok yorduğu için psikiyatri polikliniğinde vermiş olduğum hizmetin de kalitesi düşmeye başlamıştı” (K4)

K4 kodlu katılımcı ifadesine göre insan kaynakları politikasının önemine ve salgının ruh sağlığı profesyonellerinin iş doyumunu ve hizmet verimliliğine yönelik etkilerine dikkat çekilmektedir. Nitekim Wuhan kentinde sağlıkçılarla yapılan ilk çalışmada salgının hemen ardından sağlık ekiplerinin % 71,3’ünde eşik altı ve hafif seviyede, % 22,4’ünde orta seviyede % 6,2’sinde ciddi seviyede ruhsal bozuklukların meydana geldiği saptanmıştır (İzci, 2020; Akt: Tanrıverdi, 2021). Ayrıca Çin’deki 34 hastanede yapılan bir çalışmada 1257 sağlık çalışanının % 75’inin stresli olduğu, katılımcıların % 50’sinin depresyon belirtileri olduğu ve % 33’ünün uykusuzluk yaşadığı ve anksiyete belirtilerinin olduğu bildirilmiştir (Spoorty, 2020; Akt: Tanrıverdi 2021).

“Olmadı. En basit nedeni ise işsizliğin artması, işsizlik korkusunun artması, alım gücünün azalması ve gerçek enflasyon. Bunlarda bir düzelme ya da stabilleşme olmadan, ne kadar fazla sayıda ruh sağlığı çalışanı göreve getirseniz de düzelme olacağına inanmıyorum. Kaldı ki pandemi döneminde psikolog SHU ve hemşire gibi ruh sağlığı çalışanlarının işe alınmasında bir artış olduğunu sahada gözlemlemedim. Zaten olanlar da ekstra COVID-19 alanlarında görevlendiriliyordu.” (K4)

K4 kodlu katılımcı ifadesinde ruh sağlığı hizmet alanının sosyo-ekonomik boyutunun kritik önemine vurgu yapılmaktadır. Okan Müderrisoğlu da makalesinde: ekonomilerin durduğunu ve milyonlarca insanın işsiz kaldığını belirtmektedir (Müderrisoğlu, 2021). Diğer taraftan İşsizliğin ruh sağlığı üzerine Paul W.ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise: işsizliğin ruh sağlığı açısından önemine değinilmekle birlikte işsizliğin ruh sağlığı açısından olumsuz etkileri olduğu, işsizlikle başa çıkmanın zorlu bir süreç olduğu ve işsizlik sorunu yaşayan pek çok kişinin bu dönemde; stress, endişe, umutsuzluk, değersizlik yaşayabileceği ve bunlara depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon ve düşük özsaygı gibi olumsuzlukların eşlik edebileceğine yer verilmektedir (Power, Paul W and diğ. 2008).

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod olumsuz etkiler kodudur.

Katılımcılar pandemi döneminde ruh sağlığı hizmetlerinde olumsuz etkilerin yaşandığını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Pandeminin psiko-sosyal etkilerini karşılayacak donanıma sahip değil. İnsanların sosyalleşmesi için gereken daha az riskte yeterince parklar yeşil açık alanlar yok.” (K10)

“COVID-19 salgını, ruh sağlığı hizmetlerini sunmaya devam etme kapasitesi üzerinde etkili oldu. Çocuklar da dahil olmak üzere bulaşıcı olmayan hastalıkları ele alma ve bunlara müdahale etme yeteneği kesintiye uğradı. Covid-19 salgını, ruh sağlığı hizmetlerini olumsuz etkiledi ve ayaktan ya da yataklı ruh sağlığı hizmetlerinin öncelik sırasında gerilemeye neden oldu. Ruh sağlığı çalışanları, virüs enfeksiyonunun tanı ve tedavisi ile ilgili alanlara kaydırıldı ve psikiyatri yatakları azaltıldı. Halk sağlığını koruma bakımından bu türden girişimlerin varlığı zorunlu olsa da hizmet verenler ve hizmet alanlar ciddi anlamda zorlandılar.” (K15)

“Olumsuz etkiledi” (K19)

K10, K15 ve K19 kodlu katılımcılar, Covid 19 pandemisinin ruh sağlığı alanı üzerindedeki ciddi derecede olumsuz etkileri olduğunu, hizmet sunumu ve devamını sağlamaya yönelik kapasitesini büyük ölçüde zorladığını, ruh sağlığı hizmetlerinin önemli ölçüde kesintiye uğradığını hizmet verenler ve hizmet alanlar açısından önemli mağduriyetlere yol açtığını belirtmişlerdir.

Ancak Sağlık Bakanlığına göre, Türkiye pandeminin psikososyal etkilerini karşılamaya yönelik çeşitli önlemler almıştır: Öncelikle Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Sağlık Bakanlığı halka yönelik bilgilendirme ve farkındalık çalışmaları gerçekleştirmiştir. Ayrıca Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kriz ve Afet Yönetimi Dairesi Başkanlığı tarafından Alo 184 hattı ve Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından 182 telefon hattı hizmete sunulmuştur. Bu telefon hatları ile vatandaşlara psiko-sosyal destek sağlanmaya çalışılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod online danışmanlık kaynaklı sorunlar kodudur. Katılımcılar pandemi döneminde ruh sağlığı hizmetlerinde online tedaviden kaynaklı sorunlar yaşandığını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Hazırlıksız olarak online terapi sürecine başladık. Oysa online terapi hizmeti farklı etik sorunları da beraberinde getirdi. Profesyonel olmayan kişilerin sosyal medya aracılığı ile adlarını duyurarak danışan görmeleri durumuyla karşılaştıldı.” (K11)

Ayrıca PSD hatlarında yasal süreci başlatacak şiddet, istismar vs içeren görüşmeler sonrasında kişilerin iletişim bilgilerini vermeme durumunda zorluklar yaşandı. (K18)

“Online terapilerin gerçekleştirilmesinin, görüntülü randevu ile muayene sisteminin yasallığı ?” (K3)

K3, K11 ve K18 kodlu katılımcıların ifadelerinden anlaşılacağı üzere, çok hızlı bir şekilde yayılan Covid-19 salgınının meydana getirdiği kriz sonrasında oluşan kısıtlama, izolasyon ve karantina tedbirlerinin uygulandığı ortamda; yüzyüze yapılan profesyonel görüşmeler, terapiler askıya alınmış olup, hizmetin ikamesi gibi düşünülen online görüşme ve terapiler gerçekleştirilmiştir. Salgının olağanüstü koşullarında online profesyonel müdahaleler etik ve mesleki tartışmaları beraberinde getirmiştir. Konuyla ilgili olarak Melih Çamcı (2021) da “ Teletıp, telebakım, telekonsültasyon, teleizleme, teletarama ve teleradyoloji gibi daha birçok sağlık hizmetlerinin Covid 19 süreci ile birlikte gelişimi ve yaygınlaşmasının hızlandığını; beraberinde kişi mahremiyetinin, kişisel verilerin korunmasını, bilgi paylaşımı ve güvenliğinin, hastanın onamı ve hekim sorumluluğunun, bilgilendirilmiş rızanın, hasta-hekim ilişkisinde iletişim sorununun telesağlık uygulamalarında gündeme gelen etik ve hukuki sorunlar olduğunu ifade etmiştir. Bu nedenlerle Sağlık Bakanlığı ilgili

mevzuat hükümleri gereğince uzaktan sağlık hizmeti sunulmasına kısıtlama getirmiştir.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod çalışanların yaşadıkları sorunlar kodudur.

Katılımcılar pandemi döneminde ruh sağlığı hizmetlerinde insan kaynaklarına dair problem yaşadığını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Hayır, üstelik zaten az sayıda olan hekimi de elinden kaçırdı. Çok sayıda istifa eden arkadaşım var. Aralarında en son kalan bendim, ben de istifa ettim. COVID-19 nöbetleri beni zihinsel olarak çok yorduğu için psikiyatri polikliniğinde vermiş olduğum hizmetin de kalitesi düşmeye başlamıştı” (K4)

“Öncelikle çalışma barışı bozuldu. Branşlar arasında ve ruh sağlığı çalışanları arasında haksızlığa uğradığını, başkasının kayırıldığını düşünen kişi sayısı arttı. Huzurlu çalışma ortamı oldukça azaldı. Bir diğer ve belki de en önemli konu, pol sayısı kaçınılmaz olarak azaldı. Aile hekimini de tedavi edebileceği bir anksiyete bozukluğu hastası, işlevselliği zaten daha iyi olduğu için randevu alabildi ancak şizofreni gibi diğer hastalarımız randevu almakta zorlandı. Bunun çözümü için çalıştığım yerde diğer arkadaşlarla birlikte karar aldık ve valilik yasağına rapmen randevusuz hasta baktık. Bunun diğer bir sonucu da hastaların beklerken birbirleri ile temas etme süresinin artmasıydı. Bunu engellemek için bir tıbbi sekreter arkadaşı sıra, maske ve mesafe konusunda görevlendirdik. Bulaşa sebep olduğumuz sanmıyorum ama ekip olarak hepimizin iş yükü çok arttı” (K4)

“Hayır, Türkiye de ruh sağlığı politikaları geliştirilemedi. Ruh sağlığı çalışanları Covid-19 tedavisi ya da filyasyonda çalıştırıldı. Oysa salgın asıl ruh sağlığını da olumsuz etkiledi.” (K11)

K11 kodlu katılımcının ifadesine göre, büyük bir belirsizliğin ve küresel krizin yaşandığı salgın ortamında, Covid 19 ile mücadele ve bireysel, kitlesele survival motivasyonu hem genel yaşam dinamiklerinin hem de sağlık politikalarının merkezinde konumlanmıştır. Bu nedenle yaşamın olağan dönemlerinde ihtiyaç duyulan ya da gündeme alınması gereken ruh sağlığı alanına ilişkin köklü değişim içeren makro düzeydeki politikalar ertelenmiştir.

Ancak Covid-19 salgın döneminde ruh sağlığı politikalarına ilişkin önemli adımlar da atılmıştır. Telepsikiyatri, psiko-sosyal destek programları, bilgilendirme ve farkındalık kampanyaları, online terapi, online danışmanlık ve kurumlar arası işbirliği gibi politikalar hayata geçirilmiştir (T.C. Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı, 2022; Sağlık Bakanlığı, 2021).

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod Türkiye'nin bir hizmet modeli geliştirememesi kodudur. Katılımcılar pandemi döneminde ruh sağlığı politikalarına ilişkin yeni bir hizmet modeli geliştirilemediğini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Ekonomik gücü yüksek ülkelerin halkına olan yaklaşımları daha insani olurken, Türkiye’de böyle bir politika izlenmedi.” (K2)

“Hayır, Türkiye de ruh sağlığı politikaları geliştirilemedi. Ruh sağlığı çalışanları Covid-19 tedavisi ya da filyasyonda çalıştırıldı. Oysa salgın asıl ruh sağlığını da olumsuz etkiledi.” (K11)

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod başarılı bir süreç kodudur. Katılımcılar pandemi döneminde ruh sağlığı hizmetlerinin başarılı bir şekilde yönetildiğini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Türkiye’de birçok merkezde COVID-19 hastaları için ayrı psikiyatri birimleri oluşturuldu. Bazı aksamalar olsa da genel olarak ruh sağlığı hizmetleri COVID-19’a yönelik önlemlerle paralel olarak düzenlendi.” (K8)

“Türkiye, tutarlı ve yapılandırılmış ve de koordineli bir çalışmanın parçası olarak son yıllarda sağlıkla ilgili durumlara hızla yanıt vererek sağlığa müdahale işgücünü göstermiş ve güçlendirmiş oldu. Ayrıca pandemi öncesinde sağlık alanına yönelik yapılan yatırımlar ve geniş kapsamlı hastanelerin oluşturulmuş olması da pandemi sürecinde ortaya çıkacak olan olası yıkımın önüne geçti ve dünyaya model oldu. Sağlık Bakanlığı'nın ve sağlık çalışanlarının olağanüstü gayreti ise takdire şayandır ve tüm dünyaya örnek olacak niteliktedir.” (K15)

K15 kodlu katılımcının ifadesinden anlaşılacağı üzere, Türkiye salgın öncesinde büyük ölçekli şehir hastaneleri inşa ederek yeni bir yapılanmanın yolunu açmış, Covid-

19 salgınının yıkıcı etkilerine önemli ölçüde karşılık verebilmiş ve optimal faydayı sağlamaya çalışmıştır. Hükümetin salgın öncesi şehir hastanelerinin inşası gibi sağlık politikası olmasaydı, Covid-19'un psikolojik, toplumsal ve ekonomik etkileri çok daha ağır seviyede yaşanabilirdi.

Pandeminin Türkiye ruh sağlığı hizmetlerine etkileri kategorisinde katılımcıların ifadede buldukları bir diğer kod etik bir sorunla karşılaşmama durumu kodudur. Katılımcılar pandemi döneminde ruh sağlığı hizmetlerinde etik bir problemle karşılaşmadıklarını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Etik sorunların vuku bulduğunu düşünmüyorum. Karantınada olup, karantinayı-kısıtlamayı ihlal edenler oldu.” (K14)

“Türkiye'nin etik konusunda azami hassasiyet gösterdiği, özellikle sağlık çalışanlarının canı pahasına her konuda olduğu gibi etik konusunda da son derece titiz davrandığı, sağlık çalışanlarının görevini elinden gelenin ötesinde yaptığını ve Türkiye'nin bu konuda son derece başarılı olduğunu biliyorum ve de düşünüyorum.” (K15)

K14 ve K15 kodlu katılımcıların ifadelerinden; online-uzaktan profesyonel müdahalenin metodolojik olarak sakıncalar içermesine rağmen, pandeminin getirdiği olağanüstü şartlar içerisinde, sağlık çalışanlarının canı pahasına ve azami ölçüde titizlik göstererek görevlerini yerine getirdiği, kısmen tartışmalı konuları bünyesinde barındırsa da kriminal boyutlarda etik sorunların vuku bulmadığı anlaşılmaktadır.

Ancak Sağlık Bakanlığı ve Türkiye Psikiyatri Derneği verilerine göre ise; ruh sağlığı hizmetlerine erişimdeki sınırlamaların, uzaktan hizmetlere geçiş ve kaynak eksikliği gibi olumsuzlukların yanı sıra özellikle düşük gelirli grupların uzaktan hizmetlere erişim konusunda yaşadığı zorlukların, kişisel verilerin gizlilik ve güvenliğine dair endişelerin, ruh sağlığı alanına ilişkin kaynak yetersizliğinin hizmet sunumuna dair olumsuz yansımalarının ve sağlık çalışanlarının yeterli ölçüde psiko-ssoyal destek hizmetlerinden yararlanamamasının etik sorunlara yol açabileceği (Sağlık Bakanlığı, 2020; Türkiye Psikiyatri Derneği 2021) anlaşılmaktadır.

4.10. Pandeminin Dünya Ruh Sağlığı Politikalarına Olan Etkisi

Katılımcıların pandeminin dünyadaki ruh sağlığı politikaları üzerindeki etkisine ilişkin ifadeleri pandeminin dünya ruh sağlığı politikalarına olan etkisi kategorisi altında toplanmıştır. Kategoride katılımcıların en çok ifadede buldukları kod ruh sağlığı hizmetlerinin geri planda kalması kodudur. Katılımcılar Türkiye’de olduğu gibi dünyada da ruh sağlığı hizmetlerinin geri planda kaldığını düşünmektedir.

Konuya ilişkin katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Dünya, pandemi sırasında birçok açıdan hazırlıksız yakalandı. Ruh sağlığı hizmetleri hayatta kalmanın kritik olduğu bir ortamda daha geri planda kaldı. Pandeminin ruhsal etkilerini ve bunlarla ilgili neler yapılabileceğini gösteren çalışmalar bilimsel makale olmaktan öteye gidemedi.” (K8)

“Tüm dünyada ruh sağlığı profesyonelleri ruh sağlığı hizmetini geri plana bırakıp salgınla mücadeleye yöneldi. Olması gereken de buydu. Çünkü kişilerin hayatta kalması ve salgını atlattığı için mücadele vermeleri gerekiyordu.” (K11)

“Pandemi sürecinde tüm dünya “yaşam ve ölüm” kavramları üzerinden fiziksel sağlık konularına odaklanırken ve bu kavramların asıl ruh sağlığını ilgilendirdiğinin bilinmesi gerekirken, ruh sağlığı her zaman olduğu gibi unutuldu gitti. Tüm dünyada ruh sağlığı ile ilgili çalışmaların ciddi anlamda kesintiye uğradığını, ruh sağlığına yönelik yatırımların yapılmadığını, gerekli ekipman desteğinin sağlanmadığını, pandemiye karşı daha hassas oldukları kanıtlanmış olan ruh sağlığı bozuk bireylerin görmezden gelindiğini ve tüm bu durumların da ruh sağlığı sorunlarını daha da derinleştirdiğini görmemek mümkün değil.” (K15)

K8, K11 ve K15 kodlu katılımcıların ifadelerinden anlaşılacağı üzere, gezegenin tüm sakinleri Covid-19 virüsünün yol açtığı küresel salgına hazırlıksız yakalandı ve kısa zamanda Covid-19 tüm dünyayı etkisi altına aldı. Salgın döneminde hizmet alanlar ve hizmet verenler için hayatta kalma (survival) motivasyonu hayatın merkezinde konumlandı. Ruh sağlığı hizmetleri arka planda kaldı ve hizmetler uzunca bir süre durdu, askıya alındı. Bu durum pandemi ve pandemi tedbirlerinin yansımaları olarak görülmektedir.

Covid-19 dönemi dünyadaki ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesi için bir dönüm noktası olmuştur. Salgının ruhsal etkileri, politika yapıcıları ve sağlık kurumlarını harekete geçirmiştir. Uygun kaynakların tahsis edilmesi, telepsikiyatri ve dijital hizmetlerin kullanımı, toplumsal farkındalığın artırılması ve uzun vadeli destek gibi önlemler, bu politikaların geliştirilmesinde önemli adımlardır (WHO, 2022). Dünya Sağlık Örgütü'nün konuya ilişkin açıklamaları Covid-19'un ruh sağlığı politikalarına ilişkin olumlu yansımaları olarak değerlendirilebilir.

Pandeminin dünya ruh sağlığı politikalarına olan etkisi kategorisi kodlarından bir diğeri online terapi ve eğitimlerin yaygınlaşması kodudur. Katılımcılar dünyada pandemi döneminde online ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştığını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Hayır. Zaten özel hekime ulaşabilme imkanı olanlar yani bulaş riski zaten az olanlar için, online tanı ve tedavi yöntemleri hız kazandı. Ancak sadece ülkemizde değil tüm dünyada hala bu hizmetin yaygın halk kitleleri tarafından kullanabilmesi mümkün değil” (K4)

K4 kodlu katılımcı ifadesine göre, online tanı ve tedavi yöntemlerinin yaygınlık kazandığı ancak sosyo-ekonomik durumu elverişli olanların hizmete erişebildiği ancak sosyo-ekonomik durumu yetersiz olanların hizmetten yararlanamadıkları ya da önemli bir handikap yaşadıkları anlaşılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) konuya ilişkin açıklaması ise şu şekildedir: Covid-19 döneminde, online ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanabilen gruplar genellikle gençler, öğrenciler, uzak bölgelerde yaşayanlar ve yoğun programları olan bireyler olmuştur. Ancak dijital erişim zorluğu yaşayanlar, teknolojiye güvenmeyenler ve ciddi ruhsal sorunları olanlar gibi gruplar, bu hizmetlerden yeterince faydalanamamıştır. Ruh sağlığı hizmetleri sağlayıcıları, bu grupların ihtiyaçlarını karşılamak için çözümler geliştirmeli ve erişebilirliği artırmak için çaba göstermelidir (WHO, 2022).

“Covid-19 sürecinin genel sağlık politikalarını ciddi anlamda etkilediğini ve bu doğrultuda ruh sağlığının da etkilendiğini düşünüyorum. Yoksa doğrudan ruh sağlığına yönelik bir politikanın oluşturulmadığı kanısındayım. Pandemi sürecinde zaten tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de ağırlıklı olarak enfeksiyon kontrol önlemleri uygulamıştır. Bu önlemler arasında hastaları, personeli ve ziyaretçileri

enfeksiyon açısından tarama, ziyaretlerin sınırlandırılması veya ortadan kaldırılması, fiziksel mesafeyi artırmaya yönelik tedbirler, acil durumların tedavisine yönelme, online görüşmelerin yapılması gibi önlemler yer almaktadır. Bana göre Covid-19 pandemisi, zaten yeterli olmayan bir ruh sağlığı politikasını daha da kötüleştirmiştir ve kesintiye uğratmıştır.” (K15)

“Pek çok ülkede özellikle kronik ruhsal hastalıkları olan bireylere hizmetler verilemedi. Uzaktan psikososyal destek hizmeti verilmeye çalışıldı.” (K18)

K15 ve K18 kodlu katılımcıların ifadelerine göre; Covid-19, yeterli olmayan mevcut ruh sağlığı politikalarına baskı yaparak daha da kötüleştirmiş ve hizmetleri kesintiye uğratmıştır. Özellikle dezavantajlı gruplar ile kronik ruhsal hastalıkları olan bireylerin mağduriyet yaşamlarına yol açmış ve bu durum uzaktan psikososyal destek hizmeti verilmeye çalışılarak kompanse edilmeye çalışılmıştır.

Konuyla ilgili Dünya Sağlık Örgütü ve Amerikan Psikoloji Derneği'nin açıklaması şu şekildedir: Ruh sağlığına yönelik yatırımlar azalmış olup, birçok ülke sağlık sistemlerini ve ekonomilerini korumak için bütçe kısıtlamalarına gitmiştir. Ruh sağlığı hizmetlerine talep artarken, kaynakların azalması politikaları olumsuz etkilemiştir. Pandemiye önceden hazırlıklı olmayan ülkeler, ruh sağlığı politikalarını hızla uyarlamak zorunda kalmıştır. Bu da politikaların etkinliğini ve kapsamını azaltmıştır. Acil durum planları ve kaynak yönetimi gibi önlemler yeterince geliştirilememiştir. Pandemi birçok insanın, özellikle düşük gelirli ve dezavantajlı gruplardaki kişilerin hizmete erişimini engellemiştir. Dijital altyapısı olmayan insanlar, online ruh sağlığı hizmetlerinden yeterince faydalanamamıştır. Bu da erişebilirlik sorunlarını daha da derinleştirmiştir. Salgının yol açtığı karantina, stres, kaygı ve yalnızlık gibi faktörler, ruh sağlığı sorunlarının artmasına yol açmıştır.

Bunun yanı sıra bu dönemde ruh sağlığı hizmetlerine erişimdeki zorluklar, insanların ihtiyaçlarını karşılamada başarısız olunmasına neden olmuştur (WHO, 2022; Amerikan Psikoloji Derneği, 2020).

Buradaki açıklamaların da katılımcı ifadelerini desteklediği görülmektedir.

Pandeminin dünya ruh sağlığı politikalarına olan etkisi kategorisi kodlarından bir diğeri pandeminin ruhsal etkilerine önem verilmemesi kodudur. Katılımcılar pandemi

döneminde ortaya çıkan ruhsal problemlerin göz ardı edildiğini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Dünyada yeni bir hizmet modelinin geliştirildiğini sanmıyorum. Salgın süreci devam ediyor. Psikolojik problemler ilerleyen dönemlerde su yüzüne çıkacak.” (K14)

K14 kodlu katılımcı, Dünya’da yeni bir hizmet modelinin geliştirilmediğini ifade ederken; WHO (2022) ise telepsikiyatri, online hizmet, psikososyal destek grupları, bilgilendirme ve farkındalık programları gibi ikame birtakım araçların kullanılmaya çalışıldığını ve bu yönde adımlar atıldığını açıklamaktadır.

Bunlarla birlikte K14 kodlu katılımcı, pandeminin yol açtığı psikolojik problemlerin (şu an için remisyonda görünüyorsa da) ilerleyen dönemlerde su yüzüne çıkacağını ifade etmektedir ki bu durum koruyucu-önleyici hekimlik programlarına, çalışmalarına önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

“Aslında tüm bu yaşananların ruh sağlığı politikalarını harekete geçirmesi ve bu yaşananlardan ders alınarak daha iyisinin yapılması gerekirken, bu konuda ciddi adımlar atılmamıştır. Tüm dünya için bir fikir beyan etmenin doğru olmadığını düşünsem de bu doğrultuda yine de bir adım atıldığını düşünmüyorum.” (K15)

“Pandeminin ruhsal etkilerine yeterince değinilmediğini düşünüyorum” (K3)

Pandeminin dünya ruh sağlığı politikalarına olan etkisi kategorisi kodlarından bir diğeri farklı politikalarla destekleme kodudur. Katılımcılar pandemi döneminde dünya ruh sağlığı politikalarının farklı politikalarla desteklendiğini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Kesin bilgi sahibi değilim. Bununla birlikte sağlığın tamamına yakınının özelleştiği ABD gibi ülkelerde dahi sevk zinciri korunmuş durumda. Boğazı ağrıyan kişi hemen KBB uzmanına görünemediği gibi, ruhsal şikâyeti olan da hemen psikiyatri uzmanına görünemiyor. Öncelikle aile hekiminden muayene olup birinci sıra tedavilerin uygulanması, sorunun devam etmesi durumunda sevkinin sağlanması gerçekleştiriliyor. Uzun karantina dönemleri nedeniyle gezici sağlık ekiplerinin sayısının arttırıldığını biliyorum. Halkın genel ve ruh sağlığını ellerindeki guide'lara uyararak bu ekipler takip ediyor.” (K4)

“Benim basından izlediğim kadarıyla bir kere özellikle gelişmiş Avrupa ülkelerinde bu alanda önden bir takım tedbirler alınmaya ve yeni düzenlemeler yapılmaya çalışıldı.

Tedbir elden bırakılmadı. Halk ruh sağlığı sorunlarına karşı özellikle karantina dönemlerinde nereden yardım alabileceğine dair sürekli bilgilendirildi. Evlerde artma ihtimali olan şiddet ve saldırganlık davranışlarına yönelik cezalar artırıldı. Polisiye kolluk kuvvetleri hayatın bir parçası oldu.” (K13)

K4 ve K13 kodlu katılımcılar, salgın döneminde ABD’da dahi sevk zincirinin korunduğunu, uzun karantina dönemlerinde gezici sağlık ekiplerinin sayısının arttırıldığını, halkın genel ve ruh sağlığının ellerindeki klavuzlara göre takip edildiğini; Avrupa ülkelerinde ise önden birtakım tedbirler alınmaya ve yeni düzenlemeler yapılmaya çalışıldığını, karantina dönemlerinde halkın ruh sağlığı hizmetlerini nereden alabileceklerine dair sürekli bilgilendirildiğini, Aile içi olası şiddet ve saldırganlık içeren davranışlara yönelik cezaların artırıldığını, bu yönüyle de kolluk kuvvetlerinin hayatın parçası haline geldiğini ifade etmektedir.

Diğer taraftan pandemi döneminde Çin’de; halkın stres ve kaygı ile başa çıkmalarına destek olmak için ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu çevrimiçi platformlar aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Telepsikiyatri ve uzaktan danışmanlık gibi dijital sağlık hizmetleri, pandeminin getirdiği, sosyal mesafe ve kısıtlamalar nedeniyle yaygın olarak kullanılmıştır. Ayrıca Çin’de bazı kuruluşlar ve sivil toplum örgütleri de pandemi döneminde; online destek grupları, danışmanlık hattı ve psikolojik destek platformları gibi kaynakları, insanların psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamak için kullanmıştır (WHO, 2022; Xiang ve Diğ. 2020).

Pandeminin dünya ruh sağlığı politikalarına olan etkisi kategorisi kodlarından bir diğeri dünyanın bir model geliştirememesi kodudur. Katılımcılar pandemi döneminde ruh sağlığı politikalarına ilişkin bir model geliştirilemediğini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Dünya’da genel olarak ne olduğunu kestirmek zor. Çin’in harika bir sağlık modeli geliştirdiği söyleniyor ancak vaka sayıları şüpheli. Avrupa ve modern ülkelerde Türkiye’de olduğu gibi COVID-19’la paralel olarak sağlık hizmetleri düzenlendi. Bunun dışında belirgin bir değişim olmadı.” (K8)

Pandeminin dünya ruh sağlığı politikalarına olan etkisi kategorisi kodlarından bir diğeri olumsuz etki kodudur. Katılımcılar pandemi döneminde dünyada ruh sağlığı politikalarının olumsuz etkilendiğini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Yeteri kadar hizmet sunumu yapılamadı.” (K1)

“Yansımalar olumsuz oldu” (K19)

K1 ve K19 kodlu katılımcı ifadelerine göre, dünya genelinde ruh sağlığı hizmetlerinin belirli bir süreliğine de olsa durdurulduğu ya da ertelendiği söylenebilir. Ancak “telepsikiyatri ve online danışmanlık, psikososyal destek hizmetleri çevrimiçi ve dijital platformlar kullanılarak sağlanmaya çalışılmıştır (WHO, 2022)

Pandeminin dünya ruh sağlığı politikalarına olan etkisi kategorisi kodlarından bir diğeri refah seviyesi yüksek olan ülkeler kodudur. Katılımcılar pandemi döneminde dünyada ruh sağlığı politikalarının refah seviyesi yüksek olan ülkelerde geliştirilebildiğini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Ekonomik gücü yüksek ülkelerin halkına olan yaklaşımları daha insani olurken, Türkiye’de böyle bir politika izlenmedi.” (K2)

“Başka bir açıdan bakarsak pandemi, devletler içi ve devletlerarası eşitsizlikleri ortaya çıkardı ve şiddetlendirdi. Bundan sonraki süreçte geri kalmış ve gelişmekte olan ülkeler derinleşen ekonomik zorluklarla boğuşurken, ruh sağlığı politikalarını gözü görmeyecek; ancak gelişmiş ve refah düzeyi yüksek olan ülkeler ekonomik toparlanmayı daha kolay sağlayacağı için genelde sağlık politikalarına özel de ise ruh sağlığı politikalarına yönünü daha kolay çevirecektir.” (K15)

K2 ve K15 kodlu katılımcı ifadeleri ile ilgili Dünya Bankası (2020); “Ekonomik gücü yüksek ülkeler krizle mücadele etmek ve halklarını korumak için, sağlık sistemlerini güçlendirmek, test kapasitelerini arttırmak ve sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak gibi önemli adımlar atmıştır. Bunun yanı sıra, ekonomik destek paketleri ve teşvikler sunularak işletmelerin ayakta kalması ve işsizlik sorununun azaltılması hedeflendi. Bunlarla birlikte gelir kaybına uğrayan insanlara nakdi yardım, gıda yardımı ve geçici barınma gibi destekler sağlandı. Ayrıca, işverenlere maaşları ödemeleri karşılığında teşvikler verilerek işçilerin işlerini korumaları hedeflendi. Diğer taraftan iletişim, bilgilendirme ve farkındalık kampanyalarının yanı sıra psikososyal destek hizmetleri sunuldu.” Şeklindeki açıklamalarına yer vermiştir.

Katılımcı ifadelerinin aksine Türkiye’de salgının psikososyal ve ekonomik etkilerine karşı psikososyal destek hatlarının yanı sıra sosyal ve ekonomik yardım ve teşvik programları hayata geçirildi. Şöyle ki: İlk olarak test kapasitesini artırıldı ve

laboratuvar alt yapısı geliştirdi ve hızlı test kitleri kullanılmaya başlandı. Ayrıca sağlık hizmet sunumunu desteklemek için ek istihdam sağlandı ve hizmete erişimi sağlamak için online danışmanlık hizmetleri sisteme entegre edildi. Ekonomik açıdan Türkiye’de çeşitli önlemler alınarak, işletmelerin ve çalışanların krizin etkilerine karşı korunması hedeflendi. İşletmelere finansal destek sağlandı ve kredi kolaylıkları sunuldu. Bununla birlikte işsizlik sigortası kapsamında olan çalışanlara ek maddi destekler verildi. Bunun yanı sıra, sosyal koruma programları genişletildi ve ihtiyaç sahibi ailelere gıda ve nakdi yardım yapıldı. Sosyal konut projeleri hayata geçirildi. Yaşlılar ve engellilere yönelik hizmetler de güçlendirildi. Ancak bu izlenen sosyal politikaların eleştiriye açık yönleri de bulunmaktadır. şöyle ki: Sosyal yardım programlarının yetersiz olduğu ve ihtiyaç sahibi grupların tam olarak desteklenemediği dile getirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022; Hazine ve Maliye Bakanlığı 2021). Her ne kadar sosyal ekonomik destek programlarının eksik ve yetersiz olduğu dile getirilse de pandemi döneminde hükümet bahsi geçen sosyal politikaları uygulamasaydı, salgının birey ve topluma yönelik olumsuz etkileri daha da yıkıcı olabilirdi.

Pandeminin dünya ruh sağlığı politikalarına olan etkisi kategorisi kodlarından bir diğeri ölkeler arası iş birliğiyle somut adımların atılması kodudur. Katılımcılar pandemi döneminde dünyada ruh sağlığı politikalarının ölkeler arası iş birliğiyle düzenlendiğini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Bu konuda ölkelerarası işbirliği ile somut adımlar atılmaya çalışıldığını düşünüyorum” (K1)

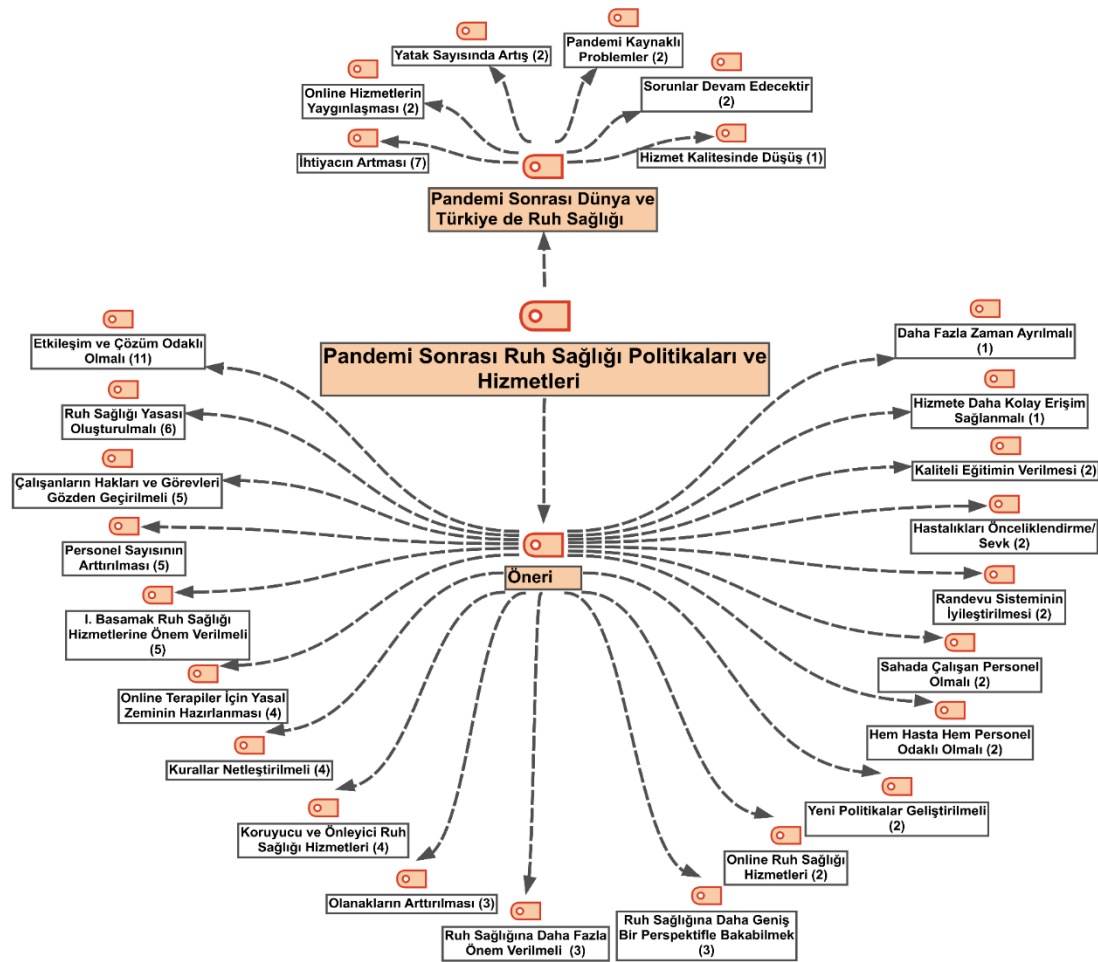
K1 kodlu katılımcı açıklamasına ilişkin WHO (2021) ve Birleşmiş Milletler (2020): Pandemi sürecinde ölkelerin; bilgi ve sağlık kaynaklarının (tıbbi malzemeler, ekipmanlar ve uzman desteği gibi) paylaşımı, ortak aşı geliştirme ve dağıtımı gibi alanlarda işbirliği yaptıklarını belirtmektedir (WHO, 2021; UN, 2020).

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	TOPLAM	
▼ Pandemi Süreci Ruh Sağlığı Politikaları ve Hizmetleri																					0
▼ Pandemi'nin Türkiye Ruh Sağlığı Hizmetlerine Etkileri																					0
▶ Başarılı Bir Süreç								1							1						2
▶ Hizmetlerin Aksaması				2	1		3	1	1					2					1		11
▶ Çalışanların Yaşadıkları Sorunlar				2							1										4
▶ Etik Bir Sorunla Karşılaşmama Durumu														1	1						2
▶ Türkiye'nin Bir Hizmet Modeli Geliştirememesi	1										1							1			3
▶ Online Danışmanlık Kaynaklı Sorunlar		1									2								1		4
▶ Yeni Hizmet Modellerinin Denenmesi		1								1	1			1	1				3		8
▶ Pandemi Kaynaklı Problemler							1	2		1	3				1						8
▶ Tedaviye Ulaşmada Zorluklar				1						1	1			1	1					2	7
▶ Olumsuz Etkiler										1					1	1				1	4
▶ Yatış ve Sevk Problemleri				1										2	2			2	1		8
▶ Hasta Sayısında ve Hizmet Sunumunda Kısıtlama		1	1	1	1		1				1		1	2	2						9
▶ Personel Yetersizliği	2	1	2																		5
▼ Pandemi'nin Türkiye Ruh Sağlığı Politikalarına Etkileri																					0
▶ Online Terapi ve Görüşmelerin Uygulamada Yer Alma													1								1
▶ Özel Sektörde Hasta/Danışan Sayısında Artış Yaşanması													1								1
▶ Hastaların Hastalıklarıyla Başbaşa Kalmaları										1			1								2
▶ Online Eğitim ve Kongreler														1							1
▶ Eczanelerin Reçelendirme Yapması														1							1
▶ Ruhsat ve İlaç Raporlarının Süresinin Uzatılması														1							1
▶ Mesafeli Görüşmeler														1							1
▶ Herhangi Bir Değişim Yaşanmaması							1														1
▶ Olumlu Yönde Etki																	1				1
▶ Ruh Sağlığı Yasasının Hazırlıklarının Gecikmesi																			1		1
▶ Ruh Sağlığı Politikalarının İkinci Planda Kalması																					1
▶ Yetersizliğin Belirginleşmesi				1																	1
▶ Yeni Bir Çalışma Alanı Oluşturulamaması			2																		2
▶ Yeterli Donanıma Sahip Olmama	1	1																			2
▶ Ekip Çalışması Konusunda Yetersizlikler	2																				2
▶ Olumsuz Yönde Etkiler	1										1										3
▼ Pandemi'nin Dünya Ruh Sağlığı Politikalarına Olan Etkisi																					0
▶ Farklı Politikalarla Destekleme								1						1							2
▶ Dünyanın Bir Model Geliştirememesi								1											1		2
▶ Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Geri Planda Kalması							1	1			1				4				1		8
▶ Olumsuz Etki	1																			1	2
▶ Pandemi'nin Ruhsal Etkilerine Önem Verilmemesi														1	2						4
▶ Online Terapi ve Eğitimlerin Yaygınlaşması		1		1		1								2	1				1		7
▶ Refah Seviyesi Yüksek Olan Ülkeler		1													1						2
▶ Ülkeler Arası İşbirliğiyle Somut Adımların Atılması	1																				1
Σ TOPLAM	6	8	6	12	2	2	4	7	3	4	13	0	5	16	17	2	6	7	5		125

Tablo 4.6. Pandemi süreci ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri kod matris gösterimi

Pandemi süreci temasının katılımcıların ifadelerine göre kod frekanslarına şekil 5'te yer verilmiştir. Buna göre; pandemi süreci ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri temasına en yoğun ifade bulunan katılımcılar K15 ve K14 olmuştur. K7 kodlu katılımcının ifadeleri hizmetlerin aksaması, K11 kodlu katılımcının ifadeleri pandemi kaynaklı problemler, K15 kodlu katılımcının ifadeleri ruh sağlığı hizmetlerinin geri planda kalması ve K18 kodlu katılımcının ifadeleri yeni hizmet modellerinin denenmesi kodunda yoğunlaşmaktadır.

4.11. Pandemi Sonrası Ruh Sağlığı Politikaları ve Hizmetleri Teması



Tablo 4.7. Pandemi sonrası ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri teması hiyerarşik kod alt kod gösterimi

Katılımcıların ruh sağlığı politikaları ve hizmetlerine ilişkin görüşlerinden pandemi sonrasına ilişkin ifadeleri pandemi sonrası ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri teması çerçevesinde ele alınmıştır. Pandemi sonrası ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri

teması iki kategoriye ayrılmıştır. Bunlar; pandemi sonrası Dünyada ve Türkiye’de ruh sağlığı ve öneridir.

4.12. Pandemi Sonrası Dünya ve Türkiye’de Ruh Sağlığı

Katılımcıların pandemi sonrası Dünya ve Türkiye’deki ruh sağlığı politikalarına ve hizmetlerine ilişkin görüşleri bu kategori çerçevesinde kodlanmıştır. Pandemi sonrası Dünya ve Türkiye’deki ruh sağlığı kategorisinde katılımcıların en çok ifadeye buldukları kod ihtiyacın artması kodudur. Katılımcılar pandemi sonrasında ruh sağlığı hizmetlerine olan ihtiyacın arttığını dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Pandemi sonrası ruhsal hastalıklarda artış olacağını öngörerek, poliklinik hizmetlerinin artacağını düşünüyorum” (K7)

“Çok bir şey beklemiyorum. Ancak kişi başına düşen profesyonel ruh sağlığı hizmeti veren kişilerin sayısının artması bir beklentim.” (K11)

“Görünüşte fiziksel bir sağlık sorunu olsa da Covid-19’un ruh sağlığı sağlayıcıları ve destekledikleri bireyler üzerinde büyük etkileri oldu ve olmaya devam edecektir. Ruh sağlığı hizmetleri, Covid-19 nedeniyle benzeri görülmemiş zorluklarla karşı karşıya kaldı ve kalmaya devam edecektir. Dünyanın çeşitli yerlerinde hizmet alanlara ve hizmet sağlayanlara yönelik hızlı ve etkili farklı çalışma yöntemleri olduğunu düşünüyorum. Pandemi sonrası ruh sağlığına talebin artacağını ve bir süre daha bu talebin yüksek kalacağını bekliyorum. Ancak maliyetler başta olmak üzere çeşitli faktörler nedeniyle kısa ve orta vadede gelişmeye dönük hizmet sunumlarının olacağını zannetmiyorum. İstisnalar olur mu orasını bilemiyorum.” (K15)

K7 ve K15 kodlu katılımcı ifadelerine göre, pandemi sonrası ruhsal hastalıklarda artış yaşanacağı ve dolayısıyla ruh sağlığı hizmetlerine talebin de artacağı öngörülmektedir. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü (WHO) de “ Pandemi döneminde pek çok insanın karantina, sosyal izolasyon, ekonomik belirsizlik, iş ve gelir kaybının yanı sıra, hastalık ve yas süreçleri ile mücadele etmek zorunda kaldığını, dolayısıyla bu sürecin; stres, kaygı, depresyon, yalnızlık ve travma gibi sorunlara yol açtığını ve bu nedenle pandemi sonrası ruh sağlığına olan talebin artış göstereceğine dikkat çekmektedir (WHO, 2020).

Pandemi sonrası Dünya ve Türkiye’deki ruh sağlığı politikaları kategorisi kodlarından bir diğeri yatak sayısında artış kodudur. Katılımcılar pandemi sonrasında yatak sayısında artış olacağını dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Yatak sayısında artış ve Ruh Sağlığı Yasası’nın çıkması” (K17)

Katılımcı(K17) ifadesinden de anlaşılacağı üzere pandeminin mevcut ruh sağlığı hizmet sistemi üzerinde olumsuz değişikliklere yol açacağı öngörülmektedir. Katılımcı (K17) ifadesine ilişkin WHO ve Torales: “Pandemi sonrasında ruh sağlığı hizmetlerine olan talebin artması beklenmektedir. Salgın süreci, pek çok insanın stres, kaygı, depresyon ve travma gibi ruh sağlığı sorunlarıyla karşılaşmasına neden oldu. Bu nedenle pandemi sonrasında psikiyatri yatak sayısında bir artış gerekebilir (WHO, 2020; Torales 2020).” Şeklinde açıklamaya yer vermiştir.

Pandemi sonrası dünya ve Türkiye’deki ruh sağlığı politikaları kategorisi kodlarından bir diğeri pandemi kaynaklı problemler kodudur. Katılımcılar pandemi sonrasında pandeminin neden olduğu problemlerin ortaya çıkacağını dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Öncelikle küçük yaş grubundaki çocuklarda (pandemi çocukları kavramı) sosyal iletişim ve etkileşimin ciddi şekilde sekteye uğradığını, bunun ilerdeki süreçte iletişim sorunları yaşayan toplumlara dönüşmemesi için, bu çocuklara sosyal destek verilmesini (iletişim ve etkileşim içeren oyun grupları gibi), yetişkinlerde de yine etkileşim grup terapilerinin uygulanmasını önerebilirim” (K3)

“-Pandeminin kalıntıları ortaya çıktığında, pandemi sonrası psiko-sorunlar su yüzüne çıktığında daha kapsamlı değerlendirmeler yapmak gerekecek...

-Pandemi olayının hikâyesini baştan yazmak gerekecek, neden-sonuç ilişkilerini içeren analitik bir değerlendirme yapmak gerekecek,

-Ne tür travmalar eklendi insan hayatına bunları yeniden ele almak gerekecek,” (K14)

K3 ve K14 kodlu katılımcı ifadelerine göre, özellikle çocuk ve ergen ruh sağlığı kapsamında yer alan çocukların öncelikli yararı gözetilerek, bu guruba yönelik spesifik mesleki program ve çalışmaların düzenlenmesi önem arz etmektedir. Bununla birlikte küresel krizin şok dalgaları atlatıldıktan ve olağan yaşam döngüsüne geçildikten sonra,

kapsamlı değerlendirmelerin yapılmasının ve etkili profesyonel müdahalelerin planlanmasının gerekliliği anlaşılmaktadır.

Katılımcı ifadesine ilişkin Xiong (2020) ve WHO (2020)'nun açıklaması ise şu şekildedir: “Covid-19 pandemisi, insan hayatına bir dizi travma eklemiştir. Pandemi sürecinde yaşanan olaylar ve deneyimler, bireylerde ve toplumda psikolojik etkilere neden olmuştur. Bu nedenle, pandemi sonrasında Covid-19 pandemisi hikâyesinin yeniden ele alınması gerekebilir. Salgın döneminde; sağlık krizi, kayıp-yas, ekonomik sorunlar, sosyal izolasyon, depresyon gibi travmalar yaşanmıştır. Bu nedenle yeni bir pandemi hikayesi, insanların yaşadığı travmaları, dayanıklılıklarını ve toplumun tepkilerini anlamak için önemli bir kaynak olabilir (WHO,2020; Xiong, 2020).

Pandemi sonrası dünya ve Türkiye'deki ruh sağlığı politikaları kategorisi kodlarından bir diğeri online hizmetlerin yaygınlaşması kodudur. Katılımcılar pandemi sonrasında online hizmetlerin ortaya çıkacağını dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Çok bir değişiklik olmayacak. Ancak verilen online hizmetlerin sayısı ve online hasta görme sayısında artış olacaktır.” (K11)

“Uluslararası kongreler online yapılabilecek, bu uygulamanın devam edeceğini düşünüyorum.” (K14)

K11 ve K14 kodlu katılımcıların açıklamalarına ilişkin, WHO (2020) ve Amerikan Psikoloji Derneği (2021): Pandemi sonrasında da online kongre ve etkinliklerin seçenek olarak kalmaya devam edeceği, online terapilerin kullanımının artacağı ve terapiye olan talebin de devam edeceği yönünde beklenti içinde olduklarına dair açıklamalara yer vermektedir. (WHO, 2020; Amerikan Psikoloji Derneği, 2021).

Pandemi sonrası dünya ve Türkiye'deki ruh sağlığı politikaları kategorisi kodlarından bir diğeri sorunlar devam edecektir kodudur. Katılımcılar pandemi sonrasında hizmetler ve politikalara ilişkin sorunların devam edeceğini dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Değişiklik olacağını düşünmüyorum, Aksaklıklar yine devam edecek, personel eksikliği yine devam edecek.” (K2)

“Sürece bakılırsa bu konuda pek bir ümidim yok. Sadece özel muayenehaneye gidebilecek imkanı olanlar için online tedaviler oldukça meşruiyet kazandı. Bunun yasal zemini sağlanacak diye düşünüyorum” (K4)

K2 ve K4 kodlu katılımcıların açıklamalarına ilişkin Xiong (2020) ve WHO (2020): Ruh sağlığı alanındaki personel eksikliğinin pandemi sürecinde daha belirgin hale geldiğini, salgının etkisiyle birlikte, sağlık personellerinin yükünün arttığını ve bazılarının enfekte olduğunu ve tükenmişlik sendromu yaşadığını ve bu durumun ruh sağlığı hizmetlerindeki personel eksikliğini, daha da derinleştirdiğini; pandemi sonrasında da personel eksikliği sorununun devam edebileceğini ve bu hizmet alanına aşırı talep devam ettiği sürece, pandemi sonrasında bu sorunların devam edebileceğini belirtmektedir (Xiong, 2020; WHO, 2020).

Pandemi sonrası dünya ve Türkiye’deki ruh sağlığı politikaları kategorisi kodlarından bir diğeri hizmet kalitesinde düşüş kodudur. Katılımcılar pandemi sonrasında ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin düşeceğini dile getirmişlerdir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Hizmet sunumunun kalitesinin daha da azalacağını düşünüyorum. Bence devlet politikaları sayesinde yavaş yavaş sağlık kurumsallıktan özele çekilecek ve parası olan hizmet alacak olmayan alamayacak.” (K10)

K10 kodlu katılımcı ifadesine ilişkin, Torales (2020) ve WHO (2020)’nun: “Covid-19 pandemisi, ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği konusunda bir dizi endişe yaratmıştır. Pandemi sonrasında, bu sorunların daha da derinleşmesi ve eşitsizliklerin artması muhtemeldir. Zira ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan kaynakların azalması veya personel eksikliği, hizmetlerin daha az etkili olmasına veya daha uzun bekleme sürelerine neden olabilir.

Ruh sağlığı hizmetlerine muhtemel talep artışı karşısında sağlık sistemi herkesin kaliteli hizmetlere erişimini sağlamakta güçlük çekebilir. Bu durum paraya dayalı sağlık hizmetlerinde bir ayırım yaratma potansiyeline sahiptir. Parası olanlar kaliteli hizmetlere erişebilirken, maddi imkanları sınırlı olanlar veya parası olmayanlar ise yeterli hizmet alamayabilirler” (WHO, 2020; Torales, 2020). Şeklinde açıklamaları yer almaktadır.

4.13. Öneri

Katılımcıların ruh sağlığı politikaları ve hizmetlerinin düzenlenmesine yönelik istek ve önerilerine ilişkin ifadeleri öneri kategorisi altında kodlanmıştır. Öneri kategorisinde katılımcıların en yoğun ifadeye buldukları kod etkileşim ve çözüm odaklı olmalı kodudur. Katılımcılar ruh sağlığı hizmetlerinin ve politikalarının çözüm odaklı olması gerektiğini dile getirmiştir. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Etkileşim odaklı, çözüm odaklı ve anlaşıldığını hissetmeye yönelik” (K3)

“Pandemi, refahın neredeyse her boyutunu tehdit etti ve gerçekten de artan endişeleri, stresi, depresyonu, sosyal izolasyonu ve politikalara olan güven kaybını teşvik etti. Yeni bir ruh sağlığı hizmet modeli; insanların ekonomik ihtiyaçlarına, fiziksel ve ruhsal sağlığına, çalışma hayatına, sosyal bağlantılarına, amaç duygusuna ve devletine olan güvenine dikkat ederek oluşturulmalıdır. Çünkü ruh sağlığı, bütün bu faktörlerden etkilenen bir yapıyı bünyesinde taşımaktadır.” (K15)

“Ruh sağlığı hizmetleri sunulurken bölgedeki ihtiyaçlar belirlenmeli, hastalara mümkün olduğunca ulaşılabilir olmalıdır.” (K8)

K3, K8 ve K15 kodlu katılımcı ifadelerine ilişkin Pfefferbaum (2020) ve WHO (2020)'nun açıklamaları şu şekildedir: “Pandemi sonrasında etkilenen bireylerin ve toplumun ruh sağlığı ihtiyaçlarını karşılamak için uygun bir ruh sağlığı hizmet modeli oluşturulması önemlidir. Ruh sağlığı hizmet modeli; **ihtiyaç analizi, hizmete erişebilirlik durumu** (Hizmetler toplumun farklı kesimlerine, coğrafi bölgelere ve sosyoekonomik durumlara uygun şekilde sunulmalı...), telepsikiyatri ve uzaktan hizmet modelleri gibi değişkenler erişebilirliği artırmak için değerlendirilmelidir. **Önleyici hizmetler, çok disiplinli yaklaşım** (Ruh sağlığı hizmetleri pandemi sonrasında da çok disiplinli bir yaklaşım gerektirir. Psikologlar, psikiyatristler ve sosyal hizmet uzmanları gibi profesyoneller arasında işbirliği önemlidir...) ile **sürekli değerlendirme ve uyarlanabilirlik** gibi faktörler de ruh sağlığı hizmet modelinin realize edilmesinde ve hizmet sunumunda dikkate alınmalıdır(Pfefferbaum (2020); WHO, 2020).

Öneri kategorisi kodlarından bir diğeri ruh sağlığı yasası oluşturulmalı kodudur. Katılımcılar ruh sağlığı yasasının oluşturulması ve hayata geçirilmesi gerektiğine yönelik ifadeye bulunmuştur. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Ruh sağlığı hizmetleri konusunda hekimler yasal endişeler nedeniyle komplike hastaların tedavisinden kaçınmaktadır. Aslında bu durum ruh sağlığı hizmetlerine özgü değildir. Türkiye Psikiyatri Derneğinin açıkladığı Ruh Sağlığı Yasa Tasarısı ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunun yasal boyutunda güzel bir alternatif olabilir.” (K8)

“Ruh sağlığı yasası çıkarılmalı. Sağlıkta şiddet yasası acilen çıkarılmalı. Malpraktis ve aydınlatılmış onam konularının acilen düzenlenmesi gerekir.” (K10)

“Yatak sayısında artış ve Ruh Sağlığı Yasası'nın çıkması” (K17)

K8, K10 ve K17 kodlu katılımcı ifadelerine ilişkin Pfefferbaum (2020) ve WHO (2018)'nin açıklamaları şu şekildedir: Covid-19 pandemisi ruh sağlığı sorunlarının ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin artmasına neden olmuştur. Bu sebeple pandemi sonrasında ruh sağlığı yasası ile sağlıkta şiddet yasasının çıkarılması önemli bir adım olabilir (WHO, 2018-2019; Pfefferbaum, 2020).

Öneri kategorisi kodlarından bir diğeri koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetleri kodudur. Katılımcılar koruyucu ve önleyici ruh sağlığı politikalarının hayata geçirilmesi gerektiğine yönelik ifadeye bulunmuştur. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Koruyucu hizmetlere önem verilmeli, multidisipliner bir ekip ile hizmetler yürütülmeli” (K7)

“Koruyucu hekimliğin ön planda olması önemli,” (K14)

“Koruyucu ve önleyici ruh sağlığı hizmetlerinin güçlendirilmesine yönelik yeni modeller geliştirilmelidir.” (K18)

Öneri kategorisi kodlarından bir diğeri I. basamak ruh sağlığı hizmetlerine önem verilmeli kodudur. Katılımcılar birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin hayata geçirilmesi ve geliştirilmesi gerektiğine yönelik ifadeye bulunmuştur. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Başında pratisyen hekimlerin bulunduğu ekipler ile hastane dışında başka bünyelerde ya da sahada görevli ekiplerin kurulması iyi olabilir. Bu sistem aile sağlığı merkezlerinde de yürütülebilir. Aylık toplantılar ile hastanedeki uzman psikiyatrist ve diğer ruh sağlığı çalışanları ile ortaklaşa işler yürütülebilir.” (K4)

“Aile hekimleri aracılığıyla erken tanı koyma için tarama yapılabilir.

Ekip çalışmasına daha fazla önem verilebilir.

Toplum ruh sağlığı merkezlerinin sayısı arttırılabilir.” (K5)

“Bakanlık düzeyinde bir yapılanma olmalı. Malpratis ve komplikasyonlar nedeniyle gündeme gelen tazminatları sadece hekim değil, sadece sağlık bakanlığı üstlenmeli. 1. Basamak sağlık hizmeti sistemi olmalı, her semptom direkt uzman branş düzeyinde değerlendirilmek zorunda değil. İleri tanı, tetkik ve tedavi için uzman branşlardan görüş alınmalı.” (K10)

K4, K5, K7, K10, K14, K18 kodlu katılımcı ifadelerine ilişkin, Pfefferbaum (2020) ve WHO (2020)'un açıklamaları şu şekildedir: Covid-19 pandemisi ile birlikte ruh sağlığına olan ihtiyaçlar artmıştır ve bu durum yeni bir ruh sağlığı hizmet modelini gerektirmektedir. Bu model, psikiyatristleri, aile hekimlerini, sosyal hizmet uzmanlarını, psikologları ve toplum ruh sağlığı merkezlerini içeren bir sistemle gerçekleştirilebilir. Bu hizmet modelinde; multidisipliner bir ekip anlayışı ile farklı sağlık profesyonelleri arasında, düzenli bir işbirliği ve koordinasyon sağlanmalıdır. Ruh sağlığı hizmetlerinin odak noktası erken müdahale ve önlemedir. Aile hekimleri hastaların ruh sağlığını düzenli olarak değerlendirmeli ve varsa sorunları erken aşamada tespit etmelidir. Ayrıca toplum ruh sağlığı merkezleri, önleyici hizmetler ve toplum tabanlı programlarla desteklenmelidir. Bununla birlikte ruh sağlığı hizmetlerinin erişilebilir ve eşit bir şekilde sunulması hedeflenmelidir. Aile hekimleri, ruh sağlığı hizmetlerine kolay erişim sağlamalı ve hastalarını uygun uzmanlara yönlendirmelidir.

Ayrıca psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar toplumun farklı kesimlerinin ihtiyaçlarını karşılamak için coğrafi olarak yayılmış olmalıdır. Ruh sağlığı hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde halk sağlığı bilincinin artırılması önemlidir. Aile hekimleri hastaları ile ruh sağlığı hakkında bilgi paylaşmalı ve farkındalık yaratmalıdır. Psikiyatristler, sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar da toplum ruh

sağlığı konusunda eğitim ve bilinçlendirme faaliyetleri yürütmelidir. Toplum ruh sağlığı merkezleri ise kampanyalar, seminerler ve destek grupları gibi faaliyetlerle toplumun ruh sağlığına yönelik bilinci artırılmalıdır (Pfefferbaum, 2020; WHO 2020).

Öneri kategorisi kodlarından bir diğeri çalışanların hakları ve görevleri gözden geçirilmeli kodudur. Katılımcılar ruh sağlığı politikalarında çalışanların da gözetilmesi gerektiğine yönelik ifade bulunmuştur. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Ruh sağlığı alanında çalışan personelin talepleri dikkate alınmalı, işleyişe dair eksikliklerin giderilmesini dilerim.” (K2)

“Önce ruhsağlığı yasası düzenlenmeli ve tüm çalışanların tüm hakları ve görevleri gözden geçirilmeli” (K19)

“Bir model sunmak zor ancak sosyal devlet ilkeleri içinde erişim kolaylaştırılmalı ve hizmetlerin gerekliliklerine göre bir model tartışılmalı. Çalışanların suiistimale önlenmeli” (K19)

K2 ve K19 kodlu katılımcı ifadelerine ilişkin, Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu (2020) ve WHO (2013)’un açıklamaları şu şekildedir: Covid-19 pandemisi, ruh sağlığı çalışanlarının görev ve sorumluluklarını ön plana çıkarmış ve haklarını da vurgulamıştır. Bu nedenle, pandemi sonrasında ruh sağlığı çalışanlarının tüm hakları, görevleri ve sorumlulukları düzenlenmeli ve ruh sağlığı yasası (hakların korunması, mesleki standartların belirlenmesi, şiddetin önlenmesi, işbirliği ve koordinasyonun sağlanması gibi konuları içeren) hayata geçirilmelidir (Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu 2020; WHO 2013).

Öneri kategorisi kodlarından bir diğeri personel sayısının artırılması kodudur. Katılımcılar ruh sağlığı alanındaki personel sayısının artırılması gerektiğine yönelik ifade bulunmuştur. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Psikososyal sorunların artması nedeniyle tedavi ekibi içerisinde sosyal hizmet uzmanları aktif olarak yer almalı” (K7)

“Başta toplumsal bilinçlendirme eğitimler, farkındalık eğitimleri medya veya kurumlar aracılığı ile yapılmalı. Daha sonra hastanelerde çalışan psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonellerin sayısı artırılmalı.” (K11)

“Kronik ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin tedavilerinin yeniden düzenlenmesi özellikle bakım veren ve ailelerine ruh sağlığı taraması ve destek sistemlerinin artırılması gerektiğini düşünüyorum. Hizmet sunumunun daha profesyonel

yapılabilmesi için personel sayısının artırılması ve kaliteli eğitimlerin verilmesi gerektiğini düşünüyorum.” (K18)

K7, K11 ve K18 kodlu katılımcı ifadelerine ilişkin Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu ((2014) ve WHO (2013)’nun açıklamaları şu şekildedir: Covid-19 pandemisi sonrasında sosyal hizmet uzmanlarının aktif olarak tedavi ekiplerinde yer alması ve ruh sağlığı hastanelerinde psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının sayısının artırılması önemlidir. Şöyle ki: ruh sağlığı tedavisinde, bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir. Psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları hastaların tedavi sürecine değerli katkılar sağlayabilirler. Diğer taraftan ruhsal hastalığı olan bireylerin tedavisinde sosyal faktörlerin dikkate alınması önemlidir. Sosyal hizmet uzmanları, hastaların sosyal çevreleri, aile ilişkileri, iş durumları, konut koşulları gibi faktörleri değerlendirebilir ve uygun destek hizmetlerini sağlayabilirler. Ayrıca pandemi sonrası dönemde, kriz ve travma müdahalesine ihtiyaç duyan bireylerin sayısı artmıştır. Sosyal hizmet uzmanları sosyal destek ve kriz müdahalesi sağlayabilirler. Bunlarla birlikte ruh sağlığı hizmetlerinde işbirliği ve koordinasyon önemlidir. Psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve diğer sağlık personelleri arasında düzenli iletişim ve işbirliği sağlanmalıdır. Bu sayede hizmetlerin etkinliği artırılabilir (International Federation of Social Workers, 2014 ve WHO, 2013).

Buradan da anlaşılacağı üzere ruh sağlığı hizmet alanında multidisipliner ekip anlayışı kritik öneme sahiptir.

Öneri kategorisi kodlarından bir diğeri kurallar netleştirilmeli kodudur. Katılımcılar ruh sağlığı alanındaki kuralların netleştirilmesi gerektiğine yönelik ifade bulunmuştur. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Hekimleri ve hastayı karşılıklı koruyan, sınırları iyi belirlenmiş, yorumdan ziyade kurallara dayalı olmalı.” (K3)

“Sevk zinciri dediğim gibi şart. Diğer branşlarda da şart. Gebelik şüphesi olan bir kadının da kadın doğum uzmanının vaktini almaması gerekiyor yoksa sistem işlemez. 20 dakikadan kısa süren psikiyatrik muayene işlevsizdir. Buna yasal engel getirilmeli ama özlük haklarımız da verilmeli. Yüzde 10 oranında her hastaneye yataklı psikiyatri servisi şartı getirilmeli. Psikiyatrik hastalıklar çok yaygın. Aile hekimleri ve pratisyen hekimler de birinci basamak reçeteleri eskisi gibi yazabilmeli rapor çıkarabilmeli ve SGK bunu karşılamalı.” (K4)

K3 ve K4 kodlu katılımcı ifadelerine ilişkin American Psychiatric Association (2016) ve WHO (2013)’un açıklamaları şu şekildedir: Covid-19 pandemisi sonrasında ruh sağlığı hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulması için belirli kurallar ve düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Ancak bu düzenlemelerin esneklik ve bireysellik ilkesine de uygun olması önemlidir. Uygun süreler ve işlevsellik konusuna gelince; psikiyatrik muayenelerin süresi hastaların

durumuna ve ihtiyaçlarına bağlı olarak deėiŒebilir. Diğer taraftan ruh sağlığı hizmetleri bireyselleŒtirilmiŒ bir yaklaŒım gerektrir. Her hastanın farklı ihtiyaçları ve tedavi planları vardır. Bunların yanı sıra, hizmetin etkili bir Œekilde sunulması multidisipliner bir ekip alıŒmasını gerektirir. Optimal fayda sağlamaya yönelik her hastaneye % 10 oranında psikiyatri servisi Œartı getirilmesi isabetli görünmektedir.

neri kategorisi kodlarından bir diğeri online terapiler için yasal zemin hazırlanmalı kodudur. Katılımcılar online terapi ve sağlık hizmetlerine iliŒkin yasal kuralların netleŒtirilmesi gerektiğine yönelik ifadede bulunmuŒtur. Konuyla iliŒkili katılımcı ifadeleri Œu Œekildedir:

“Sürece bakılırsa bu konuda pek bir ümidim yok. Sadece zel muayenehaneye gidebilecek imkanı olanlar için online tedaviler oldukça meŒruiyet kazandı. Bunun yasal zemini sağlanacak diye dŒnyorum” (K4)

“Online grŒme ve tedaviler için ilkeler belirlenmeli” (K19)

K4 ve K19 kodlu katılımcı ifadelerine iliŒkin İnternational Society for Mental Online (2019) ve American Psychological Association (2013)’in konuya iliŒkin açıklamaları Œu Œekildedir: Pandemi sonrasında, etik, güvenlik ve kalite standartlarının belirlenmesinin ve hizmetin güvenli Œekilde sunulmasının yanı sıra, lisans ve sertifikasyon koŒulunu içeren, veri güvenliğini ve mahremiyeti sağlayan ve aynı zamanda denetim mekanizmasının da iŒletildiėi online terapiye yönelik, yasal düzenlemelerin yapılması gereklidir (İnternational Society for Mental Online 2019 ve American Psychological Association 2013).

neri kategorisi kodlarından bir diğeri ruh sağlığına daha fazla önem verilmeli kodudur. Katılımcılar ruh sağlığına gereken önemin verilmesi gerektiğine yönelik ifadede bulunmuŒtur. Konuyla iliŒkili katılımcı ifadeleri Œu Œekildedir:

“BaŒta toplumsal bilinçlendirme eğitimler, farkındalık eğitimleri medya veya kurumlar aracılığı ile yapılmalı. Daha sonra hastanelerde alıŒan psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonellerin sayısı artırılmalı.” (K11)

“Daha iyi iyileŒme sağlamak için insanı ve insan haklarını merkezine koyan bir ruh sağlığı politikasına ve hizmetlerine ihtiyacımız vardır. EŒitsizlikleri ve ayrımcılığı engellemek için sağlık, sosyal koruma ve diğer insan haklarına yatırım yapan; her yönüyle insana yakıŒır bir yaŒam biçimi sunan ve yaŒamını anlamlı kılan, bu anlayıŒla ruh sağlığı politikalarını önceleyen; “ruh sağlığı yerinde olmayan birinin” yaŒamın diğer alanlarında baŒarılı olsa dahi kendini gerekleŒtirmeye dayalı bir baŒarıyı yakalayamayacağını bilen; zenginleŒtirilmiŒ bir ruh sağlığı politikasına ve bu politikaların ürünü olan hizmetlere gereksinim vardır.” (K15)

K11 ve K15 kodlu katılımcı ifadelerine ilişkin World Federation for Mental Health (2020) ve WHO (2020)'nun açıklamaları şu şekildedir: Covid-19 pandemisi sonrasında ruh sağlığı hizmetlerine önem verilmesi, bireylerin ve toplumun psikolojik ve duygusal iyilik halini korumak için kritik bir adımdır. Bu kapsamda; farkındalık ve eğitim, erişebilirlik ve kapsayıcılık, multidisipliner yaklaşım ve tedavi anlayışı, erken müdahale ve koruyucu hizmetlerin yanı sıra araştırma ve inovasyon, ruh sağlığı hizmet ve politikalarına ilişkin önemli bileşenler olarak görülmektedir (World Federation for Mental Health 2020 ve WHO 2020).

Öneri kategorisi kodlarından bir diğeri olanakların arttırılması kodudur. Katılımcılar ruh sağlığı hizmetlerinin olanaklarının arttırılması gerektiğine yönelik ifadeye bulunmuştur. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Randevu sisteminin ve hastaya ayrılan sürenin değişmesi ve bunun yanı sıra, muayene süresinin yeterli seviyede olmasını isterim.” (K2)

“Aile hekimleri aracılığıyla erken tanı koyma için tarama yapılabilir.

Ekip çalışmasına daha fazla önem verilebilir.

Toplum ruh sağlığı merkezlerinin sayısı arttırılabilir.” (K5)

K2 ve K5 kodlu katılımcı ifadelerine ilişkin American Academy of Family Physicians (2020) ve World Organization of Family Doctors (2014)'ın açıklaması şu şekildedir: Covid 19 pandemi sonrasında ruh sağlığı hizmet sunumunda aile hekimleri aracılığıyla erken teşhis için tarama yapılması, etkili bir strateji olabilir. Şöyle ki: Aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır ve toplumun genel sağlığının korunması ve geliştirilmesinde kilit bir rol oynarlar. Dolayısıyla ruh sağlığı hizmetlerinin erken teşhisi ve tedavisi, aile hekimlerinin yetki ve sorumlulukları arasında yer almalıdır. Aile hekimleri ruh sağlığı sorunlarıyla karşılaştıklarında, işbirliği yapacakları ruh sağlığı uzmanlarına yönlendirerek, hastaların daha kapsamlı ve uzmanlık gerektiren tedaviler almasını sağlayabilirler (World Organization of Family Doctors 2014 ve American Academy of Family Physicians 2020).

Öneri kategorisi kodlarından bir diğeri yeni politikalar geliştirilmeli kodudur. Katılımcılar ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin politikaların geliştirilmesi gerektiğine yönelik ifadeye bulunmuştur. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Ruh sağlığı politikaları ve ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda ülkemizde de uygulanan toplum modeli temelli ruh sağlığı hizmetleri sayesinde şizofreni, bipolar bozukluk gibi ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde klinik ve sosyal açıdan olumlu sonuçları olduğu söylenebilir. Bunun yanında hastanelerde de tedavi hizmetleri aktif olarak devam etmektedir. Özellikle ilçelerde hekimler yeterli destek bulamamakta ve hasta yoğunluğu altında psikososyal destek konusunda yetersiz kalmaktadırlar. Örnek

olarak çalıştığım hastanede bir sosyal çalışmacı yok. Devletin psikososyal destek bağlamında birçok kurumu var ancak bu kurumlarla irtibatın sağlanmasında sosyal çalışmacılara büyük iş düşüyor. Psikiyatrik hastalığı psikiyatrist ya da psikolog tedavi eder algısından uzaklaşmamız gerekiyor. Bu algı sadece hastalarda değil hekimlerde de mevcut. Bir sağlık modelini baştan burada açıklamak zor ancak kurumlarda psikiyatri hizmeti bir takım işi olarak görülmeli ve bu sistem oturtulmalıdır.” (K8)

“Devletin ilgili bakanlıkların işbirliği içinde, ilgili kurumlarla devlet desteği ile ihtiyaç duyulan hizmetleri ücretsiz sunması beklentimdir.” (K12)

K8 ve K12 kodlu katılımcıların açıklamalarına ilişkin World Federation for Mental Health (2020) ve WHO (2007)’un açıklamaları şu şekildedir: Covid-19 pandemi sonrasında yeni ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesi büyük önem taşır. Yeni ruh sağlığı politikaları, ruh sağlığı hizmetlerine erişilebilirlik ve kapsayıcılık sağlamalıdır. Bu, coğrafi, ekonomik ve sosyal engellerin aşılmasıyla mümkündür... Yeni politikaların odak noktalarından biri de ruh sağlığı sorunlarının önelenmesine yönelik hizmetlerin geliştirilmesidir. Yeni politikalar, ruh sağlığı hizmetlerine yönelik yenilik ve araştırmaları da teşvik etmelidir. Ayrıca pandemi sonrasında, ruh sağlığı politikaları kriz müdahalesine de odaklanmalıdır. Bunların yanı sıra, yeni politikalar, ruh sağlığı hizmetlerinin etkili bir şekilde sunulması için multidisipliner (psikiyatrist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarını ve diğ.) bir yaklaşım benimsemelidir (World Federation for Mental Health 2020 ve WHO 2014). Sosyal destek sistemlerinin sağlanmasında sosyal hizmet uzmanları aktif yer almalıdır.

Öneri kategorisi kodlarından bir diğeri ruh sağlığına daha geniş bir perspektifte bakabilmek kodudur. Katılımcılar ruh sağlığının daha geniş bir çerçevede ele alınması gerektiğine ilişkin ifade bulunmuştur. Konuyla ilişkili katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Ruh sağlığı hizmetini psikiyatri hekimi ile sınırlı tutmayan bir anlayışın yerleşmesini umuyorum. Dünyanın hiçbir yerinde psikiyatri hekim sayısı ruh sağlığı hizmetini tek başına veremez. Diğer ruh sağlığı çalışanların sayısının ve yetkilerinin artırılmasını umuyorum” (K4)

K4 kodlu katılımcı ifadesine ilişkin American Psychological Association (2022) ve International Federation of Social Workers (2020)’un açıklamaları şu şekildedir: Covid-19 pandemisi sonrasında ruh sağlığı alanında psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının sayısı ve yetkilerinin artırılması büyük önem taşır. Covid-19 pandemisi toplumda ruh sağlığı sorunlarının artmasına sebep olmuştur. Bu nedenlerle psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının sayısının ve yetkilerinin artırılması, bu artan ihtiyaçları karşılamak için önemli bir adımdır. Ruh sağlığı alanına yönelik bütçe ve kaynaklarının da artırılması önem arz etmektedir. Bununla birlikte ruh sağlığı profesyonellerinin yetiştirilmesi ve

eğitime y6nelik plan ve programların hazırlanması ve hayata ge7irilmesi de gerekmektedir. Diğer taraftan sosyal hizmet uzmanları, insanların sosyal ve ekonomik zorluklarla başa 7ıkmalarına yardımcı olurlar (American Psychological Association 2022 ve İnternational Federation of Social Workers 2020). Buradan da anlaşılacağı üzere sosyal hizmet uzmanları tedavinin sosyal boyutunda kiritik 6neme haizdir.

6nerilere ilişkin diğer katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

“Telemedicine geliştirilerek online ruh sağlığı hizmeti yapılabilir.” (K10)

“Hizmet alan temelli olmalı; ancak aynı zamanda hizmet verenlerin de hakkını g6zetmeli.” (K17)

K10 ve K17 kodlu katılımcı ifadelerine ilişkin, Royal College of Psychiatrists (2020) ve WHO (2020)'nun a7ıklamaları şu şekildedir: Covid-19 pandemisi sonrasında telemetik hizmetlerin geliştirilerek online ruh sağlığı hizmetlerinin sunulması m6mk6nd6r. Telemetik hizmetler, ruh sağlığı hizmetlerine erişilebilirlik ve kapsayıcılık sağlamada b6y6k bir potansiyele sahiptir. Online hizmetler, coğrafi, ekonomik ve sosyal engelleri aşarak herkesin ruh sağlığı hizmetlerine erişmesini sağlar. Pandeminin getirdiği kısıtlamalar ve tedbirler, online ruh sağlığı hizmetlerinin 6nemini artırdı. Ancak telemetik hizmetlerin kullanımı, gizlilik ve g6venlik 6nlemlerinin sağlanmasıyla birlikte olmalıdır. Bunlarla birlikte pandemi sonrasında telemetik hizmetlerin geliştirilmesi i7in; daha kullanıcı dostu ve interaktif platformlar oluşturulabilir. ve online terapi seansları i7in daha g67cl6 ve g6venli video konferans sistemleri kullanılabilir. Ayrıca yapay zeka ve veri analitiği gibi teknolojiler, daha etkili ve kişiye 6zg6 hizmetlerin sunulmasına yardımcı olur (Royal College of Psychiatrists 2020 ve WHO 2020).

“Kronik ruh sağlığı bozukluğu olan bireylerin tedavilerinin yeniden d6zenlenmesi 6zellikle bakım veren ve ailelerine ruh sağlığı taraması ve destek sistemlerinin artırılması gerektiğini d6ř6n6yorum. Hizmet sunumunun daha profesyonel yapılabilmesi i7in personel sayısının artırılması ve kaliteli eğitimlerin verilmesi gerektiğini d6ř6n6yorum.” (K18)

“Başında pratisyen hekimlerin bulunduğu ekipler ile hastane dışında başka b6nyelerde ya da sahada g6revli ekiplerin kurulması iyi olabilir. Bu sistem aile sağlığı merkezlerinde de y6r6t6lebilir. Aylık toplantılar ile hastanedeki uzman psikiyatrist ve diğer ruh sağlığı 7alışanları ile ortaklaşa işler y6r6t6lebilir.” (K4)

“Sevk zinciri değim gibi şart. Diğer branşlarda da şart. Gebelik ř6phesi olan bir kadının da kadın doğum uzmanının vaktini almaması gerekiyor yoksa sistem işlemez. 20 dakikadan kısa s6ren psikiyatrik muayene işlevsizdir. Buna yasal engel getirilmeli ama 6zl6k haklarımız da verilmeli. Y6zde 10 oranında her hastanye yataklı psikiyatri

servisi şartı getirilmeli. Psikiyatrik hastalıklar çok yaygın. Aile hekimleri ve pratisyen hekimler de birinci basamak reçeteleri eskisi gibi yazabilmeli rapor çıkarabilmeli ve SGK bunu karşılamalı.” (K4)

“Randevu sistemi aslında iyileştirilse yani süreler normlara göre olsa, hastalar da telefonda günlerce randevu alamamanın gerilimini yaşamasa iyi olur” (K3)

“Öncelikle randevular 20 dakikada bir olmalı. Performans sistemi tamamen kaldırılmalı. Performans sistemi hekimlere zulümdür. Hastanelere xray cihazları konulmalı ve kesici delici veya ateşli silahlarla insanlar hastanelere girmemeli. Merkezi yönetimdekiler eksiksiz ödemelerini alırken asıl hastanelerde ter döken doktorlar ve sağlık çalışanları da ödemelerini almalı. SUT puanları branşlar arasında adaletsiz olmamalı.” (K10)

K3 ve K10 kodlu katılımcı ifadelerine ilişkin, HealthIT.gov. (2020), National Health Service (2021), Society of Clinical Psychology (2015) ve American Psychiatric Association (2019) 'in açıklamaları şu şekildedir: Covid-19 pandemi sonrasında ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda hasta randevu sistemi, etkili ve verimli olmalıdır. Pandemi sonrasında da pandemi tedbirlerinin ve salgının yol açtığı olumsuz etkilerin devam ettiği bir süreçte, online randevu sistemi önemli bir rol oynar. Online randevu sistemi, bireylerin kolaylıkla randevu alabilecekleri ve terapistlerin programlarını yönetebilecekleri bir platform sağlamalıdır. Bireyler, tercih ettikleri terapisti seçip uygun bir tarih ve saat için randevu alabilmelidir. Diğer taraftan döner sermaye-performans sistemi, sağlık hizmetlerinde performansa dayalı ödeme prensibine tekabül eder. Ruh sağlığı hizmetlerinde bu sistemin uygulanması tartışmalıdır. Konuyla ilgili bazı uzmanlar, performansa dayalı ödeme sisteminin ruh sağlığı hizmetlerinde yetersiz ve haksız olduğunu savunmaktadır. Zira, performansa dayalı sistem, bazı hekimler üzerinde baskı yaratabilir ve zorlayıcı olabilir. Ayrıca bu sistemde yer alan hedeflerin yanlış ölçütlerle belirlenmesi, adaletsizlik ve haksızlık içeren duygu durumuna yol açabilir. Diğer taraftan hastanelere Xray cihazlarının konulması konusu, tartışmalı bir konudur (HealthIT.gov. 2020, National Health Service 2021, Society of Clinical Psychology 2015 ve American Psychiatric Association 2019).

“Sadece Covid-19 pandemisinin değil, ruhsal bozukluklara neden olan bütün faktörlerin bireyler, aileler ve topluluklar üzerindeki etkileri; çeşitli değişkenlerle, farklı yerlerde ve geniş örneklemeler üzerinde derinlemesine ve kapsamlı çalışmalarla araştırılmalı ve ruh sağlığı politikaları ve hizmet sunumları konusunda bir fikir birliği oluşmalıdır. Farklı yaklaşımlar önemsenmeli ve farklı düşüncelere yer verilmelidir. Eşitsizliklerin giderildiği, herkesin rahat bir şekilde hizmetlerden yararlandığı, hizmetlere ulaşımın yerinden ve kolay olduğu, insani değerlerin beslendiği ve sosyal

ilişkilerin desteklendiği bir politika ve bu politikaya dayalı hizmet sunumunun olduğu bir modeli öneririm.” (K15)

K15 kodlu katılımcı ifadesine ilişkin, National İnstitute of Mental Health (2020) ve American Psychological Association (2019)’in açıklamaları şu şekildedir: Ruh sağlığı hizmetlerinde, ruhsal bozukluklara neden olan- genetik yatkınlık, çevresel etkiler, travmatik deneyimler, sosyal destek eksikliği işsizlik gibi-faktörlerin derinlemesine incelenmesi önemlidir. Bu nedenle ruh sağlığı hizmetleri, bu faktörleri ayrıntılı bir şekilde değerlendirebilecek uzmanlar ve analiz yöntemleri ile desteklenmelidir. Ruh sağlığı hizmetlerinde geniş örneklem ve toplumsal etkilerin incelenmesi önemlidir. Bu, bireylerin sosyo-ekonomik durumları, cinsiyet, yaş, etnik köken gibi demografik verilerin yanı sıra, toplumun genel ruh sağlığı durumunun da değerlendirilmesini gerektirir (National İnstitute of Mental Health 2020 ve American Psychological Association 2019).

“Sağlık bakanlığı bu hizmeti verenleri sık sık denetlemeli, öncelikle diplomalar denetlenmelidir.” (K11)

K11 kodlu katılımcı ifadelerine ilişkin, American Psychiatric Association (2020) ve WHO (2018)’un açıklamaları şu şekildedir: Ruh sağlığı hizmeti veren profesyonellerin sık sık denetlenmesi önemlidir. Bu denetimler, hizmet kalitesini ve standartlarını sağlamak için gereklidir. Denetimler, profesyonellerin etik kurallara uyduğunu, güncel bilgilere ve becerilere sahip olduğunu, hasta güvenliğini sağladığını ve etkili tedavi süreçleri yürüttüğünü kontrol etmek için yapılmalıdır (American Psychiatric Association, 2020 ve WHO, 2018).

Kod Sistemi	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	TOPLAM	
☑️ Pandemi Sonrası Ruh Sağlığı Politikaları ve Hizmetleri																					0
☑️ Öneri																					0
☑️ Etkileşim ve Çözüm Odaklı Olmalı		1	1	1	2		2	2							2						11
☑️ Ruh Sağlığı Yasası Oluşturulmalı					1			1		2		1					1	1			7
☑️ Koruyucu ve Önleyici Ruh Sağlığı Hizmetleri							1					1		2				1			5
☑️ I. Basamak Ruh Sağlığı Hizmetlerine Önem Verilmeli				2	2					1											5
☑️ Çalışanların Hakları ve Görevleri Gözden Geçirilmeli	1									2									2		5
☑️ Personel Sayısının Arttırılması				1			1				2							1			5
☑️ Kurallar Netleştirilmeli			1	1															2		4
☑️ Online Terapiler İçin Yasal Zeminin Hazırlanması				1															3		4
☑️ Ruh Sağlığına Daha Fazla Önem Verilmeli										2					1						3
☑️ Olanakların Arttırılması	1				1												1				3
☑️ Yeni Politikalar Geliştirilmeli							1					1									3
☑️ Ruh Sağlığına Daha Geniş Bir Perspektifle Bakabilmek				1														1	1		3
☑️ Online Ruh Sağlığı Hizmetleri										1				1							2
☑️ Hem Hasta Hem Personel Odaklı Olmalı																	2				2
☑️ Kaliteli Eğitimin Verilmesi														1				1			2
☑️ Sahada Çalışan Personel Olmalı				2																	2
☑️ Hastalıkları Önceliklendirme/Sevk				2																	2
☑️ Randevu Sisteminin İyileştirilmesi	1	1																			2
☑️ Daha Fazla Zaman Ayrılmalı										1											1
☑️ Hizmete Daha Kolay Erişim Sağlanmalı															1						1
☑️ Hizmet Verenler Denetlenmeli											1										1
☑️ Pandemi Sonrası Dünya ve Türkiye de Ruh Sağlığı																					0
☑️ İhtiyacın Artması			1				1				1			1	1				2		7
☑️ Yatak Sayısında Artış																	2				2
☑️ Pandemi Kaynaklı Problemler			1																		2
☑️ Online Hizmetlerin Yaygınlaşması											1			1							2
☑️ Sorunlar Devam Edecektir	1			1																	2
☑️ Hizmet Kalitesinde Düşüş										1											1
Σ TOPLAM	0	5	5	12	6	0	5	4	0	8	7	3	0	7	5	0	6	8	8		89

Tablo 4.8. Pandemi sonrası ruh sağlığı politikaları ve hizmetleri teması kod matris gösterimi



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Covid-19'un ruh sağlığı politikalarına etkilerinin yansımaları incelenmiş ve bu çerçevede 19 katılımcı ile yarı yapılandırılmış görüşme formu uygulanmıştır. Katılımcıların ruh sağlığı politikaları, Covid-19 pandemisi sürecinin ruh sağlığı üzerine etkileri ve Covid-19 sonrası pandeminin ruh sağlığı politikalarına etkisi sorgulanmıştır. Görüşmelerden elde edilen bulgular göstergebilimsel analiz ve içerik analiz yöntemleri ile analiz edilerek, sonuçlar literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Kuşkusuz Covid-19 insanlık tarihinin bilinen ilk pandemisi olmasa da, veri ve bilgi paylaşımının en fazla yaşandığı, imkânların geçmişteki dönemlere göre son derece yüksek olduğu bir pandemi süreci yaşanmıştır. Özellikle sosyal medyada yaşanan gelişmeler ve imkanlar, online görüşme olanakları, ruh sağlığı konusunda pandeminin çok farklı bir yöne evrilmesine ve pandemi öncesi, pandemi süreci ve sonrasına yönelik yeni gelişmelerin yaşanmasına olanak vermiştir (Zhou vd, 2022; Abbas vd, 2021; Su vd, 2021; Yüksel ve Çakmak, 2020). Bu konuda yapılan çalışmalar da bu durumu desteklemektedir. Çakır Kardeş (2020) çalışmasında pandemi döneminde birey davranışları ile ruh sağlığının değişimini literatür taraması ile değerlendirmiş ve bunda sosyal ortam ile medyanın önemli rolünün olduğunu bildirmiştir.

Bir başka çalışmada Güler Aksu vd (2022) pandemi sürecinde genç ve çocuklarda önemli ruh sağlığı değişimlerinin olduğunu, psikolojik sağlamlık düzeylerinin düştüğünü ve artırılması gerektiğini ifade etmektedir. Hacıoğlu Yıldırım (2020) ise pandeminin ruh sağlığına etkisinin Covid-19 pandemisinde de geçmişteki pandemilerde de öncesi, süreç ve sonrası olmak üzere üç dönemde önemli etkilerinin olduğunu öne sürmektedir. Bu bakımdan ruh sağlığı politikaları ve hizmetlerinin yeniden incelenmesi ve üzerinde analizler yapılarak, en etkili ruh sağlığı hizmetlerinin ortaya konulması için, araştırmada hem sosyal politika uzmanları hem ruh sağlığı uzmanları ve hem de alan uygulamalarına yönelik görüşler derlenerek, ileri çalışmalar için temel teşkil edilmesi amaçlanmıştır.

Pandemi döneminde her ne kadar hastalığın mortalitesinin yüksek olması nedeniyle ilk önem verilen konu ilgili hastalık olsa da sonrasında karantina ve belirsizlik başta olmak üzere, birçok sebeple psikolojik ve psikiyatrik sorun beraberinde gelmektedir (Wisniewska vd, 2023; Dubey vd, 2020; El-Hage vd, 2020; Giorgi vd, 2020).

Bu konuda amcı (2020) Covid-19 ile ruh sağlığını incelediği çalışmasında, sağlık çalışanlarının tedavi surecinde hem kendilerinin, hem de hasta ve yakınlarının psikolojik destek almaları gerektiğini, surecin bireyler üzerinde ciddi bir psikolojik yüke sebep olduğunu rapor etmiştir. akır Kardeş (2020) pandeminin bireylerin davranışları ve ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkilerinin, sebeplerinin başında sosyal izolasyonun geldiğini, bunun için ise bireylere destek verilmesi gerektiğini bildirmiştir.

Koçak ve Harmancı (2020) alışmalarında, pandemi surecinde sadece birey düzeyinde değil, aile düzeyinde de ruh sağlığının önemli ölçüde etkilendiğini bildirmiştir. Bir başka çalışmada Işık vd (2021) pandemi döneminde özellikle ön planda olan sağlık alışanlarında, pandeminin önemli ruh sağlığı etkilerinin olduğunu ifade etmiştir. Pandemi surecinde özellikle karantina nedeniyle insanların sosyal olarak bir arada olamaması, kendileri ve sevdiklerinin başına ne geleceğinden emin olamama ve korkusu, mevcut anksiyete ve depresyon düzeylerini arttırarak, bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir (Mani vd, 2023; Vardi vd, 2023; Vindegaard vd, 2020; Pollock vd, 2020; Preti vd, 2020). Her hastalıkta, tedavi surecinin en önemli bileşenlerinin başında ruh sağlığı gelmektedir. Bireyler bir hastalık sahibi olduğunda, bu hastalığa karşı bir koruma mekanizması geliştirmekte ve bunun neticesinde de, kendini damgalama, o hastalığa neden kendisinin seçildiği, aslında çok tahlisiz olduğu, nazar değdiği, hekimin yanlış teşhis etmiş olabileceği şüphesi ve güvensizliği bir arada değerlendirilmektedir (Campion vd, 2022; Curan vd, 2022; McGorry vd, 2022; Witteveen vd, 2022; Kola vd, 2021; Ortega vd, 2021; Purtle vd, 2020; Kohrt vd, 2018).

Türk Tabipler Birliğinin Covid-19 ilk altıncı ay raporuna göre Covid-19 döneminde sağlık çalışanları, hasta ve yakınlarına sosyal damgalama ve ayrımcılık yapıldığı ifade edilmektedir. Korku ve stres ile sosyal damgalama, bireylerin psikolojik ve psikiyatrik sorunlarının da artmasına sebep olmuştur (Tkel, 2020: 617-618). Bireyler pandemi surecinde de bunun küresel bir savaş mı, bilinçli bir nüfus kontrol sistemi mi, aşı ile birlikte dünyayı ele geçirme stratejisi mi olduğuna yönelik bir takım kurgular geliştirmektedir. Hatta bunlar o kadar ileri gitmektedir ki, günümüzde medya ve çeşitli yayın organları üzerinden de bu konular tartışılmaktadır. Hemen her gün televizyonlarda ve sosyal medyada yer alan binlerce ölüm vaklarına rağmen kurgu ve spekülasyonlar ve bunların çeşitli varyasyonları ulusal ve uluslararası ölçekte güçlü

bir algıya yol açmaktadır. Bazıları bilinçli ve kötü niyetli olarak bunu körüklemekte ve beraberinde bir kamuoyu oluşturarak, reklam geliri başta olmak üzere, bunun üzerinden ekonomik kazanç da sağlayabilmektedirler. Ekranlarda sıklıkla açıklanan ölüm vakaları aslında başlı başına psikolojik rahatsızlıklara sebebiyet verebilirken, bu aktörlerin olumsuz sonuçlar doğurabilecek faaliyetleri de buna zemin hazırlamaktadır.

Tüm bu gelişmeler ışığında, sosyal politikaların temel işlevlerinin toplumun sosyal bir bütün olarak işlevlerini ve sağlıklarını korumak olduğu düşünüldüğünde, pandemi ile ilgili ya da aşı ile ilgili tartışmalar ne olursa olsun, bunların etkilerini en aza indirecek olan politikalar üretmeli ve bunları bireylere sunmalıdır. Bu bakımdan bu çalışmada, ruh sağlığı uzmanları, sosyal politika uzmanları ve sosyal hizmetler uzmanları ile görüşmeler yapılarak, pandemi öncesi, pandemi süreci ve pandemi sonrasına yönelik ruh sağlığı politika ve hizmetlerinin özellikleri incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre model önerisinde bulunulmuştur.

A. Türkiye’de Covid-19 pandemisi öncesi ruh sağlığı politikalarına dair görüşler ve bulgulara yönelik tartışma

Covid-19 pandemisi öncesinde sorgulanan ilk konu pandemi öncesi sağlık politikalarıdır. Türkiye’de ruh sağlığı ile ilgili sorunların geçmişten günümüze devam eden önemli bir sorun olduğu, bu nedenle sürekli olarak gerek bakanlığın, gerekse uluslararası sağlık kurumlarının bu alanda sürekli olarak hizmet kalitesini geliştirme, daha fazla hastaya ulaşma ve daha etkili sağlık hizmetleri vermek için çalışmalar düzenlediği bilinmektedir. Ancak genel olarak sağlık politikalarına yönelik yapılan çalışmalar yeterli olmayıp, ülkemizde ruh sağlığı ile ilgili çalışmalar, fiziksel sağlık ile ilgili çalışmalara göre ikinci planda kalmıştır. Bunun neticesinde de günümüzde bile hala birkaç merkez dışında, multidisipliner bilim ve meslek anlayışıyla yaygın ruh sağlığı hizmeti veren, sağlık kurumlarından bahsetmek pek mümkün değildir.

Çalışma bulgularından elde edilen sonuçlar da bunu desteklemekte olup, pandemi öncesinde ruh sağlığı hizmetlerinde yetersizlik, eksik veri, hastaya ayrılan sürenin standardın çok altında olması (5-10 dk), koruyucu hekimliğin ciddi manada yetersizliği, ruh sağlığı profesyonellerinin sayısının ihtiyacı karşılamaktan çok uzak olması, bu alana gerekli önemin verilmemesi ve hizmet sunumunun niteliği-kalitesi yerine hasta sayıları üzerinden değerlendirme yapılması en fazla öne çıkan göstergelerdir.

Alana ilişkin politikaları olumlu gören sadece dört katılımcı olup, bu imkânlarla en iyisi diyerek, aslında mevcut durumu yeterli bulmayan, ancak imkân ile ilişkilendiren altı katılımcı vardır. Tüm bunlara genel olarak bakıldığında, Türkiye’de pandemi öncesinde ruh sağlığı hizmetlerinin yeterli olmadığı konusunda çoğunluğun hemfikir olduğunu öne sürmek mümkündür.

Covid-19 pandemisi öncesine yönelik sorgulanan bir diğer konu pandemi öncesi sağlık hizmetleridir. Ruh sağlığı politikalarının sahaya yansımaları ruh sağlığı hizmetleridir. Şayet etkili ve başarılı bir ruh sağlığı politikası geliştirilir ve işlevsel hale getirilirse, ruh sağlığı hizmetleri de buna paralel olarak verimli ve etkili olacaktır. Ancak sağlık politikalarında yaşanacak olan aksaklık ve eksiklikler, etkisini ruh sağlığı hizmetlerinde de gösterecektir.

Çalışmada elde edilen bulgularda da pandemi öncesi Türkiye ruh sağlığı hizmetlerinde hastaya yeterli zamanın ayrılmaması, içerik ve süre bakımından sunulan hizmetin yetersiz olması, psikoterapi yerine ilaç tedavisinin ağırlıklı olması söz konusudur. Türkiye’de pandemi öncesi ruh sağlığı hizmetlerini yeterli bulan iki katılımcı ve ekiplerin başarılı olduğunu ifade eden bir katılımcı vardır. Ancak katılımcıların çoğunluğu, pandemi öncesinde ruh sağlığı hizmetlerini yeterli bulmamaktadır.

Literatürde de, Türkiye’de genel olarak ruh sağlığı ile ilgili önemli eksikliklerin olduğunu rapor eden çalışmalar mevcuttur. Gözen ve Buz (2020) hasta deneyimleri ve sosyal hizmet uzmanları ile yapmış olduğu çalışmada, ruh sağlığında koruyucu hekimlik başta olmak üzere, birçok uygulamada aksaklık ve eksikliklerin olduğunu bildirmiştir. Özaydın vd (2022) ise kamu sağlık çalışanlarının görüşleri üzerine yapmış olduğu çalışmada, Türkiye’de ruh sağlığı hizmetlerinde önemli eksikliklerin olduğunu ve daha toplum tabanlı çalışmalara ve uygulamalara ihtiyaç olduğunu rapor etmiştir. Bir başka çalışmada Çokamay vd (2017) Türkiye’de okul ruh sağlığı hizmetleri başta olmak üzere, genel olarak ruh sağlığı hizmetlerinin önemli eksiklikler içerdiğini öne sürmektedir. Bu bakımdan pandemi öncesindeki duruma yönelik katılımcıların ifade ettikleri durum ile literatür uyumludur.

B. Türkiye’de Covid-19 pandemisi süreci ruh sağlığı politikalarına dair görüşler ve bulgulara yönelik tartışma

Pandemi sürecinde pandeminin ruh sağlığı üzerine etkilerine yönelik pandeminin ruh sağlığı ve politikalarını etkileme durumu, dünyada ruh sağlığı politikalarına

yansımaları, Türkiye'nin bu konuda yeni bir model gerçekleştirebilmesi, buna yönelik yeterli donanıma sahip olup olmaması, bu modeli geliştirirken karşılaşacağı etik ve yasal sorumluluklar sorgulanmıştır.

Covid-19 pandemisi bütün ülkelerin sağlık sistemlerini küresel düzeyde etkilemiştir. Burada küreselleşmenin Covid-19 salgınında da farklı bir izdüşümünü görmekteyiz.

Özellikle tıp alanında yükselme kriterlerinden olan uluslararası yayınlar, buralardan elde edilen bulgu ve bilgiler, tıbbi malzeme konusunda tüm dünyada birbiriyle etkileşim içerisinde olan ülkelerin sağlık sistemleri bir bütün olarak salgından etkilenmiştir. Ancak Covid-19 enfeksiyonunun daha çok (göğüs hastalıkları, kalp ve beyin gibi) biyolojik etkilerinden ve mortalite riski içermesinden dolayı sağlık sistemi ve politikaları ve de mevcut imkanlar, bu alana kanalize edilmiştir.

Ruh sağlığı ile ilgili akut konular ve devam eden takipler dahi, pandemide hastalığın yayılmasından kaçınmak, salgını bastırmak ve kontrol altına almak için, ikinci plana atılmıştır. Aslında bu durum tüm dünyada elektif ve zorunlu olan sağlık hizmetlerinin sorgulanmasına sebep olsa da, pratikte pandeminin ve virüsün ani şekilde önce yoğun bakım ve entübe, sonra ölümlü sonuçlanan klinik tablosu, ruh sağlığı hizmetlerini elektif hale getirmiştir. Bundan dolayı, ruh sağlığının hem politikalarında, hem de hizmetlerinde çok ciddi aksamalar olmuş, Türkiye'de ve dünyada da ruh sağlığı hizmetleri pandeminin en yoğun olduğu dönemlerde elektif olarak kabul edilmiştir.

Çalışmada elde edilen bulgular da bu durumu desteklemektedir. Katılımcıların çoğunluğu yeterli donanıma sahip olamama, hastaları yalnız ve hastalıkları ile baş başa bırakma, ekiplerin yetersiz kalması gibi yanıtlar vermişlerdir. Online yapılan görüşmeler ve müdahalelerde de yeterli sonuç alınamamıştır. Çünkü pandemi sürecinde hem sağlık kurumlarına hem de ilaç ve benzeri hizmetlere elektif ya da geçici olarak elektif kabul edilen alanlarda erişim oldukça güç bir şekilde gerçekleşmiştir.

Pandemi sürecinde dünyada yaşanan gelişmelerde de Türkiye'de yaşanan gelişmelerden çok farklı sonuç görülmemektedir. Tüm dünyada sağlık hizmetleri zorunlu ve yüksek mortalite içeren sağlık hizmetlerinin dışındaki tüm sağlık hizmetlerini ikinci plana bırakarak, tüm imkan ve güçlerini pandemi ile mücadeleye yönelik politikalar tercih edilmiş ve uygulanmaya çalışılmıştır. Bu nedenle, Türkiye

ile dünyada yaşanan gelişmeler arasında çok büyük farkların olmadığını ifade etmek mümkündür. Araştırma bulguları da bu durumu desteklemektedir.

Araştırma bulgularına göre Covid-19'un dünyada ruh sağlığı politikalarına etkileri incelendiğinde; modern hizmetlerin sekteye uğradığı, online terapi ve hizmetlerin yaygınlaştığı, ruh sağlığı hizmetlerine önem verilmediği, dünyanın bir model geliştiremediği, gelişmiş ya da refah seviyesi yüksek ülkelerde bu hizmetlerin kalite düzeyinin daha yüksek olduğu ve dengesizliğin ortaya çıktığı öne çıkan gösterge ve bulgular arasındadır. Aslında bu durumun yansımaları, sağlık sisteminin diğer alanlarında da görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ortak küresel bir sistem kurmak bir yana, veri paylaşımı ve işbirliği konusunda dahi dünyada ortak bir sistem kurmayı gerçekleştirememiştir.

Covid-19 Pandemi süreci aslında sadece ruh sağlığı hizmet ve politikalarında değil, tüm sağlık hizmetlerinde bu eşitsizliği daha fazla görünür hale getiren bir gelişme olarak nitelendirilebilir.

Türkiye'de pandemiye yönelik yeni bir ruh sağlığı hizmet modelinin gerçekleştirilebilmesi için öncelikle pandemi öncesi, pandemi süreci ve sonrasına yönelik bilgilerin derlenmesi, dünyada yapılan çalışmaların geribildirimlerinin bir arada değerlendirilmesi ve elde edilen bulguların bir model çerçevesinde, alanındaki uzmanlar ile birlikte ortaya konulması gerekmektedir. Bir sağlık politikası ve hizmet modeli geliştirirken, öncelikle o modele yönelik tüm değişkenlerin bir arada değerlendirilmesi gerekir.

Çalışmada ruh sağlığı ile ilgili Türkiye'nin pandemi sonrası bir hizmet modeli geliştirmesi ve sunmasında; personel yetersizliği, yatış ve sevk problemleri, pandemi kaynaklı sebepler, online danışmanlık modelindeki sorunlar, hizmet kalitesindeki sorunlar ve aksaklıklar, gerekli destek sistemi ve yasal düzenlemeye dair eksiklikler, ruhsat ve ilaç raporu sürelerinin uzatılması, online görüşmelerin denetlenmesi ve uygulaması gibi konular ön plana çıkmaktadır.

Türkiye'de ruh sağlığı politika ve hizmetlerine yönelik bir modelin pandemi etkisi ve öngörüsü dikkate alınarak kurulmasında, online, yani uzaktan erişim ile yapılacak olan görüşmeler büyük önem taşımaktadır. Zira türü ve içeriği ne olursa olsun, pandemi sürecinde en önemli konu, etken virüsün tanımlanması ve mücadele yöntemlerinin belirlenmesi için, izolasyon ve karantina süreçleridir. Hem izolasyonda virüsü geçiren

bireylerin destekleyici tedavilerinde hem de izolasyon sürecinin bireylerde neden olduğu anksiyete ve depresyonun en aza indirilmesinde, ruh sağlığı hizmetleri hayati öneme sahiptir. İzolasyon ve karantina dönemlerinde, online hizmetlerin ön plana çıktığını görmekteyiz.

Ruh sağlığına yönelik online hizmetlerde etik ve yasal düzenlemeler elzem konular arasındadır. İnternet ortamında veri güvenliği ve erişim ile ilgili sınırlamalar, bu sınırların aşılması ve kötü niyetli yazılımlar ile kişilerin özel verilerinin korunması gibi hususlar önem arz eden konular arasında yerini almaktadır. Dolayısıyla etik ihlalleri ve bu ihlallerin önlenmesi için yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

Bu sayede hastalar/danışanlar ile hizmet ifa eden uzman arasında sağlıklı ve güvenilir bir mesleki ilişki kurulabilir. Ruh sağlığı hizmetlerinde, genel sağlık hizmetlerine nazaran, hastaların hekimlerine güven duymaları mesleki ilişkinin kurulması bakımından da önem arz etmektedir. Ancak online oturumlarda (dijital ortamlarda) konuşmaların kayıt altına alınma ihtimali olup, kötü niyetli kişilerin birtakım sofistike bilişim araçları kullanarak, görüşmeleri kaydetmesi ve bunu bir şantaj olarak kullanma ihtimali de vardır. Yaşamın olağan akışı içerisinde çok düşük ihtimal olsa da kişiler mahremiyet içeren konularını paylaşırken, kendilerini güvenli bir limanda hissetmek isterler. Dolayısıyla, Ruh sağlığı politika ve hizmetleri için bir model önermede, bu şekilde bir durumla karşılaşmamak için etik bildirme ve yasal düzenleme şarttır.

Ancak mevcut politikalar ve hizmet sunumuna bakıldığında-eğitim alanı da dahil-sağlıklı, kurumsallaşmış ve optimal düzeyde işlevsellik gösteren hizmet modelinin olmadığı görülmektedir.

Gerek literatür gerekse araştırma bulguları dikkate alındığında, ruh sağlığı politikaları ve hizmetlerine dair büyük aşamalar katedilmesi ve beraberinde paradigma değişikliğinin de düşünülmesi gerektiği ve aynı zamanda akademik ve mesleki alanın temsil kabiliyeti yüksek uzmanlarını-aktörlerini bir araya getirecek yeni yöntemlerin, çalıştayların gerekliliği yüksek öncelikli bir ihtiyaç olarak karşımızda durmaktadır.

Diğer taraftan ülkedeki siyasal, sosyal ve ekonomik koşullar da pandemi süreci gibi, ruh sağlığı politikalarını olumsuz etkileyebilmektedir. Katılımcıların çoğunluğunun ifade ettiği gibi, yetersiz sağlık çalışanı ve donanım eksikliği de bu alanda yapılacak olan çalışmalar ve gelişmeler üzerinde olumsuz etkiler göstermektedir. Bu nedenle, pandemi sonrası ruh sağlığı politika ve hizmetlerine yönelik pandeminin etkisini ve

gelecekteki pandemi olasılıklarını da dikkate alacak şekilde bir model için; öncelikle bu modele yönelik tüm değişkenlerin analiz edilmesi, tüm eksikliklerin giderilmesi ve buna müteakip güçlü, işlevsel ve sürdürülebilir bir model için etik ve yasal zeminde desteklenmiş, dünyada bu alanda öne çıkan ülkelerin mevcut sistemlerini entegre eden, yalnızca Türkiye’de değil, tüm dünyada pandemi sonrası yaşanan handikapların, zayıflık ve kırılmalıkların etkilerini, neden-sonuç ilişkilerini analitik düzlemde değerlendiren bir modelin geliştirilmesi isabetli görünmektedir.

Nitekim araştırmada yer alan katılımcılarla yapılan yazılı ve sözlü görüşmelerde de bu durum güçlü bir şekilde vurgulanmaktadır.

Her ne kadar literatürde pandemi sürecinde ruh sağlığı ile ilgili çalışmalar henüz yeterli düzeyde olmasa da bu konuda yapılan araştırmalar fiziksel sağlığın ruh sağlığının önüne geçtiğini göstermektedir. Çakır Kardeş (2020) çalışmasında pandemi sürecinde sağlık çalışanları başta olmak üzere, ruh sağlığının yeterli düzeyde ön plana çıkmadığını rapor etmiştir. Güler Aksu vd (2022) pandemi sürecinde çocuklar ve gençlere yeterli düzeyde ruh sağlığı desteğinin verilmediğini belirtmiştir.. Hacıoğlu Yıldırım (2020), Çamcı (2020) ile Koçak ve Harmancı (2020) benzer şekilde, pandemi döneminde sağlık çalışanları ve aile ile birey düzeyinde eksikliklerin olduğunu rapor etmişlerdir. Bu durumu, pandemi öncesinde görülen eksikliklerin ve pandemi sürecinin yansımaları olarak nitelendirmek mümkündür.

C. Covid-19 pandemisi sonrası ruh sağlığı politikalarına dair görüşler ve bulgulara yönelik tartışma

Covid-19 pandemisi sonrası ruh sağlığı politikaları üzerine görüşler pandemi sonrası uluslararası düzeyde ve Türkiye’de ruh sağlığına ilişkin hizmet sunumunda beklenen değişiklikler, yasal düzenlemeler ve model önerileri başlıkları altında değerlendirilmiştir.

Kuşkusuz pandemi ilk kez karşılaşılan bir olgu olmayıp, dünyada bölgesel ya da küresel olarak daha önceki dönemlerde de pandemi yaşanmıştır. Önceki salgınların yaşam pratikleri de dikkate alındığında, pandemi sonrasında yaşanan değişikliklerin daha ziyade akut etki ile değerlendirildiği görülmektedir. Başka bir deyişle modern zamanların toplumsal yapı ve işleyişinde yer alan sağlık sistemleri inşa edilirken, sağlık politikaları ve hizmet modelleri; yerel, bölgesel ve küresel salgın hastalıklar göz önünde bulundurularak geliştirilmeli, insan ve toplum yaşamında yerini almalıdır.

Ancak pandemi döneminde salgınla mücadelede ekipman, dünya genelinde iletişim ve mücadele sonuçları farklılık gösterebilmektedir. 1900'lerin başlarında gelişen İspanyol gribinde online hizmetler, erişim, iletişim ve ulaşım gibi çok sayıda hizmetlerin yanında; tıbbi cihazların üretimi ve hizmete sunumu gibi pek çok konu önemli hale gelmiştir. O dönemde pandemi sürecinde alınacak önlemlerin belki de önemli bir kısmı günümüzde işlevini yitirmiş olacak ve yerine yeni önlemlerin alınması gerekecektir.

Araştırma elde edilen sonuçlara göre katılımcılar pandemi sonrası ruh sağlığı politikaları ve hizmet modelinin şu özellikleri taşıması gerektiğini ifade etmişlerdir:

- Etkileşim ve çözüm odaklı,
- Ruh sağlığı yasasına entegre bir sistem ve hizmet modeli hayata geçirilmeli
- Çalışanların haklarını ve görevlerini gözetmeli,
- Daha fazla personel içeren, nitelikli işgücü yapısına sahip olmalı,
- Daha fazla mesai harcanarak ortaya konulan,
- Hizmetlere erişim kolay olmalı,
- Eğitimler yüksek kalite standartlarına sahip olmalı,
- Hastalıklar daha iyi önceliklendirilmeli,
- I. basamak sağlık hizmetleri ile entegre olmalı
- Kurallar belirgin ve anlaşılır olmalı,
- Online terapiler için yasal zemin hazırlanmalı,
- Koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri verimli ve etkin bir şekilde hayata geçirilmeli,
- Hasta randevu sistemi daha adil ve işlevsel olmalı,
- Hasta ve çalışan hakları eş zamanlı gözetilmeli,
- Yenilik ve gelişmelere açık olmalı,
- Bağımsız bir organ tarafından denetlenebilmeli,
- Psiko-terapi de tedavinin önemli bir bileşeni olmalı,
- Sosyal bakım, sosyal koruma ve sosyal destek programları, ruh sağlığı hizmet sisteminin ayrılmaz bileşenleri olmalı,
- Hasta ve ailesine danışmanlık ve rehberlik hizmeti olmalı,
- Psikiyatrik sosyal hizmet ve sosyal çalışmaya yer vermeli

- Meslek elemanlarının rol, görev ve yetkileri belirgin hale getirilmesi ve alana özgü tanımlanmalı
- Daha geniş açıdan ve perspektiften bakabilen bir model olmalıdır.

Aslında genel olarak sağlık hizmetleri ve ruh sağlığı hizmetlerinin modelinde de olması gereken en önemli özelliklerin başında yeniliklere açık, düzenli olarak kendisini geliştiren ve güncelleyen bir sistem gelmektedir. Bu sayede sağlık hizmetleri hem deneyimleri ve gelişmeleri bir arada değerlendirerek geleceğe yönelik yeni perspektifler geliştirecek, hem de mevcut sistemin aksaklıklarını gidermeye yönelik yeni önlemler alacaktır. Bu sayede, güncel pandemi deneyimlerinden elde edilen gelişmeler ve deneyimleri içselleştirerek, daha etkili ve daha verimli bir hizmet modelinin kurulması mümkün olabilecektir.

Pandemi sonrası ruh sağlığı politika ve hizmetlerinde ön plana çıkan bir diğer önemli konu ise online, yani uzaktan verilecek olan sağlık hizmetleridir. Aslında söz konusu sağlık ve pandemi ikisi bir arada düşünüldüğünde, uzaktan erişim ve etkileşimin, adeta modern çağın insan ve toplum yararına yönelik faydalı bir kullanım aracı olduğu görülmektedir. Diğer sağlık hizmetlerinde sadece tanı ve yönlendirmede nispeten işe yarayan bu imkân, ruh sağlığı hizmetlerinde de kayda değer ölçüde önemli imkânları beraberinde getirmiştir. Ancak bu bakımdan yukarıda da ifade ettiğimiz ve çalışmada katılımcıların da üzerinde durduğu gibi, etik konular ve erişim konusu hayati öneme sahiptir.

Dolayısıyla, pandemi sonrası realize edilecek olan bir ruh sağlığı politika ve hizmet modelinde, online hizmetler etik ve bilgi güvenliği ile yasal düzenleme bakımından değerlendirilmesi gereken en önemli konuların başında gelmektedir.

Modelde hem literatürün, hem de katılımcıların değindiği bir diğer önemli konu ise koruyucu hekimlik kavramıdır. Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, ruh sağlığı hizmetlerinde de koruyucu hekimlik hayati öneme haiz olan bir konudur. Aslında koruyucu hekimlik sadece pandemi sürecine özgü değil, pandemi öncesi ve sonrası ile de ilintili sağlık sisteminin ve özellikle de halk sağlığına yönelik önplanda tutulması gereken bir konudur.

Bu konu sadece ülkemizde değil, DSÖ verilerine göre dünyanın pek çok ülkesinde üzerinde yeterince durulmayan, ihmal edilen önemli bir sağlık hizmetleri sorunudur.

Oysa literatürde yapılan çalışmalar psikolojik ve psikiyatrik hastalıklarda koruyucu hekimliğin oldukça önemli sonuçlar verdiğini, çok düşük maliyetler ve kamu kaynaklarıyla, çok daha etkili sonuçların elde edildiğini ve aynı zamanda bireylerin daha kaliteli, daha sağlıklı yaşama kavuştuklarını ortaya koymaktadır. Bundan dolayı, sadece pandemi sonrası ruh sağlığı politikalarına yönelik kurulacak olan modelde değil, tüm sağlık politikalarında koruyucu hekimlik konusunun ön plana çıkarılması ve yapılacak olan tüm modellerin en önemli ve en temel amaçlarından birisi olması gerekir.

Yapılan araştırmanın en önemli kısıtlılığı, ruh sağlığı konusunun diğer sağlık hizmetleri gibi akut değil de kronik sonuçlarının ortaya çıkması nedeniyle, data ve bilgilerin sınırlı olmasıdır. Personel yetersizliği, hastaların ve yakınlarının damgalanma endişesiyle profesyonel yardımdan imtina etmeleri, aile ve sosyal yaşamlarında bu durumu kamufile etme yoluna gitmeleri, verilerin yetersiz kalması, sağlık kayıtlarının bu nedenle eksik kalması ve bundan dolayı da kaynakların, yasal düzenleme ve etik kuralların yetersiz kalması söz konusudur. Bu nedenele de gerek bu konulara yeterli düzeyde hâkim olan katılımcı sayısında, gerekse literatürde nitel çalışmalara temel teşkil edecek ölçme ve değerlendirme araçlarında sınırlılık söz konusu olmaktadır.

Bir diğer önemli kısıtlılık ise veri paylaşımı ile sosyal hizmet uzmanları ve diğer sağlık profesyonelleri arasındaki bakış açısı farklılığının tam olarak değerlendirmelere imkan verecek düzeyde olmamasıdır.

Genel olarak sağlık profesyonelleri konuya sağlık politikaları ve kamu sağlık harcamaları ile maliyet çerçevesinde bakarken, halk sağlığı çalışanları ise konuya daha çok sağlık hizmetlerinin kalitesi ve bireylerin daha kaliteli bir yaşam sürmesi için gerekli olan en üst düzeyde sağlık hizmetlerine odaklanmaktadır.

Aslında bu durum sağlık hizmetleri bakımından olumlu sonuçlar vermekte olup, maksimum sağlık kalitesi ve minimum sağlık harcamalarını veren optimum modeli sunarken, koruyucu hekimlik konusuna yeterli düzeyde önem verilmemesi söz konusu olabilmektedir. Böylesi bir konuda dahi ortak bir görüş birliğinin sağlanamaması, model önerisi ve sağlık politikaları ve hizmetleri konusunda da bütünlüğü engellemektedir. Bu da araştırmada bütünlüğü sağlama konusunda kısıtlamaya sebep olmaktadır.

Araştırmanın alana olan önemli katkılarından biri de kısıtlamalarda da değinildiği gibi, sosyal hizmet uzmanları ile sağlık çalışanlarını bir araya getirerek, konuya ilişkin nitelikli bilgi sağlaması ve ruh sağlığı hizmetlerinin pandemi sonrasındaki durumuna yönelik önemli bulgular vermesidir. Bu bakımdan araştırma pragmatik bir yapıya sahip olup, gelecek araştırmalar ve alan uygulamaları için önemli bir kaynak teşkil etmektedir.

Araştırmanın bir diğer önemli yanı ve literatüre katkısı, pandemi sonrasında ön plana çıkması kuvvetle muhtemel olan online hizmetler ve koruyucu hekimlik uygulamalarının önemini vurgulamasıdır. Her ne kadar kısıtlılıklarda değinildiği gibi, sosyal hizmet uzmanları ve sağlık çalışanları, ruh sağlığı hizmetleri konusunda farklı görüşlere sahip olsalar da online hizmetler ve koruyucu hekimlik konusunda ortak bir paydada buluşmaktadırlar. Bu bakımdan araştırma sonuçları, alan uygulamalarında çok önemli ve de olumlu sonuçları olan koruyucu hekimliğin ve pandemi döneminde uygulamada yerini alan ve yine önemli kazanımlar sağlayacak olan online hizmetlerin önemini vurgulamaktadır. Bu bağlamda ele alındığında, araştırmanın ruh sağlığı hizmetlerini bir bütün olarak ele aldığını ve hizmet sunumu noktasında tüm paydaşların perspektifini ortaya koyduğunu ifade etmek mümkündür.

Korunaklı iş yerlerinin yanı sıra bakım ve barınma ihtiyacı olan hastalar, psikiyatrik sosyal hizmet kuruluşuna (bakım merkezi) yerleştirilecektir. Korunaklı iş yerleri ve psikiyatrik sosyal hizmet bakım merkezlerinin işleyiş ve organizasyonu, YÖK, Sağlık Bakanlığı, ASHB ve Çalışma Bakanlığının işbirliği ve koordinasyonu ile sağlanacaktır.

Aile sağlığı merkezleri (aile hekimi, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve hemşire), birinci basamak ruh sağlığı hizmetleri ile koruyucu hekimlik hizmetlerini yerine getirecektir. Aile sağlığı merkezleri multidisipliner ekip anlayışıyla sorumlu oldukları bölgenin ruh sağlığı taramasını periyodik aralıklarla yaparak, hem birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerini hem de koruyucu-önleyici hekimlik hizmetlerini yerine getirecektir.

Şöyle ki: Aile sağlığı merkezleri, bireylerin ruh sağlığı sorunlarını erken tanılamak ve tarama yapmak için önemli bir rol üstlenecektir. Pandemi sonrası ortaya çıkacak *TSSB, stres, ankiyete bozukluğu, depresyon ve OKB, yeme bozukluğu, uyku bozukluğu, internet ve madde bağımlılığı ve potansiyel intihar vakaları gibi sorunlara ve risk altında olan bireylere* erken müdahale ortamı sağlayarak, önleyici ve koruyucu hekimlik için kritik bir işlevi yerine getirecektir. Aynı zamanda, bireylerin ve ailelerin psikososyal durumlarını değerlendirecek ve danışmanlık hizmetleri sunacaktır. Bu da akut ruhsal sorunların etkisini minimize edecek ya da önemli ölçüde azaltacaktır. Yine bu süreçte aile sağlığı merkezleri pandemi sonrasında stres yönetimi, krizle başa çıkma, sosyal destek kaynakları hakkında bilgilendirmenin yanı sıra, toplumun genel sağlığı ve ruh sağlığı hakkında bilinçlendirme ve farkındalık çalışmalarını yerine getirecektir. Aile sağlığı merkezleri bireylere ve ailelere psikososyal destek ve danışmanlık hizmetleri sunarak ruh sağlığının korunmasına ve iyileştirilmesine yardımcı olacaktır.

Özellikle psikiyatrik oryantasyonu olan sosyal hizmet uzmanları (hemşire ile birlikte) sorumlu olduğu bölgenin ruh sağlığı profilini ortaya çıkarmaya ve sosyal destek sağlamaya yönelik psiko-sosyal incelemesini yapacak ve çalışmanın sonunda sosyal inceleme raporu hazırlayacaktır. Hazırlanan bu rapor ASM'deki ekip üyelerince mesleki bir değerlendirmeye tabi tutulacak ve sonra çocuk ve erişkin ruh sağlığı profesyonellerinden oluşan konsultasyon kurulu ile istişare edilecektir. Bu mesleki istişare ve değerlendirmenin ardından birinci basamak profesyonel müdahale

yapılarak, hastaların ruhsal ve sosyal sorunları çözülmeye çalışılacaktır. Yatay ekseninde yapılan bu işlem basamaklarından sora ileri düzey (2. ve 3. basamak) klinik tablo gösteren hastaların ise, sevk zinciri izlenerek 2. ve 3. basamak ruh sağlığı hastanelerine-merkezlerine sevki yapılacaktır.

Aile sağlığı merkezleri, toplum psikiyatri merkezi ve saha ekibi, ile işbirliği ve koordinasyon içinde birlikte çalışacaktır.

Bunlara paralel olarak toplum psikiyatri merkezleri (psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve hemşire) de ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylere yönelik erken tanı ve müdahalede bulunarak bireylerin daha hızlı bir şekilde destek almasını sağlayacaktır. Toplum psikiyatri merkezleri kriz dönemlerinde etkili bir şekilde destek sağlayarak, bireylerin duygusal ve psikolojik dayanıklılık kazanmalarında rol oynayacaktır. Bununla birlikte birey ve toplumun psikoeğitim programları aracılığıyla ruh sağlığı hakkında bilgilennemelerine ve farkındalık kazanmalarına yardımcı olacaktır. Yine bunların yanı sıra toplum psikiyatri merkezleri destek grupları oluşturarak, benzer sorunları ve deneyimleri paylaşan bireyleri biraraya getirecektir. Bu sayede grup psikoterapisi, sosyal grup çalışması ve grup dinamikleri gibi profesyonel araçlar kullanılarak pandemiden ve hastalığın-sorunun oluşumunda yer alan faktörlerden etkilenen bireylerin birbirlerine destek sağlamasına ve dayanışma ve işbirliği oluşturmalarına yardımcı olacaktır. Pandemi sonrasında toplum psikiyatri merkezleri telepsikiyatri gibi uzaktan sağlık hizmetlerini de kullanarak, insanların güvenli bir şekilde destek almalarını sağlamanın yanı sıra, hizmete erişim engellerini ortadan kaldıracak ya da minimize edecektir.

Toplum psikiyatri merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve saha ekibi ile eşgüdüm ve koordinasyon içinde birlikte çalışacaktır.

Rehabilitasyon programı, bireylerin ruh sağlığını iyileştirmeye yönelik terapi, egzersiz, mesleki beceri geliştirme ve sosyal destek gibi bileşenleri içermektedir. Bu da bireylerin yaşam becerilerini geliştirmelerine katkı sağlayacaktır. Rehabilitasyon çalışmaları, bireylerin topluma entegrasyonunu destekleyecektir. Rehabilitasyon üniteleri bireylere bireysel terapilerin yanı sıra grup terapisi çalışmaları düzenleyecek ve bu seanslar, bireylerin ruh sağlığına odaklanmalarını ve iyileşme süreçlerini hızlandıracaktır.

Psikiyatrik Sosyal Hizmet Kuruluşu (Bakım Merkezi): İnsan desteğine ve profesyonel kurum bakımına tam bağımlı (psikotik hastalar vd) hastaların tıbbi bakım ve tedavilerinin (tedavi planına uygun ilaç alımının sağlanması, bireysel ve grup terapileri gibi) yanı sıra; psikososyal destek ve sosyal bakım (özbakım vd.) hizmetinden yararlandığı ve yaşamlarının idamesinin sağlandığı multidisipliner ekip çalışmasına dayalı klinik odaklı psikiyatrik sosyal hizmet kuruluşudur.

Rehabilitasyon Köyü (RHK): Bireylerin huzur ve güven içinde hissedebilecekleri tabiatla iç içe yeşil bir alanda klinik birimlerin yanı sıra, spor kompleksi (yüzme havuzu, tenis, futbol, basketbol, voleybol ve futbol sahası gibi), tarımsal faaliyet alanları, bireysel ve grup terapi odaları, toplantı odası, görüşme odası, kütüphane ve okuma salonları gibi birimleri içerecektir.

Rehabilitasyon Köyü'nün temel amacı, kronik hastaların özellikle psikotik hastalar ile alkol-madde bağımlısı hastaların rehabilitasyonu ve topluma kazandırılmasıdır. RHK, bireylerinin sosyal işlevselliklerini ve yaşam becerilerini geliştirmeyi, bireysel ve grup terapileri sunmayı, danışmanlık hizmeti vermeyi içermektedir. RHK, bireylere uygun ve bireyselleştirilmiş (bireylerin ihtiyaçlarına göre) terapi, egzersiz, mesleki beceri geliştirme ve sosyal destek gibi mesleki müdahaleleri içeren rehabilitasyon programlarını sunmaktadır.

Rehabilitasyon Köyünün ikinci bir çalışma kolu da denetimli serbestlik kapsamında yer alan alkol-madde bağımlılarının rehabilitasyonunu sağlamanın yanı sıra, klinik ve adli sürecin işlem basamaklarını rehabilitasyon ve kamu yararı odaklı tamamlamaktır.

Şöyle ki: Denetimli serbestlik kanalıyla psikiyatri hastanesine sevk edilen bağımlı hastalar, psikiyatri hastanesinde klinik gözlem, muayene ve değerlendirme sürecinden sonra, RHK'ya sevki uygun görülen hastalar, tıbbi raporlar ile birlikte RHK'ya sevk edilecektir. RHK'da ise bağımlı hastalar rehabilitasyon programına alınacaktır. Rehabilitasyon köyünde arınma, ayık kalma ve psikososyal rehabilitasyon sürecini başarılı bir şekilde tamamlayan hastaların denetimli serbestlik kurumuna yönelik yükümlülüklerini yerine getirmenin yanı sıra, toplumsal yaşama uyum ve entegrasyonuna yönelik mesleki çalışmalar yürütülecektir.

Ulusal Psikiyatri Koordinatörlüğü (UPK): Ruh sağlığı hizmetlerinin stratejik planlamasını ve mevcut kaynakların (bütçe, finansal yönetim gibi), etkin bir şekilde kullanılmasını sağlayacaktır. UPK, eğitim, araştırma, erken müdahale, hizmete

erişilebilirlik ve kalite standartları gibi ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesinde ve uygulanmasında öncü bir rol üstlenecektir. Bu kapsamda UPK; bilimsel kanıtlara dayalı ruh sağlığı politikalarının geliştirilmesine yönelik çalışmalarının yanı sıra; birey ve topluma yönelik eğitim, bilinçlendirme ve farkındalık programları düzenleyecektir. UPK, bireylere yönelik daha kapsamlı ve bütüncül bir hizmet sağlamak için, konuyla ilgili sağlık kuruluşları, sosyal hizmetler, eğitim kurumları ve sivil toplum örgütleri gibi paydaşlarla işbirliği yaparak, hizmetlerin koordinasyonunu sağlayacaktır. Eş zamanlı olarak UPK, YÖK (üniveriste hastaneleri), Sağlık Bakanlığı, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı ve İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu ile uyum ve eşgüdüm halinde koordineli olarak işbirliği içerisinde olacaktır.

Ulusal Ruh Sağlığı Politikalar Kurulu (URSPK): Eğitim, araştırma, kaynak tahsisi, stratejik planlama, hizmete erişilebilirlik ve kalite standartları gibi politikaların geliştirilmesinde öncü ve belirleyici bir işleve sahiptir. Bu kapsamda, ruh sağlığı hizmetlerinin etkinliğini ve kalitesini izleme ve değerlendirme; ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan kaynakların etkin ve adil bir şekilde yönetimi ve kaynakların dağıtımını denetlemenin yanı sıra; ruh sağlığı politikalarına ilişkin toplumsal yaşamda farkındalığı artırmak için iletişim ve bilgilendirme stratejileri geliştirme gibi fonksiyonları vardır.

URSPK, ilgili sağlık kuruluşlarının yanı sıra; YÖK, Sağlık Bakanlığı, ASHB, MEB, Çalışma Bakanlığı, İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu, Ruh Sağlığı Danışma Kurulu, Ruh Sağlığı Denetleme Kurulu ve STK ile işbirliği halinde çalışmalar yapacaktır.

Ruh Sağlığı Denetleme Kurulu (RSDK): Ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesini ve standartlarını kontrol etmekten sorumludur. RSDK, hizmet sağlayıcıların uygun şekilde lisanslanmasını, akreditasyon süreçlerini, denetlenmesini ve gerekli durumlarda ise düzeltici önlemlerin alınmasını sağlamaktadır. Bunlarla birlikte ruh sağlığı hizmetlerine ilişkin verilerin toplanmasını, analiz ve değerlendirmesini yapmaktadır. Ayrıca hizmete erişilebilirlik durumunu ve hizmet sunumunda olası eşitsizlikleri ve hizmet alanların şikayetlerini değerlendirmektedir.

Bunlarla birlikte, toplumun, sağlık çalışanlarının ve paydaşların ruh sağlığı konusunda eğitilmesi, bilgilendirilmesi ve farkındalık kazanmalarını sağlamak ve aynı zamanda stigmatizasyonu azaltmaya yönelik çalışmalar yapmaktadır. Ayrıca acil durumlar ve

krizler sırasında hızlı ve etkili müdahalede bulunarak, kriz yönetimi kapsamında psikososyal destek ve acil yardım hizmetlerini sağlamaktadır.

İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu: Sunulan hizmetlerin, yapılan iş ve işlemlerin insan haklarına uygunluğunu denetlemektedir. Bu sistemde hem hasta hakları hem de çalışan hakları birlikte gözetilmektedir.

Yeni Ruh Sağlığı Hizmet Modeli, hastane ve toplum temelli bütünlük bir sistemi içermektedir. Hizmet sistemi coğrafi alana yayılmakta olup; kentlerin coğrafi, sosyo-ekonomik, kültürel ve demografik özellikleri baz alınarak özgün bir model ve sistem önermektedir. Yukarıdaki yapısal değişkenler dikkate alınarak tüm ülkeyi kapsayacak şekilde her hastaneye % 10-15 oranında (bu oran şehirlerin özelliklerine göre değişkenlik gösterecektir) psikiyatri yataklı servisi tahsis edilecek ve hizmete sunulacaktır. Bu şekilde yerinde hizmet, başka deyişle toplum temelli hizmet anlayışı karşılık bulacaktır.

Bu modelin yenilikçi özelliklerini özetlemek gerekirse;

- Hastane-toplum denge sistemi
- Coğrafya temelli,
- Birinci basamak ruh sağlığı hizmetlerinin hayata geçirilmesi ve sistemin genel işleyişine entegre edilmesi,
- Sevk zinciri
- Kurumlar, kuruluşlar ve sektörler arasında iştişare, eşgüdüm ve işbirliği
- Multidisipliner ekip anlayışının esas alınması,
- Saha çalışması ve yerinde hizmet
- Koruyucu, önleyici hekimliğin sistemde ağırlık ve önem kazanması,
- Psiko-sosyal rehabilitasyon
- İdame tedavisi,
- Sosyal Bakım ve Sosyal Koruma
- Denetleme kurulu,
- Ulusal Ruh Sağlığı Politikalar Kurulu,
- Ulusal Psikiyatri Koordinatörlüğü,
- İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu

Bu sistemin, Ruh Sağlığı Yasası ile desteklenmesi ya da bu modelin hayata geçirilmesi elzem olan ruh sağlığı yasasına kaynak teşkil etmesi isabetli görünmektedir.

Modelin Finansman Durumu

ASM'nin (1. Basamak ruh sağlığı hizmetleri) meslek elemanları ekibinde yer alması planlanan SHU ve psikologlar, ASHB ve Sağlık Bakanlığından görevlendirilecektir.

Koruyucu önleyici ruh sağlığı hizmetleri ile 1. Basamak ruh sağlığı hizmetleri genel sağlık harcamalarını önemli ölçüde azaltacaktır. Bu kapsamda yürütülecek faaliyetlerden bir diğeri de sağlık okur- yazarlığıdır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü de bu programın paydaşıdır ve primer sorumlu ve yetkilidir.).

Finansmanın diğer bileşenleri ise; genel bütçe ve yerel yönetimlerin yanı sıra Dünya Bankası, WHO ve Avrupa Birliği Programlarından oluşmaktadır. İdame tedavisi ve bakım merkezine yönelik hizmetler için mevcut (özellikle atıl kamu binaları) kamu binaları kullanılacaktır.

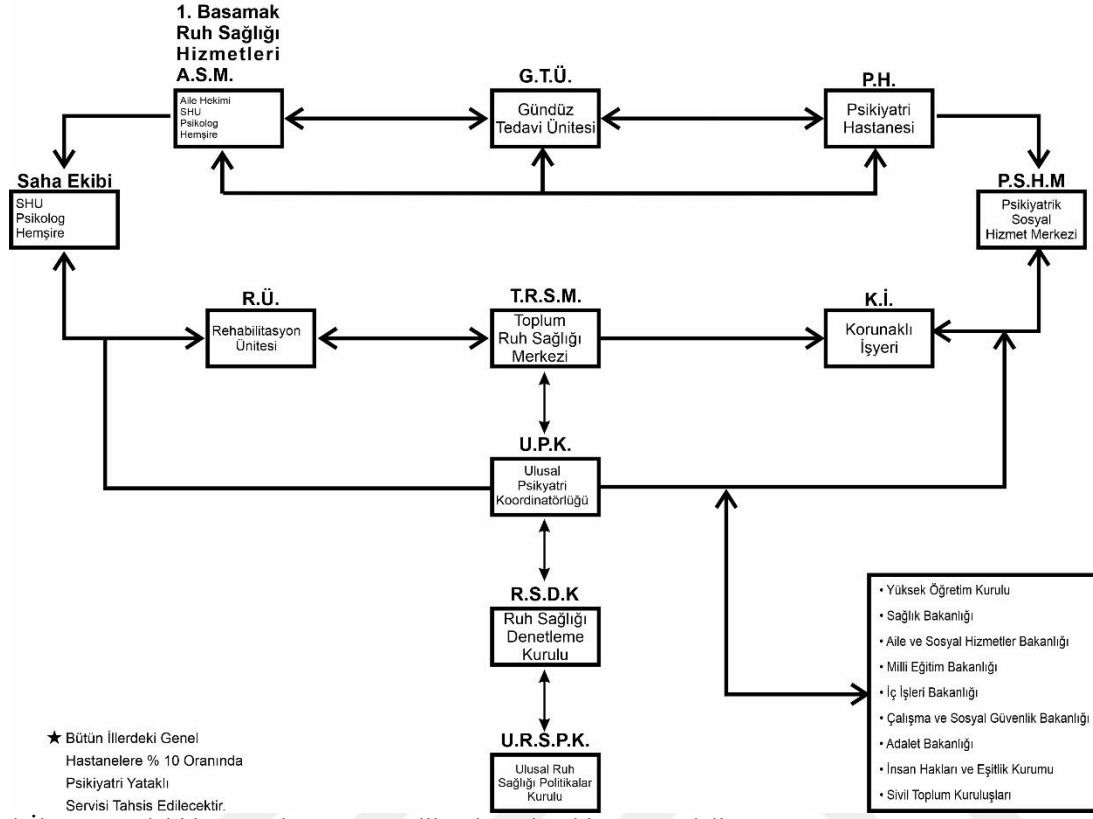
•Denetleme kurulu, Ulusal Psikiyatri Koordinatörlüğü ve Ulusal Ruh Sağlığı Politikalar Kurulu için harici bir kamu binası ve insan kaynaklarına dair zaruret içeren bir gereksinim olmayacak ve bütçeye ek bir maliyet getirmeyecektir.

Başka bir deyişle kamu yönetimi bünyesindeki konuyla ilgili bürokratlar, danışmanlar, uzmanlar ve akademisyenler mevcut görevlerinin yanı sıra (yatay ya da dikey personel rejimi ile) hali hazırdaki kamu binalarında görevlendirilecektir.

•Bu şekilde modelin genel bütçeye maliyet yükü minör düzeyde kalacaktır. Orta ve uzun vade de ise mali yönde olumlu yansımaları olacaktır.

TÜRKİYE RUH SAĞLIĞI HİZMET MODELİ

F1



★ Bütün illerdeki Genel Hastanelere % 10 Oranında Psikiyatri Yataklı Servisi Tahsis Edilecektir.

* İl statüsündeki kent toplumuna yönelik ruh sağlığı hizmet modeli

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen bulgulardan da görüleceği gibi, pandemi süreci ruh sağlığı politikası ve hizmetleri üzerinde önemli etkiler göstermiş olup, özellikle pandemi sürecinde ve sonrasında ruh sağlığı hizmetlerinde online süreçler giderek daha fazla önemli hale gelmiştir. Bunun yanında pandemi süreci ruh sağlığı alanında Türkiye ve dünyada gerek ekipman, gerekse personel bakımından çok ciddi eksikliklerin olduğunu, sadece tanı ve tedavi sürecinde değil, aynı zamanda, birey ve toplum yaşamında sosyal destek, sosyal koruma ve sosyal bakıma dair ruh sağlığı hizmet ve politikalarında ciddi aksaklıkların olduğunu ortaya koymaktadır.

Bir kamusal hizmetin verimli ve etkili bir biçimde yerine getirilebilmesi için, öncelikle o alandaki politikaların etkili bir biçimde tasarlanması, sistemin mevcut durumunun multidisipliner bir yaklaşımla analiz ve değerlendirmeye tabi tutulması ve bunun yanı sıra gelecekteki işleyişinin öngörülmesi, sistemdeki aktörlerin, görev ve rollerinin kuşkuyla yer bırakmayacak şekilde bilimsel ve mesleki ilkelere uygun bir şekilde tanımlanması, sınırlarının belirlenmesi ve geribildirim ile denetim sisteminin etkin ve işlevsel bir şekilde tasarlanması gerekir.

Kurumsal ve sosyal hizmetlerde kamu kaynaklarının kullanımı söz konusu olduğundan, sadece politika ve yasa yapıcı sorumlu olmayıp, kamu yönetimi ve kamusal hizmetlerde yer alan hemen herkesin üzerinde ciddi bir sorumluluk ve iş yükü söz konusudur. Bunun yanında, sosyal politikalarda sadece hizmetlerin sunum aşamasında değil; hizmet sonrasında da ortaya çıkan sonuçlar kamu yarar ya da zararına göre değerlendirilmektedir. Konumuz olan ruh sağlığı hizmetlerinde sosyal politikaların eksik ya da hatalı bir şekilde düzenlenmesi ve uygulanması, ciddi boyutlarda kamu kaynaklarının israfına yol açarken, yanlış ya da subjektif uygulamalarda da kamu zararları meydana gelebilmektedir. Bu nedenle, ruh sağlığı hizmet alanı gibi sosyal ve kamusal kaynaklarla finanse edilen alanlarda, sosyal politikaların sadece uygulama alanı değil, aynı zamanda uygulama sonuçlarının da bir arada değerlendirilmesi ve sosyal politikalar ile sosyal hizmetlerin hem içerik hem de metodolojik olarak eşgüdümlü bir plan ve program dahilinde değerlendirilerek ele alınması gerekmektedir.

Ruh sağlığı hizmetlerine konu olan vakaların sonuç ve etkilerinin daha fazla zamana yayılması ve hastalığın da kronik bir seyir izlemiş olması genel olarak diğer sağlık hizmetlerinden ayrışan bir özelliğe sahip olduğunu göstermektedir.

Bunun yanında ölkemizde ve çoğu kapalı toplumlarda ruh sağlığı hastalıkları genellikle kendini damgalama çerçevesinde ele alınmakta olup, söz konusu psikiyatrik rahatsızlıklar; toplumsal yaşamda gizleme, saklama gibi tutum ve davranışlara konu olmaktadır. Bu nedenle, bu alanda verilecek olan sosyal hizmetlerin ve bu hizmetlerin genel çerçevesini çizen sosyal politikaların belirlenmesinde ve uygulanmasında hem ruh sağlığı hizmetlerinin genel kronik doğası, hem de bu konuda yardıma gereksinim duyan bireylere daha fazla ulaşmayı sağlayacak olan yöntem ve uygulamaların bir arada değerlendirilmesi gerekir. Bunun için, toplumsal ve kamusal işbirlikleri ile akademik destek dâhil olmak üzere, çok aktörlü yapıların geliştirilmesi ve sosyal hizmet politikalarının bu çerçevede ele alınması gerekir. Özellikle koruyucu hekimlik, hastalıkların tedavi sürecinde edindikleri deneyimlerin paylaşıması, birlikte tüm paydaşların katkı sağlayacağı ve katkı vereceği, dinamik modellere ihtiyaç olduğunu ifade etmek mümkündür. Dolayısıyla Türkiye'nin kamu yönetim sistemi, demografik ve psiko-sosyal özellikleri ve de ekonomik koşulları dikkate alınarak Türkiye için hastane-toplum denge modeline dayalı ruh sağlığı hizmet sistemine geçilmesi insan ve kamu yararı açısından isabetli görünmektedir.

Araştırmada elde edilen bulguları kısaca aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür:

- Pandemi öncesinde en fazla öne çıkan göstergeler ruh sağlığı hizmetlerinde yetersizlik, eksik veri, koruyucu hekimliğin yetersizliği, ilgili profesyonel eleman sayısının az olması, bu hizmet alanına gereken önemin verilmemesi ve hasta sayıları üzerinden değerlendirme yapılmasıdır.
- Pandemi sürecinde en fazla öne çıkan göstergeler yeterli donanıma sahip olamama, hastaları yalnız ve hastalıkları ile baş başa bırakma, ekiplerin yetersiz kalması göstergeleridir.
- Pandemi sonrasında en fazla öne çıkan göstergeler pandemi süreci ve öncesi ile ilgili göstergelere ilave olarak koruyucu hekimlik, etik ve yasal sorumluluklar, katılım, online olanaklar ve sürdürülebilir diğer sistemlerle entegre model göstergeleridir.

Genel olarak araştırma sonuçları değerlendirildiğinde, pandemi süreci ve sonrası, ruh sağlığı politika ve hizmetlerinde en fazla öne çıkan sürecin ve kavramların online danışmanlık süreciyle ruh sağlığındaki eksiklikler olduğu görülmektedir. Gerek pandemi sürecindeki sağlık hizmetlerinin genel yapısında, gerekse pandemi sonrasındaki yaşanan gelişmelerde, ruh sağlığı hizmetlerinin önemi bir kez daha ortaya çıkmıştır. Fakat izlenen politikalar ve ruh sağlığı alanında verilen sosyal hizmetlerin hem mevcut durumdaki hastalıklarla mücadelede, hem de koruyucu hekimlik bakımından ruh sağlığı politikaları oluşturmada yetersiz olduğu görülmektedir. Her geçen gün teknolojide yaşanan gelişmeler, hem ulusal ve uluslararası bilgi ile deneyimleri daha kısa sürede, daha etkili şekilde paylaşma imkânı vermekte, hem de tedavi süreçlerine, hastalara erişime ve toplumsal bilinç düzeyini yükseltmeye yönelik yeni imkânları beraberinde getirmektedir.

Dolayısıyla, ruh sağlığı hizmetlerinde hem kendine has özellikleri olan hastalıklar ve deneyimler ile ilgili süreçleri incelemek ve takip etmek açısından, hem de uzaktan terapi açısından bu gelişmeler ve yenilikler, alana önemli katkı sağlamaktadır. Bu nedenle, daha dinamik ve gelişmeleri daha etkili bir şekilde takip eden ruh sağlığı politikaları geliştirmek için, pandemi sürecinde yaşananlar ve geçmiş zamanlardan gelen bilgi birikimi bir arada değerlendirilerek, en uygun hizmet modelini elde etmenin mümkün olduğu ifade edilebilir.

Araştırma sonuçlarına bağlı olarak gerek alan uygulamaları ve sosyal politikacılar, gerekse akademik çalışmalar için araştırma sonuçlarına bağlı olarak aşağıdaki öneriler getirilebilir:

Araştırmada ortaya koyulan en önemli bulgulardan birisi, ruh sağlığı hizmetlerinde koruyucu hekimlik konusundaki eksikliklerdir. Bu bakımdan sosyal politikalara entegre edilecek olan koruyucu hekimlik uygulamaları geliştirilebilir.

- Bu koruyucu hekimlik uygulamaları için akademik çalışmalar yapılabilir, bu çalışmalar ruh sağlığı ve sosyal politikaları ile entegre edilebilir.
- Bir diğer önemli konu olan online tedavi ya da terapi için teorik alt yapıya destek verecek olan alan çalışmaları yapılabilir.
- Bu alan çalışmalarına bağlı olarak, ruh sağlığı alanı, sosyal politika ve sosyal hizmetlerde, online hizmetlerin yasal, etik ve teorik çerçevesine yönelik uygulamalar sisteme entegre edilebilir.

- Araştırma sonuçlarına bağlı olarak daha dinamik, daha verimli ve sürekli kendini geliştiren bir sosyal hizmet modeli üzerine odaklanılabilir.
- Toplumsal katılım ve bilinçlendirme diğer tüm alanlarda olduğu gibi, ruh sağlığı alanında da hayati öneme sahiptir. Bu nedenle, toplumsal bilinci arttırmak için kamusal ve özel sektörün de sosyal sorumluluk çerçevesinde destek verdiği ileri araştırmalar yapılabilir.
- Koruyucu hekimliğin maliyeti ile getirileri üzerinde kamu harcamaları bakımından analizler yapılarak, bu analizler çerçevesinde sosyal politikalara yn verilebilir.
- Ruh sağlığı hizmet sunumuna dair tıbbi bakım ve tedavi süreçlerinin, multidisipliner ekip anlayışını temel alarak psiko-sosyal destek programlarının yanı sıra sosyal politika araçları ile desteklenmesi hayati öneme sahiptir. nk ruh sağlığı ile sosyal hizmet ve sosyal politika arasında zorunlu bir ilişki ve yaşam ortaklığı vardır. Bu nedenle ruh sağlığı hizmet sunumunda, sosyal hizmet ve sosyal politika araçları, tedavi ve rehabilitasyon sürecinin ayrılmaz ve yadışınamaz organları olarak görülmelidir.
- Ruh sağlığı konusunda işgücü, yardımcı personel ve diğer teçhizat ile ilgili mevcut durumun analizi yapılabilir.
- Ruh sağlığına yönelik donanım ve personelin zaman içerisindeki değişimi ile ruh sağlığı konularındaki hastalıkların prevalans ve insidansları üzerine ileri düzey araştırmalar yapılabilir.
- lke genelinde her hastaneye % 10-15 oranında (bu oran şehirlerin coğrafi, sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerine göre değişkenlik gösterebilir) psikiyatri yataklı servisi tahsis edilmeli.
- Ruh sağlığı hizmetleri ile politikaları arasındaki fark ve bu farka neden olan etkenler üzerine ileri düzey alan çalışmaları yapılabilir.
- Dünyada bu alanda başarılı olan ülkelerin başarı kriterleri ve Türk toplumuna uyarlanabilirlikleri üzerine ileri düzey araştırmalar yapılabilir.
- Pandemi sürecinin etkisinin sadece ruh sağlığı politikalarına değil, bireylerin ruh sağlığına etkisi üzerine de ileri düzey çalışmalar yapılabilir.
- Psikiyatrist, halk sağlığı uzmanları, sosyal hizmet uzmanları ve klinik psikologlardan oluşan ARGE ekibi kurularak, bu ekibinn Avrupa'nın ilgili lkelerinde (Almanya, İtalya, İngiltere, Finlandiya, İsveç ve Norveç gibi) bilimsel ve mesleki ziyaretler gerçekleştirmesi, Avrupa ruh sağlığı hizmet modellerinin

incelenmesi ve Yeni Türkiye Ruh Sağlığı Hizmet Modelinin de Avrupa ruh sağlığı hizmet sistemleri ile etkileşimde bulunması faydalı olabilir.





KAYNAKLAR

- Abbas J, Wang D, Su Z, Ziapour A. The Role of Social Media in the Advent of COVID-19 Pandemic: Crisis Management, Mental Health Challenges and Implications. *Risk Manag Healthc Policy*. 2021 May 12;14:1917-1932.
- Aker, A. A. (2021). Filipinler Sağlık Sistemi ve Covid-19 Pandemisi ile Mücadele. *Toplum ve Hekim*, 36(6), 434-445.
- Akgün, D. (2022). Pandemide Endonezya Sağlık Sistemi. *Toplum ve Hekim*, 37(1), 50-54.
- Aktekin, M. (2021). Covid-19 Pandemisi – Polonya. *Toplum ve Hekim*, 36(5), 323-332.
- Alper, Y. ve Kaya, P. A. (1995). Uluslararası Çalışma Örgütü ve Uluslararası Çalışma Standartları. Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Altan, Ö. Z. (2007). *Sosyal Politika*, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Altınkaya, Z. (2020). 2020 Koronavirüs Pandemisinde Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Neoliberalizm: İtalya Örneği. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(20), 1-31.
- American Academy of Family Physicians (2020). Mental Health Screening.
- American Psychological Association (2022). Covid-19 and Psychologists.
- American Psychological Association. (2019). Psychological and Social Factors that Influence Physical Health.
- American Psychological Association. (2020). Stress in America™ 2020: A National Mental Health Crisis.
- American Psychiatric Association. (2016). Practice Guideline for The Psychiatric Evaluation of Adults.
- American Psychiatric Association. (2014). Guideline for The Practice of Telepsychology
- American Psychiatric Association. (2019). Psychiatrists Oppose New HHS Proposal to Tie 20 Percent of Psychiatry Medicare Payments to Quality Performance Measures.
- American Psychiatric Association. (2020). Practice Guidelines for The Psychiatric Evaluation of Adults.
- American Psychiatric Association (2021). Mental Health İmpact of Covid-19.
- Amerio, A., Vai, E., Bruno, E., Costanza, A., Escelsior, A., Odone, A., Berardis, D. D., Aguglia, A., Serafini, G., Amore, M., & Ghaemi, S. N. (2023). COVID-19 impact on the Italian community-based system of mental health care: Reflections and lessons learned for the future. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 21(1), 2–9.
- An, B. Y., Porcher, S., Tang, S. Y., & Kim, E. E. (2021). Policy design for COVID-19: Worldwide evidence on the efficacies of early mask mandates and other policy interventions. *Public Administration Review*, 81(6), 1157-1182.
- Alataş, G., Karaoğlan, A., Arslan, M. ve Yanık, M. (2009). Toplum Temelli Ruh Sağlığı Modeli ve Türkiye’de Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Projesi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(1), 25-29.
- Aravacık, E. D. (2018). Social Policy and the Welfare State. In *Public Economics and Finance*. Intech Open, London. Retrieved February 25, 2022 from <https://www.intechopen.com/chapters/64579>

- Arieti, S. (2008). *Bir Şizofreni Anlamak: Aile ve Arkadaşlar İçin Rehber*. A. Eti (Çev.). İstanbul: Doruk Yayınları.
- Atabey, S. E. (2020). *Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası* (4. Baskı). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Ateş, M. (2020). *Sağlık Sistemleri*, İstanbul: Beta Akademik Yayıncılık.
- Badur, S. (2021). Covid-19 Pandemisi Sürecinde Doğrular ve Yanlışlar. *Toplum ve Hekim*, 36(3), 180-189.
- Bakar, C. (2021). Rusya Federasyonu'nda Covid-19 Pandemisi. *Toplum ve Hekim*, 36(4), 277-287.
- Bali, A. S., Howlett, M., Lewis, J. M., and Ramesh, M. (2021). Procedural Policy Tools in Theory and Practice. *Policy and Society*, 40(3), 295-311.
- Bärnighausen, T., and Sauerborn, R. (2002). One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There any Lessons for Middle- and Low-income Countries? *Social Science and Medicine*, 54(10), 1559–1587.
- Başer, D. A., Kahveci, R., Koç, M., Kasım, İ., Şencan, İ. ve Özkara, A. (2015). Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. *Ankara Medical Journal*, 15(1), 26-31.
- Başol, E. (2015). Gelişmekte Olan Ülkelerde Strateji: Sağlık Sisteminde Sevk Zinciri. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 128-140.
- Baltacı, A. (2018). Nitel Araştırmalarda Örnekleme Yöntemleri ve Örnek Hacmi Sorunsalı Üzerine Kavramsal Bir İnceleme. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 231-274.
- Baltacı, Ö., Akbulut, Ö. F. ve Yılmaz, E. (2021). Problemlerli İnternet Kullanımında Güncel Bir Risk Faktörü: Covid-19 Pandemisi. *Humanistic Perspective*, 3(1), 97-121.
- Bedir, E. ve Bülbül, O. G. (2018). Sosyal Politikaya İlişkin Genel Bilgiler ve Sosyal Politikanın Araçları. A. İ. Oral ve Y. Şişman (Ed.), *Sosyal Politika* (s. 2-27). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Blakemore, K., & Warwick-Booth, L. (2013). *Social Policy: An Introduction*. Mcgraw-Hill Education (UK).
- Bilgin, N. (2006). Sosyal Bilimlerde İçerik Analizi Teknikler ve Örnek Çalışmalar. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Boyatzis, R.E. (1998). Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development. Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Psikolojide Tematik Analizin Kullanımı. S. N. Şad, N. Özer ve A. Atli (Çevirenler). *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi – Journal of Qualitative Research in Education*, 7(2), 873-898. doi: 10.14689/issn.2148-2624.1.7c.2s.17m
- Büyüköztürk, Ş., Çakmak-Kılıç, E., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş. ve Demirel, F. (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, (13. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Bambra, C. (2011). Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health 'puzzle'. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(9), 740-745.
- Barr, B., Taylor-Robinson, D., Stuckler, D., Loopstra, R., Reeves, A., & Whitehead, M. (2016). 'First, do no harm': are disability assessments associated with adverse trends in mental health? A longitudinal ecological study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 70(4), 339-345.

- Braveman, P., & Egerter, S. (2008). *Overcoming obstacles to health: Report from the robert wood johnson foundation to the commission to build a healthier America*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation.
- Brown, R., Martin, D., Hickman, N., & Barber, P. (2023). *Mental health law in England and Wales: A guide for mental health professionals*. Sage.
- Canbaz, S. ve Karaca, E. (2021). Suudi Arabistan ve Covid-19. *Toplum ve Hekim*, 36(4), 288-294.
- Cansever, İ. H. (2021). Covid-19 Sürecinde Türkiye'de Sağlık Politikaları. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(Özel Sayı), 86-104.
- Carvalho, P., Moreira, M. M., de Oliveira, M., Landim, J., & Neto, M. (2020). The Psychiatric Impact of the Novel Coronavirus Outbreak. *Psychiatry Research*, 286, 112902. Advance Online Publication.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2021). *About Mental Health*. Retrieved July 5, 2021 from <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2020). *Mental Health and Coping During Covid-19*.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2022). *COVID-19*. Retrieved March 09, 2022 from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>
- Ceylan, S. (2021). Covid-19 Pandemisinde Sağlık Sistemleri: Japonya örneği. *Toplum ve Hekim*, 36(4), 295-320.
- Campion J, Javed A, Lund C, et al. Public Mental Health: Required Actions to Address Implementation Failure in the Context of COVID-19. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):169-182.
- Creswell, J. (2013). *Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşım Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni*, M. Bütün ve S. B. Demir (Çev. Ed.). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2016). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. New York: Sage.
- Cucinotta, D., & Vanelli, M. (2020). WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Bio-medica: Atenei Parmensis*, 91(1), 157–160.
- Culyer, A. J., and Newhouse, J. P. (2000). Introduction: The State and Scope of Health Economics. In *Handbook of Health Economics* (pp. 1-8). Elsevier.
- Curran E, Nalder L, Koye D, et al. COVID-19 and Mental Health: Impact on Symptom Burden in Older People living with Mental Illness in Residential Aged Care. *Australas J Ageing*. 2022;41(4):522-529.
- Carbone, S. (2023). The management of mental health, and service networks in Italy. *International Journal of Mental Health Promotion*, 25(8), 927-935.
- Cooper, K., & Stewart, K. (2013). Does money affect children's outcomes? A Systematic Review. CASereports (80). Centre for Analysis of Social Exclusion, London, UK.
- Courtin, E., Kim, S., Song, S., Yu, W., & Muennig, P. (2020). Can social policies improve health? A systematic review and meta-analysis of 38 randomized trials. *The Milbank Quarterly*, 98(2), 297-371.
- Çağlayan, Ç. (2022). Covid-19 Pandemisi ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi. *Toplum ve Hekim*, 37(1), 26-49.
- Çan, G. (2021). Covid-19 Pandemisinde Romanya Sağlık Sistemi. *Toplum ve Hekim*, 36(4), 270-278.
- Çiçeklioğlu, M. (2022). Meksika Sağlık Sistemi ve Pandemi Yanıtı. *Toplum ve Hekim*, 37(2), 129-141.

- Çiçekoğlu, P. ve Duran, S. (2018). Dünyada ve Türkiye’de Toplum Temelli Koruyucu Ruh Sağlığı Hizmetleri. G. Ünsal-Barlas (Ed.), *Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği* (s. 8-14) Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Çoker, S. (2022). Covid-19 Pandemisinde Peru Sağlık Sistemi. *Toplum ve Hekim*, 37(2), 142-160.
- Çöl, M. (2021). İtalya’da Sağlık Sistemi ve Covid-19 Pandemisi Yanıtı. *Toplum ve Hekim*, 36(5), 388-400.
- Çubuk, A. (1979). *Sosyal Politika*. Ankara: İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Yayını.
- Daniels, N., Bryant, J., Castano, R. A., Dantes, O. G., Khan, K. S., and Pannarunothai, S. (2000). Benchmarks of Fairness for Health Care Reform: A Policy Tool for Developing Countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 740–750.
- Daştan, İ. ve Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Davas, A. (2022). İspanya Sağlık Sistemi ve Covid-19. *Toplum ve Hekim*, 37(4), 282-302.
- Daymaz, D. (2022). Pakistan Sağlık Sisteminin Covid-19 Pandemisine Yanıtı. *Toplum ve Hekim*, 37(1), 3-10.
- Deacon, B. (2007). *Global Social Policy and Governance*. London: Sage Publications.
- Deng, J., Zhou, F., Hou, W., Silver, Z., Wong, C. Y., Chang, O., Drakos, A., Zuo, Q. K., & Huang, E. (2021). The Prevalence of Depressive Symptoms, Anxiety Symptoms and Sleep Disturbance in Higher Education Students during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *Psychiatry Research*, 301, 113863.
- Dias, F. A., Chance, J., & Buchanan, A. (2020). The Motherhood Penalty and the Fatherhood Premium in Employment during Covid-19: Evidence from The United States. *Research in Social Stratification and Mobility*, 69, 100542.
- Dubé, J. P., Smith, M. M., Sherry, S. B., Hewitt, P. L., & Stewart, S. H. (2021). Suicide Behaviors during the COVID-19 Pandemic: A Meta-analysis of 54 Studies. *Psychiatry Research*, 301, 113998.
- Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, Lahiri D, Lavie CJ. Psychosocial Impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr*. 2020 Sep-Oct;14(5):779-788.
- Düzel, H. (2021). Korona Virüs Salgın Sürecinde Çin Halk Cumhuriyeti. *Toplum ve Hekim*, 36(6), 424-433.
- Delis, M. D., Iosifidi, M., & Tasiou, M. (2023). Efficiency of government policy during the COVID-19 pandemic. *Annals of Operations Research*, 328, 1287–1312.
- Doyle, O., Harmon, C. P., Heckman, J. J., & Tremblay, R. E. (2009). Investing in early human development: Timing and economic efficiency. *Economics & Human Biology*, 7(1), 1-6.
- El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, Etain B, Paquet C, Gohier B, Bennabi D, Birmes P, Sauvaget A, Fakra E, Prieto N, Bulteau S, Vidailhet P, Camus V, Leboyer M, Krebs MO, Aouizerate B. Les Professionnels de Santé Face à la Pandémie de la Maladie à Coronavirus (COVID-19) : Quels Risques Pour Leur Santé Mentale ? [Health professionals

- facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) Pandemic: What are the Mental Health Risks?]. *Encephale*. 2020 Jun;46(3S):S73-S80.
- Emecen, A. N. ve Üstüner, B. Y. (2021). Covid-19 Pandemisinde Yeni Zelanda Sağlık Sistemi. *Toplum ve Hekim*, 36(5), 333-341.
- Erci, B. (2009). *Halk Sağlığı Hemşireliği*. Amasya: Göktuğ Yayıncılık.
- Erdut, Z. (2002). *Küreselleşme Bağlamında Uluslararası Sosyal Politika ve Türkiye*. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları.
- Ersöz, H. Y. (2011). *Sosyal Politikada Yerelleşme*. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayını.
- Ersöz, H. Y. (2020). *Sosyal Politika*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Yayını.
- Eikemo, T. A., & Bambra, C. (2008). The welfare state: a glossary for public health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62(1), 3-6.
- Eke, E. ve Kişi, M. (2019). Geçmişten günümüze İngiltere sağlık politikaları: Ulusal sağlık sistemi odaklı güncel bir perspektif. *OPUS – Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 11(18), 2687-2707.
- Evans, W. N., & Garthwaite, C. L. (2014). Giving mom a break: The impact of higher EITC payments on maternal health. *American Economic Journal: Economic Policy*, 6(2), 258-290.
- Ferrara, F., Trama, U., Nava, E., Langella, R., Valentino, F., & Zovi, A. (2023). Distress psicologico durante la pandemia da Covid-19: Un'analisi sull'uso di farmaci antipsicotici in un campione di popolazione italiana. *Rivista di Psichiatria*, 58(5), 220-225.
- Flatau, P., Galea, J., & Petridis, R. (2000). Mental health and wellbeing and unemployment. *Australian Economic Review*, 33(2), 161-181.
- Fuchs, V. R. (2004). Reflections on the socio-economic correlates of health. *Journal of Health Economics*, 23(4), 653-661.
- Ganesan, B., Al-Jumaily, A., Fong, K., Prasad, P., Meena, S. K., & Tong, R. K. (2021). Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak Quarantine, Isolation, and Lockdown Policies on Mental Health and Suicide. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 565190.
- Giorgi G, Lecca LI, Alessio F, Finstad GL, Bondanini G, Lulli LG, Arcangeli G, Mucci N. COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Oct 27;17(21):7857.
- Gloster, A. T., Lamnisos, D., Lubenko, J., Presti, G., Squatrito, V., Constantinou, M. & et al. (2020). Impact of COVID-19 Pandemic on Mental Health: An International Study. *PloS one*, 15(12), e0244809.
- Gobbi, S., Płomecka, M. B., Ashraf, Z., Radziński, P., Neckels, R., Lazzeri, & et al. (2020). Worsening of Preexisting Psychiatric Conditions During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 581426.
- Goldman, M. L., Druss, B. G., Horvitz-Lennon, M., Norquist, G. S., Kroeger Ptakowski, K., & et al. (2020). Mental Health Policy in the Era of COVID-19. *Psychiatric Services*, 71(11), 1158–1162.
- Creswell J.W. (2018). *Nitel Araştırma Yöntemleri: Beş Yaklaşımına Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni*. M. Bütün & S.B. Demir (Çev.) (4. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Greve, B. (2014). *Welfare and the Welfare State: Present and Future*. London: Routledge.

- Gülmez, M. (2000). *Uluslararası Sosyal Politika*, Ankara: Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü Yayını.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Pirkis, J., & COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration (2020). Suicide Risk and Prevention during the COVID-19 Pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468–471.
- Gureje, O., & Jenkins, R. (2007). Mental Health in Development: Re-emphasising the Link. *Lancet*, 369(9560), 447–449.
- Güner, M. E. (2021). Katar Sağlık Sistemi ve Covid-19 Pandemisi Süreci. *Toplum ve Hekim*, 36(5), 366-372.
- Gürcan, G., Korkmaz, Ş. A., Bıçakçı-Ay, Ş. ve Gürcan, A. (2022). COVID-19 ve Ruh Sağlığı: Güncel Araştırmalar Bize Ne Gösteriyor? *Eskisehir Medical Journal*, 3(1), 79-88.
- Güven, S. (2009). *Sosyal Politikanın Temelleri* (4. Baskı). Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Garces, E., Thomas, D., & Currie, J. (2002). Longer-term effects of Head Start. *American Economic Review*, 92(4), 999-1012.
- Garratt, K. (2023). Mental health policy and services in England. Research Briefing, House of Commons Library. <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-7547/CBP-7547.pdf>
- Girolamo, G. D., Cerveri, G., Clerici, M., Monzani, E., Spinogatti, F., Starace, F., ... & Vita, A. (2020). Mental health in the coronavirus disease 2019 emergency—the Italian response. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 974-976.
- Glasby, J., Tew, J., & Fenton, S. (2021). UK mental health policy and practice. In G. Ikkos & N. Bouras (Eds.), *Mind, State and Society: Social History of Psychiatry and Mental Health in Britain 1960–2010* (pp. 93-102). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gluckman, P. D., Hanson, M. A., Cooper, C., & Thornburg, K. L. (2008). Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *New England Journal of Medicine*, 359(1), 61-73.
- Goldman, N. (2001). Sağlıkta sosyal eşitsizlikler: Altta yatan mekanizmaların çözülmesi. *New York Bilimler Akademisi Yıllıkları*, 954(1), 118-139.
- Gühne, U., & Heller, S. R. (2019). Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland. In: Bramesfeld, A., Koller, M., & Salize H. J. (Eds.), *Public Mental Health* (pp. 31–59). Bern: Hogrefe.
- Haque, M. (2021). *Social Policy: Concept, Goals and Influencing Factors*. University of Dhaka. Retrieved March 08, 2022 from <https://www.researchgate.net>
- HealthT.gov. (2020). Telehealth and Telemedicine.
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., & et al. (2020). Multidisciplinary Research Priorities for the COVID-19 Pandemic: A Call for Action for Mental Health Science. *The Lancet. Psychiatry*, 7(6), 547-560.
- Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R., Kira, B., Petherick, A., Phillips, T., Webster, S., Cameron-Blake, E., Hallas, L., Majumdar, S., & Tatlow, H. (2021). A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). *Nature Human Behaviour*, 5(4), 529–538.
- Hillier-Brown, F., Thomson, K., McGowan, V., Cairns, J., Eikemo, T. A., Gil-González, D., & Bambra, C. (2019). The effects of social protection policies on health inequalities: evidence from systematic reviews. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(6), 655-665.

- İleri, H., Seçer, B. ve Ertaş, H. (2016). Sağlık Politikası Kavramı ve Türkiye’de Sağlık Politikalarının İncelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (12), 176-186.
- Immergut, E. M. (1992). *Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe*. CUP Archive.
- Inter Agency Standing Committee [IASC] (2020). *COVID-19 Salgınının Ruh Sağlığı ve Psikososyal Etkenler Açısından Ele Alınması*. IASC Acil Durumlarda MHPSS Referans Grubu, 17 Mart 2020.
- International Federation of Social Workers. (2014). *Global Definition of Social Work*. International Federation of Social Workers. (2020). *Statement on Covid-19 Pandemic*.
- İşlek, E., Özatkan, Y., Bilir, M. K., Arı, H. O., Çelik, H. ve Yıldırım, H. H. (2020). *COVID-19 Pandemi Yönetiminde Türkiye Örneği: Sağlık Politikası Uygulamaları ve Stratejileri*. TUSPE Rapor: 2020/2, Ankara: TUSPE Yayınları.
- İzveren, A. (1968). *Sosyal Politika ve Sosyal Sigortalar*, Ankara: Sevinç Matbaası.
- Jenkins, R. (2008). Mental Health Policy. *International Encyclopedia of Public Health*, 393–406.
- Jones, K. (2023). *A history of the mental health services*. Taylor & Francis.
- Kokkinen, L., Muntaner, C., Kouvonen, A., Koskinen, A., Varje, P., & Väänänen, A. (2015). Welfare state retrenchment and increasing mental health inequality by educational credentials in Finland: a multicohort study. *BMJ Open*, 5(6), e007297.
- Karataş, Z. (2015). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. *Manevi Temelli Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 62-80.
- Kazdin, A. E. (2001). Conduct Disorder. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2511–2516.
- Kılıç, B. (2022). Sosyalist Küba Sağlık Sistemi ve Covid-19 ile Mücadele. *Toplum ve Hekim*, 37(4), 260-268.
- Kılıç, S. (2022). Covid-19 Pandemisinde Belçika. *Toplum ve Hekim*, 37(1), 11-25.
- Kıral, B. (2020). Nitel Bir Veri Analizi Yöntemi Olarak Doküman Analizi. *Siirt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(15), 170-189.
- Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A, et al. The Role of Communities in Mental Health Care in Low- and Middle-Income Countries: A Meta-Review of Components and Competencies. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):1279. Published 2018 Jun 16.
- Kola L, Kohrt BA, Hanlon C, et al. COVID-19 Mental Health Impact and Responses in Low-income and Middle-income Countries: Reimagining Global Mental Health [Published Correction Appears in *Lancet Psychiatry*. 2021 Mar 8;:]. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(6):535-550.
- Koray, M. (2018). *Sosyal Politika* (7. Baskı). Ankara: İmge Kitabevi.
- Köknel, Ö. (2000). *Günlük Hayatta Ruh Sağlığı*. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2019). *Analyzing Qualitative Data with MAXQDA: Text, Audio, and Video*. The USA: Springer.
- Lameire, N., Joffe, P., and Wiedemann, M. (1999). Healthcare Systems – an International Review: An Overview. *Nephrol. Dial Transplant*, 14(6), 3-9.
- Lee, J. (2020). Mental Health Effects of School Closures during COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(6), 421.
- Lewin, A. C., Shamaï, M., & Novikov, S. (2023). Surviving in Crisis Mode: The effect of material hardship and social support on emotional wellbeing among people in poverty during COVID-19. *Social Indicators Research*, 165(1), 245-265.

- Little, C., Alsen, M., Barlow, J., Naymagon, L., Tremblay, D., Genden, E., Trosmann, S., Iavicoli, L., & Gerwen, M. V. (2021). The impact of socioeconomic status on the clinical outcomes of COVID-19; A retrospective cohort study. *Journal of Community Health, 46*, 794-802.
- Lundberg, O., Fritzell, J., Åberg Yngwe, M., & Kölegård, M. L. (2010). The potential power of social policy programmes: Income redistribution, economic resources and health. *International Journal of Social Welfare, 19*(1), 2-13.
- Livemore, M., & Midgley, J. (2009). *Handbook of Social Policy*, 2th ed. USA: Sage Publication.
- Mahiroğulları, A. (2020). *Dünyada ve Türkiye'de Sendikacılık* (4. Baskı). Bursa: Ekin Yayınevi.
- Mani and Kumar R, Srivastava AK, Sarkar Z, Babu GN, Tandon R, Paliwal VK, Jha S. The Psychosocial Impact of COVID-19 on an Adult Indian Population. *Cureus*. 2023 May 3;15(5):e38504.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2014). *Designing Qualitative Research*. New York: Sage.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine, 3*(11), e442.
- McCartan, C., Adell, T., Cameron, J., Davidson, G., Knifton, L., McDaid, S., & Mulholland, C. (2021). A Scoping Review of International Policy Responses to Mental Health Recovery during the COVID-19 Pandemic. *Health Research Policy and Systems, 19*, 58, 1-7.
- McGorry PD, Mei C, Chanen A, Hodges C, Alvarez-Jimenez M, Killackey E. Designing and Scaling up Integrated Youth Mental Health Care. *World Psychiatry*. 2022;21(1):61-76.
- Ménard, A. D., Soucie, K., Freeman, L. A., & Ralph, J. L. (2022). “My Problems aren't Severe Enough to Seek Help”: Stress Levels and Use of Mental Health Supports by Canadian Hospital Employees during the COVID-19 Pandemic. *Health Policy, 126*(2), 106-111.
- Mental Health America. (2020). The State of Mental Health in America: 2021.
- Mintrom, M., & True, J. (2022). COVID-19 as a Policy Window: Policy Entrepreneurs Responding to Violence against Women. *Policy and Society, 41*(1), 143–154.
- Mirza, I., Hassan, R., Chaudhary, H. R., & Jenkins, R. (2006). Eliciting Explanatory Models of Common Mental Disorders Using the Short Explanatory Model Interview (SEMI) Urdu Adaptation – A Pilot Study. *The Journal of the Pakistan Medical Association (JPMA), 56*(10), 461-462.
- Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N., & et al. (2020). How Mental Health Care Should Change as a Consequence of the COVID-19 Pandemic. *The Lancet Psychiatry, 7*(9), 813-824.
- Murray, C. J., and Frenk, J. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. *Bulletin of the World Health Organization, 78*(6), 717–731.
- Murray, C. J., and Frenk, J. (2001). World Health Report 2000: A Step towards Evidence-based Health Policy. *The Lancet, 357*(26), 1698-1700.
- Müderrişoğlu. Okan. (2021). Covid-19'un Ekonomik Etkileri ve Sonuçları. Editör: Necdet Ünüver, Pandemi: Dünü, Bugünü, Yarını. Kadim Yayınları, 1.Baskı. Ankara.

- Mancini, A. D., & Prati, G. (2022). A comparison of mental-health outcomes in the United States and Italy at different levels of cumulative COVID-19 prevalence. *Clinical Psychological Science, 10*(6), 1027-1043.
- Mauz, E., Walther, L., Junker, S., Kersjes, C., Damerow, S., Eicher, S., Hölling, H., Müters, S., Peitz, D., Schnitzer, S., & Thom, J. (2023). Time trends in mental health indicators in Germany's adult population before and during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Public Health, 11*, 1-23.
- Midoes, C., & Sere, M. (2021). Living with reduced income: An analysis of household financial vulnerability under COVID-19. *Social Indicators Research, 161*, 125-149.
- Minelli, M. (2020). Salute mentale e territorio. AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica, 21(49).
- Mistur, E. M., Givens, J. W., & Matisoff, D. C. (2023). Contagious COVID-19 policies: Policy diffusion during times of crisis. *Review of Policy Research, 40*(1), 36-62.
- Moro, M. F., Calamandrei, G., Poli, R., Di Mattei, V., Perra, A., Kurotschka, P. K., ... & Carta, M. G. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers in Italy: analyzing the role of individual and workplace-level factors in the reopening phase after lockdown. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 867080.
- Muennig, P. A., Reynolds, M., Fink, D. S., Zafari, Z., & Geronimus, A. T. (2018). America's declining well-being, health, and life expectancy: Not just a white problem. *American Journal of Public Health, 108*(12), 1626-1631.
- National Health Service [NHS] (2022). *Coronavirus (COVID-19)*. Retrieved March 08, 2022 from <https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19>
- National Health Service. (2021). Mental Health Services and Support.
- National Institutes of Health [NIH] (2022). *Coronaviruses*. Retrieved March 08, 2022 from <https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/coronaviruses>
- National Institute of Mental Health. (2020). Mental Health Information: Understanding Mental Health Problems.
- National Institute of Mental Health. (2022). Coping with Traumatic Events.
- National Institute of Mental Health. (2022). Psychological Rehabilitation Services.
- National Alliance on Mental Illness. (2021). Rehabilitation Services.
- National Institute of Mental Health. (2021). Transforming the Understanding and Treatment of Mental Illnesses: Strategic Objective 3.
- Oral, A. İ. (2002). Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Ortega AC, Valtierra E, Rodríguez-Cuevas FG, Aranda Z, Preciado G, Mohar S. Protecting Vulnerable Communities and Health Professionals from COVID-19 Associated Mental Health Distress: A Comprehensive Approach Led by A Public-civil Partnership in Rural Chiapas, Mexico. *Glob Health Action. 2021;14*(1):1997410.
- Öcek, Z. A. (2022). Neoliberalizmin Gölgesindeki Bir Sağlık Sistemi Pandemiye Ne Kadar Dayanabilir? Almanya Örneği. *Toplum ve Hekim, 37*(2), 96-114.
- Öntaş, E. ve Yavuz, C. I. (2022). Covid-19 Pandemisinde Sağlık Sistemleri: Norveç. *Toplum ve Hekim, 37*(4), 243-251.
- Ören, M. M. ve Sarıkaya, T. (2022). Güney Afrika Cumhuriyeti ve Covid-19. *Toplum ve Hekim, 37*(3), 163-171.

- Özdemir, R. (2021). İran İslam Cumhuriyeti ve Covid-19 Pandemisi. *Toplum ve Hekim*, 36(6), 446-469.
- Özkan, Ö. (2022). Brezilya'nın Covid-19 Pandemisine Yönelik Yanıtları. *Toplum ve Hekim*, 37(3), 200-230.
- Özyurda, F. (2021). Covid-19 Pandemisinde Avustralya Sağlık Sistemi. *Toplum ve Hekim*, 36(6), 412-423.
- Power, P.W., & Shulz, M. K. (2008). The Impact of Unemployment on Mental and Physical Health. In A. J. Christensen & B.A. Ysseldyk (Eds.), *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality* (S.244-255). Oxford University Press.
- Payne, H. J. L., Ushakova, A., Beckwith, A., Liberty, C., Edge, R., & Lobban, F. (2023). Understanding inequalities in access to adult mental health services in the UK: A systematic mapping review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1042.
- Peitz, D., Kersjes, C., Thom, J., Hoelling, H., & Mauz, E. (2021). Indicators for public mental health: A scoping review. *Frontiers in Public Health*, 9, 1-11, 714497.
- Porst, M., Lippe, E. V., Leddin, J., Anton, A., Wengler, A., Breikreuz, J., ... Rommel, A. (2022). The burden of disease in Germany at the national and regional level. *Deutsches Arzteblatt International*, 119(46), 785-792.
- Pektaş, İ., Bilge, A. ve Ersoy, M. (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(1) 43-48.
- Pekten, A. (2006). Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler. *Sayıştay Dergisi*, 61, 119-138.
- Peynirci, İ. (2022). Bulgaristan Sağlık Sistemi: Genel özellikleri ve Covid-19 Pandemisi Sürecindeki Yanıtı. *Toplum ve Hekim*, 37(1), 69-80.
- Pierce, M., McManus, S., Jessop, C., John, A., Hotopf, M., Ford, T., Hatch, S., Wessely, S., & Abel, K. M. (2020). Says who? The Significance of Sampling in Mental Health Surveys during COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 567-568.
- Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, McGill K, Elders A, Hagen S, McClurg D, Torrens C, Maxwell M. Interventions to Support the Resilience and Mental Health of frontline Health and Social Care Professionals during and after A Disease Outbreak, Epidemic or Pandemic: A Mixed Methods Systematic Review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Nov 5;11(11):CD013779.
- Presti, G., Mchugh, L., Gloster, A., Karekla, M., & Haye, S. C. (2020). The Dynamics of Fear at the time of COVID-19: A Contextual Behavioral Science Perspective. *Clinical Neuropsychiatry*, 17(2), 65-71.
- Prete E, Di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P, Di Pierro R, Madeddu F, Calati R. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Curr Psychiatry Rep*. 2020 Jul 10;22(8):43.
- Purtle J, Nelson KL, Counts NZ, Yudell M. Population-Based Approaches to Mental Health: History, Strategies, and Evidence. *Annu Rev Public Health*. 2020;41:201-221.
- Racine, N., Eirich, R., Cooke, J., Zhu, J., Pador, P., Dunnewold, N., & Madigan, S. (2022). When the Bough Breaks: A Systematic Review and Meta-Analysis of Mental Health Symptoms in Mothers of Young Children during the COVID-19 Pandemic. *Infant Mental Health Journal*, 43(1), 36-54.

- Robinson, A., & Moggridge, D. (2013). *The Collected Writings of John Maynard Keynes: The General Theory of Employment, Interest and Money* (4th Edition). Cambridge University Press.
- Royal College of Psychiatrists. (2020). Online Mental Health Services.
- Reeves, A., Clair, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2016). Reductions in the United Kingdom's government housing benefit and symptoms of depression in low-income households. *American journal of epidemiology*, 184(6), 421-429.
- Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A., & Rossi, A. (2020). Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA Network Open*, 3(5), e2010185.
- Taycan, O. ve B. Coşkun (Çev. Ed.). (2020). Ruh Sağlığını Güçlendirme: Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayını.
- Sağlık Bakanlığı. (2021). Koronavirüs Pandemisi Kapsamında Psikososyal Destek İhtiyaçlarının ve Müdahalelerinin Değerlendirilmesi.
- Sakarya, S. (2022). Macaristan'ın Covid-19 Yanıtı. *Toplum ve Hekim*, 37(3), 172-183.
- Sarıyıldız, A. Y., Paşaoğlu, M. T. ve Yılmaz, M. E. (2021). Türkiye, Çin, ABD, Fransa Sağlık Sistemleri ve COVID-19 Politikaları. *Gümüşhane Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 314-327.
- Saxena, S., & Sharan, P. (2008). Mental Health Resources and Services. *International Encyclopedia of Public Health*, 418-430.
- Saxena, S., Saraceno, B., & Granstein, J. (2013). Scaling up Mental Health Care in Resource-poor Settings. G. Thornicroft, M. Ruggeri, & D. Goldberg (Ed.), In *Improving Mental Health Care: The Global Challenge* (pp. 12-24). USA: John Wiley & Sons.
- Semerci, P. U. (2013), Sosyal Politika ve AB. A. Kaya (Yay. Haz.), *Avrupa Birliği Hakkında Merak Ettikleriniz: Avrupa Birliği'ne Giriş* (s. 174-185). İstanbul: Hiperlink Yayınları.
- Sevilla, A., & Smith, S. (2020). Baby Steps: The Gender Division of Childcare during the COVID-19 Pandemic. *Oxford Review of Economic Policy*, 36(1), 169-S186.
- Shereen, M. A., Khan, S., Kazmi, A., Bashir, N., & Siddique, R. (2020). COVID-19 İnfection: Origin, Transmission, and Characteristics of Human Coronaviruses. *Journal of Advanced Research*, 24, 91-98.
- Silva A. de (2000). *A Framework for Measuring Responsiveness*. GPE Discussion Paper Series No 32. Geneva: World Health Organization.
- Society of Clinical Psychology. (2015). Performance-Based Pay for Psychologists Providing Clinical Services to Adults in İntegrated Health Care Settings: A Joint Statement of The Society of Clinical Psychology (Division 12 of the American Psychological Association) and The American Psychological Association.
- Songur, C. Saylavcı, E. ve Kıran, Ş. (2017). Avrupa'da ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 3(4), 276-289.
- Spicker, P. (2014). *Social policy: Theory and practice* (3. Edition). Bristol, UK. Policy Press.
- Starace, F., & Ferrara, M. (2020). COVID-19 Disease Emergency Operational İstructions for Mental Health Departments İssued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e116.

- Su Z, McDonnell D, Wen J, Kozak M, Abbas J, Šegalo S, Li X, Ahmad J, Cheshmehzangi A, Cai Y, Yang L, Xiang YT. Mental Health Consequences of COVID-19 Media Coverage: the Need for Effective Crisis Communication Practices. *Global Health*. 2021 Jan 5;17(1):4.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). Recovery and Recovery Support.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). Best Practices in Mental Health Services: A Comprehensive Guide.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). Leading Change 2.0: Advancing the Behavioral Health of the Nation.
- Salm, M. (2009). Does job loss cause ill health? *Health Economics*, 18(9), 1075-1089.
- Sani, G., Janiri, D., Di Nicola, M., Janiri, L., Ferretti, S., & Chieffo, D. (2020). Mental health during and after the COVID-19 emergency in Italy. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(6), 372.
- Scendoni, R., Fedeli, P., & Cingolani, M. (2022). The Network of Services for COVID-19 Vaccination in Persons With Mental Disorders: The Italian Social Health System, Its Organization, and Bioethical Issues. *Frontiers in Public Health*, 10, 870386.
- Schilling, J., Tolksdorf, K., Marquis, A., Faber, M., Pfoch, T., ... & RKI Covid-19 Study Group. (2021). Die verschiedenen Phasen der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Eine deskriptive analyse von Januar 2020 bis Februar 2021. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(9), 1093-1106.
- Schneider, D., & Harknett, K. (2020). Hard times: Routine schedule unpredictability and material hardship among service sector workers. *Social Forces*, 99(4), 1682–1709.
- Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: A review of the evidence. *The European Journal of Psychiatry*, 30(4), 259-292.
- Simpson, J., Albani, V., Bell, Z., Bamba, C., & Brown, H. (2021). Effects of social security policy reforms on mental health and inequalities: a systematic review of observational studies in high-income countries. *Social Science & Medicine*, 272, 113717, 1-18.
- Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*, Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayını.
- Şimşek, K. O., Doğruyol, A. R. ve Özgülner, N. (2022). Covid-19 Pandemisinde Sağlık Sistemleri: Yunanistan. *Toplum ve Hekim*, 37(4), 252-259.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2020). *COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu): Genel bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı*, Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2022). COVID-19 Bilgilendirme Platformu. Erişim: 23 Haziran 2022, <https://covid19.saglik.gov.tr/>
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2022). *Covid-19 Bilgilendirme Sayfası*. Erişim: 10 Şubat 2022, <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir-.html>, 10.02.2022
- Talas, C. (2020). *Toplumsal Politika* (5. Baskı). Ankara: İmge Kitabevi.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’deki Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1, 103-130.
- Tuna, O. ve Yalçıntaş, N. (2011). *Sosyal Siyaset*, İstanbul: Filiz Kitabevi.
- Taner, Ş. (2022). İsvç ve Covid-19 Pandemisi. *Toplum ve Hekim*, 37(2), 115-128.

- Tanrıverdi, Ömer ve Tanrıverdi, Seher (2021). Covid-19'un Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığına Etkisi ve Ruhsal Travmaların Önlenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 8(3): 245-248
- Taylor, P. (2019). *What is Social Policy?* Retrieved May 10, 2022 from <https://www.thebritishacademy.ac.uk/blog/what-is-social-policy/>
- Tekbaş, Ö. F. (2021). Covid-19 Pandemisinde Hindistan. *Toplum ve Hekim*, 36(6), 470-480.
- The Lancet Psychiatry (2020). Mental Health and COVID-19: Change the Conversation. *The Lancet. Psychiatry*, 7(6), 463.
- Thompson, N. (2013). *Kuram ve Uygulamada Sosyal Hizmeti Anlamak*, Ankara: Dipnot Yayınları.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2002). Balancing Community-based and Hospital-based Mental Health Care. *World Psychiatry: Official Journal of The World Psychiatric Association*, 1(2), 84-90.
- Tokuç, B. (2022). Covid-19 Pandemisinde Sağlık Sistemleri: Portekiz Örneği. *Toplum ve Hekim*, 37(1), 44-68.
- Thom, J., Walther, L., Eicher, S., Hölling, H., Junker, S., Peitz, D., Wilhelm, J., & Mauz, E. (2023). Mental Health Surveillance am Robert Koch-Institut—Strategien zur Beobachtung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66(4), 379-390.
- Turan, A. ve Çelikyay, H. H. (2020). Türkiye'de KOVID-19 ile Mücadele: Politikalar ve Aktörler. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 3(1), 1-25.
- Turnpenny, A., Petri, G., Finn, A., Beadle-Brown, J., & Nyman, M. (2018) *Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, Coercive and Community-based Services and Practices across Europe*. Project Report. Mental Health Europe, Brussels, Belgium.
- Turunç, Ö. (2021). İsrail Sağlık Sistemi'nin Covid-19 Pandemisine Yanıtı. *Toplum ve Hekim*, 36(5), 342-349.
- Türk Tabipleri Birliği [TTB] (2020). *COVID-19 İzleme Kurulu COVID-19 Pandemisi 2. Değerlendirme Raporu*. <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor.pdf>, Erişim tarihi: 10.05.2022.
- Türk, M. (2022). Fransa Sağlık Sistemi ve Pandemi Yanıtı. *Toplum ve Hekim*, 37(3), 231-240.
- Uçku, D., Tanrıöver, C. ve Kayı, İ. (2022). Covid-19 Pandemisiyle Mücadelede Bir Başarı Hikayesi: Singapur. *Toplum ve Hekim*, 37(3), 184-199.
- Uğurlu, M. (2018). *Sağlık Teknoloji Değerlendirmesi Ülke Uygulamaları ve Türkiye için Model Önerisi*. Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı Yayını.
- Uğurluoğlu, Ö. ve Çelik, Y. (2005). Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 3-29.
- United Nations. (2020). Shared Responsibility, Global Solidarity: Responding to The Socio-economic Impacts of Covid-19.
- Usturalı-Mut, A. N. (2021). Covid-19 Pandemisinde İngiltere Sağlık Sistemi. *Toplum ve Hekim*, 36(5), 350-365.
- Ussai, S., Castelpietra, G., Mariani, I., Casale, A., Missoni, E., Pistis, M., ... & Armocida, B. (2022). What is next for public health after COVID-19 in Italy? Adopting a youth-centred care approach in mental health services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 14937.

- Ünal, S. B. ve Köse, C. (2021). Covid-19 Pandemisi ve Kanada. *Toplum ve Hekim*, 36(5), 373-387.
- Vardi N, Lazebnik T. The Causal Role of Lockdowns in COVID-19: Conclusions From Daily Epidemiological, Psychological, and Sociological Data. *Psychiatr Q*. 2023 Jun 10:1–21.
- Varol, G. (2022). Covid-19 Pandemisinde Uruguay ve Sağlık sistemi. *Toplum ve Hekim*, 37(4), 269-281.
- Varol, Z. S. (2022). Tayvan Sağlık Sistemi ve Covid 19 Pandemisi ile Mücadelesi. *Toplum ve Hekim*, 37(4), 303-320.
- Veit-Wilson, J. (2000). States of Welfare: A Conceptual Change. *Social Policy and Administration*, 34(1), 1-25.
- Vieta, E., Perez, V., & Arango, C. (2020). Psychiatry in the Aftermath of COVID-19. *Revista de Psiquiatria Salud Mental*, 13(2), 105–110.
- Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 Pandemic and Mental Health Consequences: Systematic Review of the Current Evidence. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 531–542.
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171-178.
- Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Helpman, L., Mootz, J. J., Johnson, K. A., Neria, Y., Bradford, J. E., Oquendo, M. A., & Arbuckle, M. R. (2017). Challenges and Opportunities in Global Mental Health: A Research-to-Practice Perspective. *Current Psychiatry Reports*, 19(5), 28.
- Wang, S., Huang, X., Hu, T., Zhang, M., Li, Z., Ning, H. Corcoran, J. Khan, A. Liu, Y., Zhang, J., & Li, X. (2022). The Times, They are a-Changin’: Tracking Shifts in Mental Health Signals from Early Phase to later Phase of the COVID-19 Pandemic in Australia. *BMJ Global Health*, 7(1), e007081.
- Wilder-Smith, A., Chiew, C. J., & Lee, V. J. (2020). Can We Contain the COVID-19 Outbreak with the Same Measures as for SARS? *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), e102–e107.
- Wisniewska I, Richard Holt G. Burnout in Academic Medicine: A Peripandemic Assessment. *Perm J*. 2023 Jun 15;27(2):150-159.
- Witteveen AB, Young S, Cuijpers P, et al. Remote Mental Health Care Interventions during the COVID-19 Pandemic: An Umbrella Review. *Behav Res Ther*. 2022;159:104226.
- Woolhandler, S., Campbell, T., and Himmelstein, D. U. (2003). Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. *The New England Journal of Medicine*, 349(8), 768–775.
- World Health Organisation [WHO] (2000). *World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organisation [WHO] (2001). *European Regional Consultation on Health System Performance Assessment*. Geneva, Switzerland.
- World Bank (2020). Covid-19 Pandemic. Retrieved from <https://www.worldbank.org/en/topic/pandemics/brief/coronavirüs-pandemic>
- World Health Organization [WHO] (2001). *The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding, New Hope*. Retrieved November 10, 2021 from <https://www.who.int/whr/2001/en/>
- World Health Organization [WHO] (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020.
- World Federation for Mental Health (2020). Mental Health and Covid-19.

- World Health Organization [WHO] (2018). Mental Health Legislation And Human Rights.
- World Health Organization [WHO] (2018). Mental Health Workforce: Planning and Management.
- World Health Organization [WHO] (2019). Addressing Violence Against Health Workers.
- World Health Organization [WHO] (2020). Mental Health And Psychological Considerations During The Covid-19 Outbreak.
- World Health Organization [WHO] (2021). *Mental health*. Retrieved November 10, 2021 from https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1
- World Health Organization [WHO] (2021). Covid-19: A Global Response.
- World Health Organization [WHO] (2022). *Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. Retrieved June 23, 2022 from <https://covid19.who.int/>
- World Health Organization [WHO] (2022). *Coronavirus (COVID-19) News Release, 2 March 2022*. Retrieved June 23, 2022 from <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- World Health Organization [WHO] (2022). *Coronavirus Disease (COVID-19)*. Retrieved March 5, 2022 from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- World Organization of Family Doctors (2014). *Intergrating Mental Health Into Primary Care: A Global Perspective*.
- World Health Organization. (2020). *Telemedicine: Opportunites and Developments in Member States*.
- World Health Organization. (2021). *Mental Health Atlas*.
- World Health Organization. (2021). *Mental Health Action Plan 2021-2030*.
- World Psychiatric Association. (2020). *Position Statement on Covid-19 and Mental Health*.
- Woolf, S. H. (2009). Social policy as health policy. *JAMA*, 301(11), 1166-1169.
- World Health Organization [WHO] (2008). *The world health report 2008: Primary health care now more than ever*. Retrieved October 24, 2023 from <https://iris.who.int/handle/10665/43949>
- World Health Organization [WHO] (2013). *Social determinants of health: Key concepts*. Retrieved October 24, 2023 from <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/social-determinants-of-health-key-concepts>
- Xiang, Y. Ve Diğ. (2020). Timely Mental Healty Care for The 2019 Novel Coronavirüs Outbreak is Urgently Needed. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), 228-229.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 Pandemic on Mental Health in the General Population: A Systematic Review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55–64.
- Yanık, M. (2007). Türkiye Ruh Sağlığı Sistemi Üzerine Değerlendirme ve Öneriler: Ruh Sağlığı Eylem Planı Önerisi. *Psikiyatride Derlemeler, Olgular ve Varsayımlar*, 1(Özel Sayı), 1-80.
- Yao, H., Chen, J. H., & Xu, Y. F. (2020). Patients with Mental Health Disorders in the COVID-19 Epidemic. *The Lancet. Psychiatry*, 7(4), e21.

- Yavuz-Sarı, Ö. (2022). Covid-19 Pandemisinde Sağlık Sistemleri: Finlandiya Örneği. *Toplum ve Hekim*, 37(2), 83-95.
- Yazıcı, E. (2020). Tarihin İlk Küresel Salgını İnsanlık İçin Yeni Bir Dönemin Başlangıcı (mı?). *Kamu'da Sosyal Politika*, 13(40), 19-29.
- Yuksel B, Cakmak K. Healthcare Information on YouTube: Pregnancy and COVID-19. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020;150(2):189-93.
- Zeybek, Z., Bozkurt, Y. ve Aşkın, R. (2020). Covid-19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri ve Terapötik Müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 304-318, Covid-19 Özel Ek.
- Zhou Y, Draghici A, Abbas J, Mubeen R, Boatca ME, Salam MA. Social Media Efficacy in Crisis Management: Effectiveness of Non-pharmaceutical Interventions to Manage COVID-19 Challenges. *Front Psychiatry*. 2022 Feb 7;12:626134.



EKLER

EK-1. Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz: (1) Kadın (2) Erkek
2. Yaşınız:
3. Doğum yeriniz: (1) Köy-kasaba (2) İlçe (3) İl merkezi
4. Medeni durumunuz:
(1) Bekar (2) Evli (3) Boşanmış (4) Eşi ölmüş
5. Aylık geliriniz: TL
6. Lisans alanınız:
7. Yüksek lisans veya uzmanlık alanınız:
8. Doktora yaptığınız alan:
9. Akademik unvanınız:
(1) Yok (2) Doktor Öğretim Üyesi (3) Doçent Doktor (4) Profesör Doktor
10. Görev yeriniz:
11. Öğretim Üyeliğinde geçen süreniz:
12. Ruh sağlığı politikaları üzerine yapmış yayınlığınız var mı?
(1) Evet (Lütfen sayısını belirtiniz:) (2) Hayır
13. Covid-19 üzerine yapmış yayınlığınız var mı?
(1) Evet (Lütfen sayısını belirtiniz:) (2) Hayır
14. Ruh sağlığı politikaları konusunda aktif görev aldınız mı?
(1) Evet (2) Hayır
15. Ruh sağlığı politikaları konusunda yaptığınız çalışmalar nelerdir:
(1) Mevzuat çalışmaları
(2) Diğer (Lütfen belirtiniz)

EK-2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

A. Covid-19 Pandemisi Öncesi Ruh Sağlığı Politikaları Üzerine Sorular

1	Covid-19 pandemisi öncesi Türkiye'deki ruh sağlığı politikalarını nasıl değerlendiriyorsunuz?
2	Covid-19 pandemisi öncesi Türkiye'deki ruh sağlığı hizmetlerini nasıl değerlendiriyorsunuz?

B. Covid-19 Pandemisi Süreci Ruh Sağlığı Politikaları Üzerine Sorular

3	Covid-19 pandemisi Türkiye'deki ruh sağlığı politikalarını nasıl etkiledi?
4	Covid-19 pandemisi Türkiye'deki ruh sağlığı hizmetlerini nasıl etkiledi?
5	Covid-19 pandemisinin dünyadaki ruh sağlığı politikalarına ilişkin yansımaları hakkında ne düşünüyorsunuz?
6	Türkiye, Covid-19 pandemisine yönelik yeni bir ruh sağlığı hizmet modelini gerçekleştirebildi mi?
7	Dünya, Covid-19 pandemisine yönelik yeni bir ruh sağlığı hizmet modelini gerçekleştirebildi mi?
8	Türkiye'nin ruh sağlığı programı pandeminin psiko-sosyal etiklerini karşılayabilecek donanıma sahip olabildi mi?
9	Türkiye'de Covid-19 pandemisi sürecinde ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu noktasında ne tür etik sorunlarla karşılaşıldı?
10	Türkiye'de Covid-19 pandemisi sürecinde ruh sağlığı hizmetlerinin sunumu noktasında ne tür yasal sorunlarla karşılaşıldı?

C. Covid-19 Pandemisi Sonrası Ruh Sağlığı Politikaları Üzerine Sorular

11	Covid-19 pandemisi sonrası uluslararası düzeyde ruh sağlığına ilişkin hizmet sunumunda ne tür değişiklikler bekliyorsunuz?
12	Covid-19 pandemisi sonrası Türkiye'deki ruh sağlığı hizmet sunumuna ilişkin nasıl bir değişim olacağını düşünüyorsunuz?
13	Covid-19 pandemisi sonrası ruh sağlığı hizmetleri sizce nasıl olmalı?
14	Covid-19 pandemisi sonrası ruh sağlığı hizmetlerinin yasal boyutları nasıl olmalı?
15	Ruh sağlığı politikaları ve hizmet sunumuna dair nasıl bir model önerirsiniz?

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : İsmail AKGÜL
Uyruğu : T.C.
Doğum tarihi ve yeri :
Medeni hali :
Telefon :
Faks :
E-mail :

Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek lisans	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Aile Danışmanlığı	2017
Yüksek lisans	Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Küresel ve Bölgesel Çalışmalar	2014
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler YO	2001
Lise	Atatürk Endüstri Meslek Lisesi	1992

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2001-2003	Bursa Cumhuriyet Başsavcılığı	Memur
2003-2010	Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgemem Kurumu Genel Müdürlüğü	Uzman – Yönetici
2010-2011	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Erişkin Psikiyatri ABD Uzmanı	Sosyal Hizmet
2011-2020	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Uzmanı	Sosyal Hizmet

Yabancı Dil

İngilizce

Yayınlar

Akgül, İ. (2023). İnfertil Bireylerin Sorunları ve Sosyal Hizmet Müdahalesi. Hakkari Review. 7(1), 144-161. Hakkari Üniversitesi Dergisi.

Akgül, İsmail ve diğ.,(2023). Covid-19 Pandemisinin Psikolojik ve Sosyal Etkilerinin Sosyal Politika Bağlamında İncelenmesi. Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi, 58 (2), 1586-1589.

Akgül, İ. (1998). Bewertung der gemeinsamen Studienreise aus der Sicht eines Türkischen Studenten. Soziale Arbeit in der Türkei und in Deutschland, Studienaustausch Hacettepe Universität- Universität Köln, 27.03.98-11.04.98, Köln, 68-71.

Akgül, İ. (2001). İnfertilite ve sosyal hizmet. *Sosyal Hizmetler Dergisi*, 1(12), 25-40.

Akgül, İ. (2001). İnfertilite ve sosyal yaşam. *Turkish Journal of Fertility*, 9(1), 82-90.

Aygün-Cengiz, S., Sarıgül, B., Bardak, F., Çeçen, E. N., Yıldız, E., Saçaklı, G., Karip-Yıldız, S., Akgül, İ. ve Karagöz, M. (2020). Kitap inceleme: Ziyalar, Adnan (1999 [1980]) Sosyal Psikiyatri. İstanbul: Yüce Reklam/Yayın/Dağıtım. 338 sayfa. *Kriz Dergisi*, 28(3), 169-173.

Akgül, İ. (2020). COVID-19 ve sosyal yaşam. https://www.academia.edu/44211682/COVID_19_ve_Sosyal_Yaşam_İsmail_Akgül_2020, 15.06.2021

Hobiler

Kitap okumak, seyahat etmek, sinema.



