

■ Araştırma Makalesi

Covid-19'un ruh sağlığı politikalarına yansımaları ve yeni Türkiye ruh sağlığı hizmet modeli

Reflections of covid-19 on mental health policies and the new mental health service model in Turkey

İsmail Akgül*

Gazi Üniversitesi Fakültesi Hastanesi, Başhekimlik, Ankara Türkiye.

Öz

Amaç: 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 gösterge bilimsel 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, ruh sağlığı profesyonel sayısının az olması, ruh sağlığı alanına önem verilmemesi ve hasta sayıları üzerinden değerlendirme yapılmasıdır.

Gereç ve Yöntemler: 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: 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.

Anahtar kelimeler: Covid-19, Pandemi Ruh sağlığı, Ruh Sağlığı Politikaları, Model

Corresponding author*: Mukaddes Yılmaz, Department of Medical Oncology, Cumhuriyet University, School of Medicine, Sivas, Turkey.

E-mail: ylmzmukaddes@gmail.com

Orcid: 0000-0002-7927-8480

Doi: 10.18663/tjcl.1458189

Received: 25.03.2024 accepted: 23.05.2024

Abstract

Aim: This study examines the reflections of COVID-19's impact on mental health policies and applies a semi-structured interview form with 19 participants within this framework. Participants were queried about pre-COVID-19 mental health policies, the effects of the COVID-19 pandemic on mental health, and the impact of post-COVID-19 on mental health policies.

Material and Methods: The findings obtained from the interviews were analyzed using semiotic analysis and content analysis methods, and the results were discussed in light of the literature. According to the findings, the most prominent indicators before the pandemic were inadequate and insufficient data in mental health services, lack of preventive medicine, a low number of mental health professionals, lack of emphasis on mental health, and evaluation based on the number of patients. During the pandemic, the most prominent indicators were the lack of adequate equipment, leaving patients alone with their illnesses, and inadequate teams.

Results: Post-pandemic, in addition to the indicators related to the pre-pandemic and pandemic period, the most prominent indicators included preventive medicine, ethics, legal responsibilities, participation, online opportunities, and an integrated model with other sustainable systems. As a result, based on the experiences obtained before and during the pandemic, there is a need for a mental health policy and service model that includes online counseling (teletherapy, telepsychology, and telepsychiatry) and related legal-ethical regulations, as well as a mental health law with the primary goal of preventive medicine.

Keywords: COVID-19, Pandemic Mental Health, Mental Health Policies, Model

Giriş

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 yürütülen 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 gerçekleştirilmiştir.

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. SARS ailesinden olan SARS COV 2 virüsü (Covid-19), 31 Aralık 2019'da Çin ülkesinin Wuhan eyaletinde tespit edilmiş ve İran, 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 ülkeleri, 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 öne çıkan karakteristiği; İleri düzeyde belirsizlik, ölüm korkusu, tedavinin ve hâlihazırda 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 şekilde 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 üzeridir. 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 üzeridir.

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.

Pandemi Öncesi

Pandemi öncesi Türkiye'de ruh sağlığı politikalarına ilişkin katılımcıların 4'ü "olumlu gelişmeler" olduğunu, 3'ü ruh sağlığı profesyonel sayısının yetersiz olduğunu, 4'ü 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.

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 oluşturmadığını, 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 belirtmiştir.

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.

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.

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.

Covid-19 Pandemisi: Covid-19, SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu ve bulaştığı kişilerde ateş, öksürük, nefes darlığı gibi belirtiler gösteren ölümcül küresel salgın bir hastalıktır

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 [1].

Ruh Sağlığı Politikaları: Ruh sağlığı politikaları, ruhsal bozuklukların önlenmesi, tedavisi ve rehabilitasyonu ve toplumda ruh sağlığının geliştirilmesi için yapılan politikalar bütünüdür [2].

Ruh Sağlığı Hizmetleri: Ruhsal bozuklukları önlemek ve ruhsal hastalıkları tedavi ederek bireyleri yeniden topluma kazandırmak amacıyla sunulan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerdir [3].

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 [4].

Hastane temelli model: Dünyada ruh sağlığı hastalarının tedavisi ve bakımında kullanılan en eski ve geleneksel olan modeldir [5]. 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 [6].

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 şeklidir [5].

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 [7].

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 [8].

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 [9].

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 [10].

Dünya Sağlık Örgütü’nün, Ruh Sağlığı Gereklinimi Eylem Programı Türkiye’de, 2017 itibarıyla, Sağlık Bakanlığı ve DSÖ iş birliğiyle birinci basamak sağlık uzmanları için başlatılmıştır. Psikiyatrist, psikolog, psikolojik danışman ve sosyal hizmet uzmanlarından 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 [1].

COVID-19’un Dünya’da ve Türkiye’de Ruh Sağlığı Politikalarına Yansımaları

COVID-19 Döneminde Artış Gösteren Ruh Sağlığı Problemleri 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 altındalar. Ayrıca, kadınlar erkeklere göre daha ciddi şekilde etkilenmişlerdir. [1].

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 [11].

Yapılan birçok çalışmada [12]. 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 örneklemli çalışmalar ve meta-analizlerin sonuçlarına [13] 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 [14] 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 [15]. 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 ve arkadaşları (2020); tarafından yapılan bir araştırmada 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 [16] 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 oluşturmuştur. Tüm temel sağlık hizmetleri arasında ruhsal, nörolojik ve madde kullanım koşullarına yönelik hizmetler en fazla kesintiye uğrayan hizmetler olmuştur. Birçok ülke, intiharın önlenmesi de dahil olmak üzere ruh sağlığına yönelik hayat kurtaran hizmetlerde de büyük kesintiler olduğunu bildirmiştir. 2021'in sonunda durum biraz düzelmiş; ancak bugün çok fazla insan hem önceden var olan hem de yeni gelişen ruh sağlığı problemleri için ihtiyaç duydukları tedavi ve desteği alamamıştır. Yüz yüze tedaviye erişemeyen birçok kişi çevrimiçi destek aramaktadır. Bu da güvenilir ve etkili dijital araçlar yoluyla hizmetlere kolay erişilebilir olmanın sinyalini verse de dijital müdahalelerin geliştirilmesi ve uygulanması, sınırlı kaynaklara sahip ülkelerde ve ortamlarda büyük bir zorluk olmaya devam etmektedir [1].

COVID-19'un Ruh Sağlığına Etkileri

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 beraberinde getirmiştir. Ayrıca damgalanmış kişiler, başkaları tarafından sosyal olarak reddedilme veya kaçınma, fiziksel şiddet ve sağlık hizmetleri, barınma, eğitim ve istihdam olanaklarından yoksun bırakılma ile karşılaşmışlardır [17]. 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 [1]. Dolayısıyla stres ve anksiyete ve depresyonda artışlar olmuştur [18].

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 [19]. 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 [20]. 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 [21]. Pandemi öncesi tahminlere göre annelerde ruhsal sağlık sorunları, özellikle depresyon yaklaşık iki kat ve anksiyete üç kat artmıştır [22]. Buradan anlaşılacağı üzere biyolojik tehlike psiko-sosyal tehlikeleri de beraberinde getirmektedir.

COVID-19'un Ruh Sağlığı Hizmetlerine Etkileri

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 küçültülmüş veya

iptal edilmiştir. Bunun yerini çevrimiçi görüşmeler almıştır [23]. Yataklı psikiyatri birimleri; tecrit odalarını kullanarak, mevcut toplam yatak sayısını azaltarak, yatışa daha fazla kısıtlama getirerek ve yatış süresini azaltarak fiziksel mesafeyi teşvik etmiştir. Bu çabalar, hastaların hastaneye yatmadan önce acil serviste SARS-CoV-2 açısından taranması ve enfeksiyon durumuna göre servislere tahsis edilmesini kolaylaştırmıştır. Hastaneden kaynaklanan enfeksiyon riskini en aza indirmek için hızlı taburculuk, özellikle zorunlu olarak gözetimine alınan kişilerde kapsamlı etik ve uygulamaya yönelik soruları (örneğin, risk eşiği belirleme gibi) gündeme getirmiştir [24].

SARS-CoV-2 için mobil testler ve özel karantina tesisleri, evsizlere yönelik hizmetler arasında yer almıştır. Hizmetlerde; ilaç yönetimi, hemşirelik, vaka yönetimi, mesleki müdahaleler ve akran desteği için tele-sağlığın yaygın kullanımı ve sanal toplantılar dahil, erişimi kolaylaştıracak değişiklikler teşvik edilmiştir. Bazı durumlarda bu değişiklikler, teknolojinin daha geniş bir şekilde kullanılmasını sağlamak için gizlilik ve mahremiyetle ilgili kanunlarda ve mevzuatta değişiklik yapılmasını zorunlu kılmıştır [25]. Hizmetler aynı zamanda evde tedaviyi de güçlendirmiştir. Diğer taraftan 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 [26].

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 sunulmuştur. Aynı şekilde otizmli 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 [27]. Ülkemizde mevcut durumda uygulanmakta olan e-sağlık uygulamalarının yanında pandemi sürecinde uygulamaya konulan Hayat Eve Siğar, RUHSAD ve Özel Çocuklar Destek Sistemi gibi uygulamaların faydası önemli ölçüde görülmüştür [28].

COVID-19’un Politika Oluşturma Sürecine Etkileri

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 [29].

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. Günümüzde bilime güven duyulmasına, bilimin de güvenilir olmasına çalışmak daha da önem kazanmıştır. [30].

Yöntem

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

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.

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.

Veri Toplama Araçları

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

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.

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.

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 dokümanları iletilmişlerdir. Katılımcılardan gelen cevaplar doğrultusunda her bir katılımcıya ayrı bir kod verilmiştir.

Verilerin Analizi

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. Araştırmada öncelikle görüşmelerden elde edilen ses kayıtları yazıya aktarılmıştır. Yazılı görüşme verileri MAXQDA 2022 programına aktarılmıştır. 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.

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 ifadede buldukları kod yetersiz-eksiklikler var kodudur. Katılımcılar pandemi öncesi ruh sağlığı hizmetlerinde yetersizlik ve eksikliklerin olduğuna ilişkin ifadede 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 katılımcıların ifadelerine göre, multidisipliner (psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, psikiyatri hemşiresi gibi) ekip çalışması üzerine kurulu olan psikiyatrinin, ülkemizde salt psikiyatrist odaklı olması, ekibin asli üyeleri olan diğer meslek elemanlarını izole etmekte ve psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının kanaat kullanmasına olanak tanımamaktadır. Diğer taraftan Salt hastane temelli, biyolojik temelli tıp anlayışına dayalı sağlık politikası da bahsi geçen yetersizlik ve eksikliğin temel değişkenleri olarak gözükmektedir.

"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.

"Bana kalırsa. Hastalara yeterince vakit ayıramadım bu yoğunlukta. Ağırıklı ilaç tedavisi ön plana çıktı. Birey, grup ve aile terapileri yok denecek kadar azdı. Ama özel sektörde durum farklıydı tabii. Özellikle kendi namına hasta gören psikiyatrist ve psikolog sayısında artış gözlemledim." (K13)

"Ülkemizde psikiyatrist sayısı yetersiz." (K14)

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 düşmektedir [31]. 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. Ayrıca 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.

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

(K3) kodlu katılımcı ifadesinden 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.

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

Pandemi Süreci Ruh Sağlığı Politikaları ve Hizmetleri

“Ciddi boyutta olumsuz olarak etkilenme var. Öncelikle sayısı

az olan profesyoneller nöbet usulü daha az hasta görecektir şeklinde hizmetler verildi. Halktan bir süre hastaneleri meşgul etmemeleri istendi. Ruh sağlığı profesyonelleri Covid-19 tedavisine ya da filyasyona kaydırıldı. Bu da ruh sağlığı hizmetlerinin kısıtlanmasına ve hizmet alacak kişilerin sayısının az olması anlamına gelmektedir.” (K11)

K11 kodlu katılımcı ifadesine 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.

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.

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

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

“Zoom üzerinden online eğitimler düzenlendi, hekimlere ulaşılabildi, kongreler online yapılabildi” (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 değişimin minör düzeyde de olsa öncü göstergelerinden biri olarak görülebilir.

“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) “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)

“Yataklı servisler uzunca bir süre kapalı (1,5 yıl gibi) kaldı. Ayaktan verilen poliklinik hasta sayısı azaltıldı, kısıtlandı.” (K14) “Çok aksattı, poliklinikler kapatıldı. Acil vakalar dışında vaka bakılmadığı için, hastalar hekime hizmete ulaşamamanın sıkıntılarını yaşadılar, intiharlar arttı. Kaygı bozuklukları, İntiharlar ve OKB’ lerde 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.

“Küçük şehirlerde bile yüzlerce binlerce insan hayatını kaybetti. Birden fazla yakınıni 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 yakınıni 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.

Tartışma

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. 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. Özyayın 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. 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 [31]. Bu konuda Çamcı (2020) Covid-19 ile ruh sağlığını incelediği çalışmasında, sağlık çalışanlarının tedavi sürecinde hem kendilerinin hem de hasta ve yakınlarının psikolojik destek almaları gerektiğini, sürecin bireyler üzerinde ciddi bir psikolojik yüke sebep olduğunu rapor etmiştir. Çakır Kardeş (2020) pandeminin bireylerin davranışlarını ve ruh sağlığını olumsuz etkilediğini, bunda sosyal izolasyon ve diğer yaşamsal kısıtlamaların rol oynadığını, bunun için ise bireylere destek verilmesi gerektiğini bildirmiştir.

Türkiye’de Covid-19 pandemisi öncesi ruh sağlığı politikalarına dair görüşler ve bulgulara yönelik tartışma

Covid-19 pandemisi öncesinde sorgulanan ilk konu pandemi öncesi döneme dair genel olarak sağlık politikalarına yönelik yapılan çalışmalar yeterli olmayıp, ülkemizde ruh sağlığı ile ilgili çalışmalar, fiziksel sağlık ile ilgili çalışmalara göre ikinci planda kalmıştır. 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. Türkiye’de pandemi öncesinde ruh sağlığı hizmetlerinin yeterli olmadığı konusunda çoğunluğun hemfikir olduğunu öne sürmek mümkündür.

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 donanımına sahip olup olmaması, bu modeli geliştirirken karşılaşılabilecek 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.

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 ölümlerle 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.

Nitekim araştırmada yer alan katılımcılarla yapılan yazılı ve sözlü görüşmelerde de bu durum güçlü bir şekilde vurgulanmaktadır.

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.

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. Yeni ruh sağlığı hizmet modeline dair hem literatürün hem de katılımcıların değiştiği bir diğer önemli konu ise koruyucu hekimlik kavramıdır. 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 gerekmektedir.

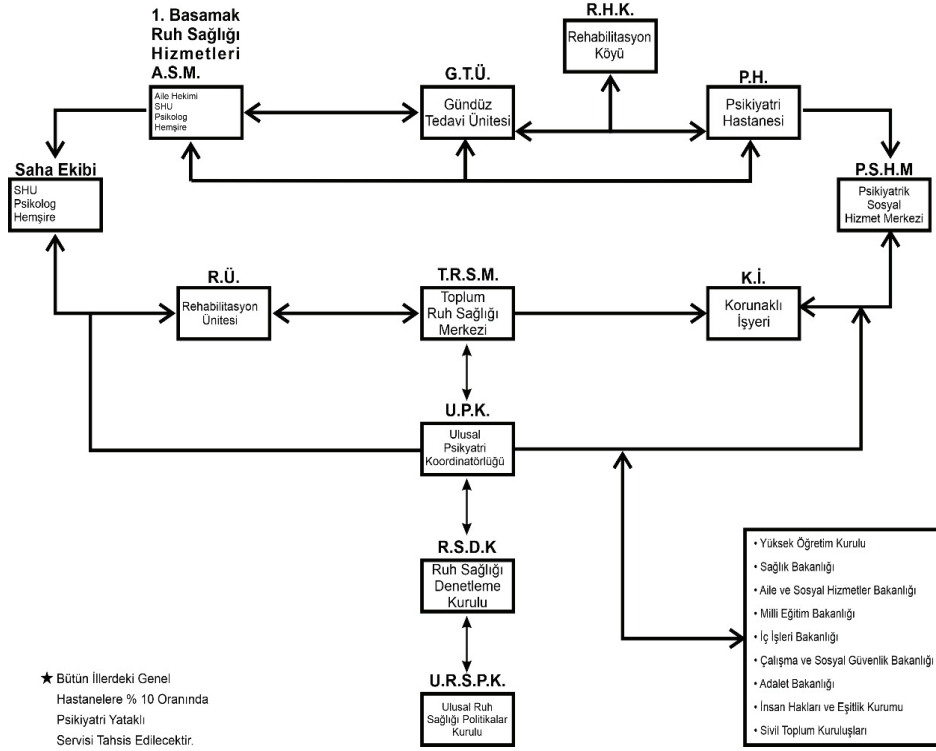
Araştırmanın alana olan önemli katkılarından biri de kısıtlamalarda da değinildiği gibi, sosyal hizmet uzmanları ile sağlık çalışanlarını bir araya getirerek, konuya ilişkin nitelikli bilgi sağlaması ve ruh sağlığı hizmetlerinin pandemi sonrasındaki durumuna yönelik önemli bulgular vermesidir. Bu bakımdan 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. 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.

Araştırma sonucunda geliştirilen Yeni Türkiye Ruh Sağlığı Hizmet Modeli aşağıda yer almaktadır.

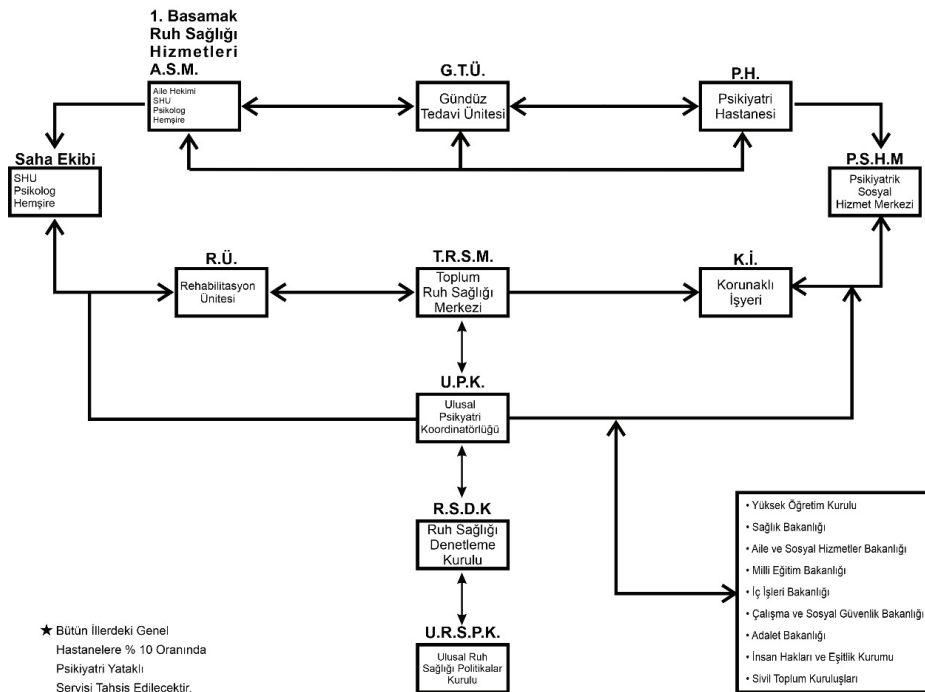
Modelin Finansman Durumu

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

TÜRKİYE RUH SAĞLIĞI HİZMET MODELİ**F2**

*Büyükşehir statüsündeki kent toplumuna yönelik ruh sağlığı hizmet modeli

TÜRKİYE RUH SAĞLIĞI HİZMET MODELİ**F1**

* İl statüsündeki kent toplumuna yönelik ruh sağlığı hizmet modeli

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.

Türkiye'ye (Dünyanın diğer ülkelerine de uyarlanabilir) özgü geliştirilen Yeni Ruh Sağlığı Hizmet Modeli; Hastane-Toplum Denge Modelini içermekle birlikte özgün ve kapsayıcı bir sistem ortaya koymaktadır. Bu model multidisipliner ekip çalışması anlayışına, kurumlar ve sektörler arası eşgüdüm ve işbirliğine, koruyucu hekimlik anlayışına, sosyal bakım, sosyal koruma ve sosyo-ekonomik destek mekanizmalarının işletilmesine dayanmaktadır.

Psiko-sosyal rehabilitasyon, istihdam ve idame tedavisi, yaşam standartlarının ve hizmet kalite standartlarının geliştirilmesine dayanan, insan ve toplum yararını optimize eden işlevsel ve uygulanabilir bir sistemdir. Ana hatlarıyla sistemin işleyişini şu şekilde açıklayabiliriz: Bu sistemde gündüzlü ve yataklı psikiyatri hastanesi (poliklinik ve yataklı servis) faaliyetine devam edecektir. Hastaların yataklı servisteki muayene ve tedavi süreci tamamlanıp, taburcu olduktan sonra (hastanın hastalık derecesine, klinik durumuna ve sosyal işlevsellik durumuna göre), istihdama elverişli olan hastalar korunaklı iş yerlerine yerleştirilecektir. 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 iş birliği 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, anksiyete 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 eksende 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 iş birliği 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 psiko eğitim programları aracılığıyla ruh sağlığı hakkında bilgilenmelerine ve farkındalık kazanmalarına yardımcı olacaktır. Yine bunların yanı sıra toplum psikiyatri merkezleri destek grupları oluşturarak, benzer sorunları ve deneyimleri paylaşan bireyleri bir araya 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 iş birliği 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, bireylerin 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 Köyü'nün 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 iş birliği yaparak, hizmetlerin koordinasyonunu sağlayacaktır. Eş zamanlı olarak UPK, YÖK (üniversite 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 şikâyetlerini 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 bütünleşik 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 istişare, eşgüdüm ve iş birliği
- 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.

Kaynakça

1. World Health Organization, (2021).
2. 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
3. Köknel, Ö. (2000). Günlük Hayatta Ruh Sağlığı. İstanbul: Alfa Yayınları.
4. Songur, C. Saylavcı, E. ve Kiran, Ş. (2017). Avrupa'da ve Türkiye'de Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi. *Social Sciences Studies Journal*, 3(4), 276-289.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Arieti, S. (2008). Bir Şizofreni Anlamak: Aile ve Arkadaşlar İçin Rehber. A. Eti (Çev.). İstanbul: Doruk Yayınları.
9. Saxena, S., & Sharan, P. (2008). Mental Health Resources and Services. *International Encyclopedia of Public Health*, 418-430.
10. 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.
11. Baltacı, Ö., Akbulut, Ö. F. ve Yılmaz, E. (2021). Problemlili İnternet Kullanımında Güncel Bir Risk Faktörü: Covid-19 Pandemisi. *Humanistic Perspective*, 3(1), 97-121.
12. 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.
13. 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), 79-8
14. 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.
15. 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.
16. 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, İsolation, and Lockdown Policies on Mental Health and Suicide. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 565190.
17. 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.
18. 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.
19. 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.

20. 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.
21. 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.
22. Starace, F., & Ferrara, M. (2020). COVID-19 Disease Emergency Operational Instructions for Mental Health Departments Issued by the Italian Society of Epidemiological Psychiatry. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e116.
23. 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.
24. 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.
25. Turan, A. ve Çelikyay, H. H. (2020). Türkiye'de KOVİD-19 ile Mücadele: Politikalar ve Aktörler. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 3(1), 1-25.
26. 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. *TÜSPE Rapor: 2020/2*, Ankara: TÜSPE Yayınları.
27. Cansever, İ. H. (2021). Covid-19 Sürecinde Türkiye'de Sağlık Politikaları. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(Özel Sayı), 86-104.
28. Yazıcı, E. (2020). Tarihin İlk Küresel Salgını İnsanlık İçin Yeni Bir Dönemin Başlangıcı mı?. *Kamu'da Sosyal Politika*, 13(40), 19-29.
29. (World Health Organization, 2022).
30. (www.medimagazin.com.tr/2023).
31. Wisniewska I, Richard Holt G. Burnout in Academic Medicine: A Peripandemic Assessment. *Perm J*. 2023 Jun 15;27(2):150-159.
32. Akgül, İsmail (2023). Covid-19'un Ruh Sağlığı Politikalarına Yansımaları ve Bir Model Önerisi. *Doktora Tezi*, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.