

ULUSAL KAP
MODEL
BİRLEŞMİŞ
MİLLETLER

DÜNYA SAĞLIK
ÖRGÜTÜ



Çalışma Kılavuzu

YAZAR : Kazım Deniz YILMAZ
TASARIM : Ahmet Safa ÇOLAK



**KAP MODEL BİRLEŞMİŞ MİLLETLER :
DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ**



GENEL SEKRETER MEKTUBU

Sayın Delegeler,

KTÜ Tıp Kariyer Planlama Kulübü tarafından düzenlenen **Model Birleşmiş Milletler 2025: Dünya Sağlık Örgütü Simülasyonu** konferansına katılımınız için teşekkür ederiz.

Konferansımız boyunca alacağınız verimi en üst düzeyde tutmak adına tüm ekibimizle yanınızda olacağımızı, sizlerin konforu ve memnuniyetinin bizim için birincil öncelik olduğunu bilmenizi isterim.

Bu yıl düzenlediğimiz konferansın ana teması “21. Yüzyılda Mental Sağlık Hizmetlerine Erişim”dir. Bu kapsamda, temsil ettiğiniz ülkelerin perspektiflerini uluslararası arenada yansıtmamız; gerekli gördüğünüz noktalarda söz alarak tartışmalara katkı sunmanız ve nihai oturum sonuç raporunun şekillenmesinde aktif rol üstlenmeniz büyük önem taşımaktadır. Sizlerden beklentimiz, fikirlerinizi cesaretle dile getirmeniz ve savunmanızdır. Oluşturacağımız sonuç raporunda her bir delegemizin dokunuşunu görmek istiyoruz.

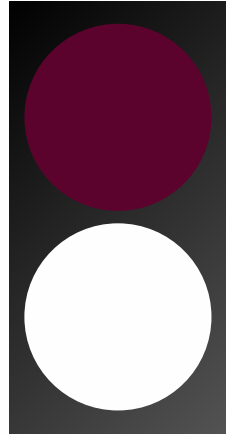
21. yüzyılın hızlı değişen sosyoekonomik dinamikleri, teknoloji ve küreselleşme, ruh sağlığını toplumların en kırılgan alanlarından biri hâline getirmiştir. Bu oturumda; stigma, eşitsizlikler, ekonomik engeller, dijital sağlık olanakları ve sürdürülebilir politikalar ışığında mental sağlık hizmetlerine erişimi nasıl güçlendirebileceğimizi tartışacağız. Amacımız, her bireyin en temel insani haklarından biri olan ruh sağlığı desteğine adil, güvenli ve sürdürülebilir biçimde ulaşabilmesi için çözüm önerileri geliştirmek ve insanlık adına ortak bir yol çizmektir.

Sizlere sunulan alt başlıkları ve gündem sorularını ülkeleriniz adına en iyi şekilde değerlendireceğinize, uluslararası komisyonumuzun tüm dünya milletleri için anlamlı ve uygulanabilir bir karar raporu ortaya koyacağına gönülden inanıyorum.

Tüm ekibim adına katılımlarınız için en içten şükranlarımı sunarım.

A.S.Ç

Ahmet Safa Çolak



KOMİTE TANITIMI

GENEL BİLGİLENDİRME

6 - 7 ARALIK 2025

1. Komite Tanıtımı – Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ / WHO)

1.1 DSÖ'nün Kuruluşu ve Tarihsel Arka Plan

Dünya Sağlık Örgütü, 7 Nisan 1948'de Birleşmiş Milletler'in uzman kuruluşu olarak faaliyete geçti. Anayasasında yer alan temel hedef, "tüm halkların mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşmasıdır". İlk toplantısını aynı yıl toplayan Dünya Sağlık Asamblesi (WHA), 194 üye devletin sağlık bakanlarını bir araya getirerek küresel sağlık politikasını belirler.

1.2 Görev, Yetki ve Temel İşlevler

DSÖ'nün altı ana işlevi, küresel sağlık konularında Liderlik ve ortaklık kurmak, Araştırma gündemi oluşturmak ve bilgi yaymak, Norm-standart belirlemek, Kanıta dayalı politika seçenekleri sunmak, Teknik destek verip kurumsal kapasite geliştirmek, Sağlık eğilimlerini izlemek-değerlendirmek şeklinde özetlenir.

1.3 Yapı ve Çalışma Mekanizmaları

Dünya Sağlık Asamblesi (WHA): Yılda bir toplanır; stratejiyi, bütçeyi ve Genel Direktörü onaylar.

İcra Kurulu (Executive Board): 34 halk sağlığı uzmanından oluşur; WHA kararlarının uygulanmasını denetler.

Sekretarya ve Bölge Ofisleri: Cenevre merkezli Sekretarya, altı bölgesel ofis (AFRO, EMRO, EURO, PAHO, SEARO, WPRO) ve 150'den fazla ülke ofisiyle kararları sahaya taşır.

1.4 DSÖ'nün BM Sistemindeki Rolü ve Önemi

DSÖ; Uluslararası Sağlık Tüzüğü (IHR 2005), Küresel Aşı Eylem Planı ve Acil Durum Programı gibi araçlarla salgın yönetiminde koordinasyon merkezidir. Kovid-19, Ebola, Zika ve kolera salgınlarında "Halk Sağlığı Acil Durumu" ilan edip kaynak-uzman sevkini yönetmiştir. Bu yönüyle örgüt, hem teknik bilgi otoritesi hem de siyasi karar platformu olarak çift görev yürütür.

1.5 Bu Komitenin Konferanstaki Misyonu

KAP-MBM 2025 WHO Komitesi, "Mental Sağlık Hizmetlerine Erişim" teması altında sağlık hizmetlerinin korunması ve ulaşılabilirliğin artırılması konularını müzakere edecektir. Delegelerden, DSÖ ilkelerine sadık kalırken ülkelerinin jeopolitik gerçeklerini gözeten, uygulanabilir ve yenilikçi kararlar üretmeleri beklenir.

KAP-MBM – Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Komitesi

Çalışma Kılavuzu

Gündem Maddesi: “21. Yüzyılda Mental Sağlık”

1. Komite Tanıtımı – Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)

1.1. DSÖ’nün Kuruluş Amacı ve Tarihçesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ – World Health Organization), 7 Nisan 1948’de Birleşmiş Milletler’in uzmanlık kuruluşu olarak kurulmuştur. Örgütün temel amacı, “dünyadaki tüm insanların mümkün olan en yüksek sağlık standardına ulaşmasını sağlamak” olarak tanımlanmıştır.

Kuruluş, II. Dünya Savaşı’nın ardından uluslararası toplumun sağlık konusundaki dayanışma ihtiyacına yanıt olarak ortaya çıkmıştır. Savaşın yol açtığı salgınlar, yetersiz sağlık altyapısı ve artan insani krizler, küresel düzeyde koordinasyonun gerekliliğini açıkça göstermiştir. Bugün DSÖ, 194 üyeye ve 6 bölgesel ofise sahip olup Cenevre merkezli olarak faaliyet göstermektedir. Her yıl toplanan Dünya Sağlık Asamblesi (WHA), örgütün en üst karar organı olarak politikaları ve bütçeyi belirler.

1.2. DSÖ’nün Temel Görev Alanları

DSÖ, sadece hastalıkların tedavisi veya kontrolüyle değil; sağlık sistemlerinin güçlendirilmesi ve koruyucu sağlık anlayışının yaygınlaştırılmasıyla da ilgilenmektedir. Temel görev alanları şu başlıklarda toplanabilir:

- Küresel sağlık politikalarının belirlenmesi** ve üye devletler arasında koordinasyonun sağlanması,
- Halk sağlığı acil durumlarına müdahale**, örneğin salgın veya doğal afet sonrası kriz yönetimi,
- Araştırma, veri toplama ve bilgi paylaşımı**, sağlık trendlerinin izlenmesi,
- Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi**,
- Evrensel sağlık hizmetlerine erişimin desteklenmesi**; eşitlik, kapsayıcılık ve sürdürülebilirlik ilkeleri çerçevesinde.

DSÖ’nün bu görevleri, yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda sosyal adalet ve kalkınma perspektiflerine dayanmaktadır.

1.3. DSÖ’nün Normatif Yetki Yapısı ve Üye Devletlerle Çalışma Biçimi

DSÖ, uluslararası hukuk açısından normatif ve koordinatif yetkilere sahip bir kurumdur. Normatif gücü, üye devletlerin uygulamaya aldığı **uluslararası sağlık düzenlemeleri**, **rehberler** ve **stratejik çerçeveler** üzerinden işler. Örneğin, “International Health Regulations (IHR, 2005)” salgınlara ilişkin küresel erken uyarı ve müdahale protokolünü belirler. Örgüt, üye ülkelerle ortak çalışma programları yürütür; bölgesel ofisler aracılığıyla teknik destek, danışmanlık ve kapasite geliştirme hizmeti sağlar. Politika geliştirme süreçlerinde kararlar, bilimsel kanıtlar, paydaş görüşleri ve uluslararası hukuk belgeleri temel alınarak alınır. Üye devletler, kendi ulusal önceliklerini DSÖ’nün genel hedefleriyle uyumlu hale getirmekle yükümlüdür.

1.4. DSÖ’nün Ruh Sağlığı Politikalarındaki Öncelikleri

DSÖ, kuruluşundan bu yana “sağlık” kavramını yalnızca fiziksel değil; aynı zamanda zihinsel ve sosyal iyilik hali olarak tanımlar. Dolayısıyla ruh sağlığı, örgütün genel sağlık anlayışının ayrılmaz bir parçasıdır.

Günümüzde DSÖ, **Mental Health Action Plan 2013–2030** çerçevesinde dört önceliğe odaklanmaktadır:

1. Ruh sağlığının ulusal politikalara entegre edilmesi,
 2. Ruh sağlığı hizmetlerine erişimin artırılması ve damgalanmanın azaltılması,
 3. Toplum temelli bakım modellerinin yaygınlaştırılması,
 4. Ruh sağlığı verilerinin izlenmesi ve sürdürülebilir finansman modellerinin geliştirilmesi.
- Bu kapsamda DSÖ, pandemi sonrası dönemde artan depresyon, anksiyete ve intihar oranlarını küresel bir öncelik haline getirmiştir. Ayrıca, dijital sağlık uygulamaları, afet dönemlerinde psikososyal destek ve genç nüfusun ruh sağlığı koruması konularında aktif girişimler yürütmektedir.

2. Gündem Maddesi: 21. Yüzyılda Mental Sağlık – Genel Giriş

21.yüzyıl, sağlık tanımını yalnızca “hastalığın yokluğu” üzerinden değil, bireyin zihinsel, duygusal ve sosyal esenliğini de kapsayacak biçimde yeniden şekillendirmiştir. Küreselleşme, dijital dönüşüm, ekonomik dalgalanmalar ve sosyal izolasyon eğilimleri; ruh sağlığını bir halk sağlığı önceliğine dönüştürmüştür.

DSÖ verilerine göre dünya genelinde her sekiz kişiden biri ruhsal bir bozukluk yaşamaktadır ve bu durum özellikle gençler, kadınlar ve kriz bölgelerinde yaşayan topluluklarda daha belirgin seyretmektedir. Bu bağlamda “21. yüzyılda mental sağlık”, yalnızca bireysel bir konu değil; ekonomik üretkenlik, toplumsal istikrar ve sürdürülebilir kalkınma için belirleyici bir faktördür.

2.1. Ruh Sağlığının Günümüzdeki Önemi

Ruh sağılığı, insan yaşamının her evresinde bilişsel işlevleri, duygusal dayanıklılığı ve sosyal ilişkileri belirleyen temel bir unsurdur. Günümüz dünyasında artan stres, bilgi bombardımanı, yalnızlaşma ve belirsizlik, zihinsel dengeleri doğrudan etkilemektedir. Kötü ruh sağılığı yalnızca bireyin yaşam kalitesini düşürmekle kalmayıp; toplum genelinde verimlilik kaybı, artan sağılık harcamaları ve sosyal dışlanma gibi etkiler yaratmaktadır. DSÖ, ruh sağılığını artık “küresel refahın göstergesi” olarak değerlendirmekte; her ülkenin ulusal sağılık politikalarında bu unsura özel yer ayırmasını önermektedir.

2.2. 21. Yüzyılda Değışen Sosyal, Ekonomik ve Teknolojik Dinamikler

Dijitalleşme, göç, iklim değışikliği, ekonomik belirsizlikler ve pandemi sonrası yaşam biçimleri; modern insanın psikolojik refahını derinden dönüştürmüştür.

- **Sosyal faktörler:** Artan yalnızlık, sosyal medya baskısı ve aidiyet duygusunun zayıflaması, özellikle genç nesilde anksiyete ve depresyon oranlarını yükseltmiştir.
- **Ekonomik faktörler:** İş güvencesizliği, gelir adaletsizlikleri ve yaşam maliyetlerinin artışı, ruh sağılığı üzerindeki kronik stres faktörlerini pekiştirmektedir.
- **Teknolojik faktörler:** Yapay zekâ, dijital bağımlılık ve bilgi yoğunluğu, hem bilişsel aşırı yüklenme hem de dijitalleşme yoluyla tedavi (tele-terapi vb.) gibi çift yönlü etkiler doğurmuştur.

Bu dinamikler, ruh sağılığını artık yalnızca klinik bir mesele olmaktan çıkarıp; multidisipliner bir politika alanına dönüştürmüştür.

2.3. Ruh Sağılığına Yönelik Küresel Risk Faktörleri

Küresel ölçekte ruh sağılığına tehdit oluşturan temel risk faktörleri şu başlıklarda toplanabilir:

- **Kriz ve çatışma durumları:** Savaşlar, zorunlu göçler ve afetlerin ardından artan travma vakaları, uzun süreli psikolojik etkiler doğurur.
- **Pandemi sonrası süreç:** COVID-19 dönemiyle beraber sosyal izolasyon, yas ve iş kaybı kaynaklı stres yaygınlaşmıştır.
- **Eşitsiz sağılık hizmetleri:** Özellikle düşük gelirli ülkelerde ruh sağılığına yönelik profesyonel destek mekanizmaları oldukça sınırlıdır.
- **Stigma ve ayrımcılık:** Toplumsal damgalama, bireylerin yardım arama davranışlarını engeller.
- **Genç nüfus riskleri:** Özellikle 15–29 yaş arası gençlerde intihar, başlıca ölüm nedenlerinden biri haline gelmiştir.

Bu risklerin birçoğı, ekonomik kalkınma seviyesinden bağımsız olarak her ülkede ortaya çıkabilir; dolayısıyla çözüm stratejileri çok katmanlı olmalıdır.

2.4. Ruh Sağlığında Küresel Eşitsizlikler

Sağlık sistemi kaynakları ve erişim hakkı bakımından ciddi bir dengesizlik mevcuttur. Yüksek gelirli ülkelerde her 50.000 kişiye bir psikiyatrist düşerken, düşük gelirli ülkelerde bu oran 500.000 kişiye bir hekim düzeyindedir.

Ekonomik kapasitenin yanı sıra kültürel normlar da eşitsizliği derinleştirir: birçok toplumda ruhsal rahatsızlık “zayıflık” veya “kişisel kusur” olarak görülmekte, bu da erken teşhisi geciktirmektedir.

DSÖ, bu durumu “gizli salgın (silent epidemic)” olarak nitelendirmekte ve ülkeler arasında **teknik kapasite ve kaynak paylaşımının** güçlendirilmesini savunmaktadır.

2.5. DSÖ’nün Mevcut Çalışmaları ve Stratejileri

DSÖ, *Mental Health Action Plan 2013–2030* ve *Comprehensive Mental Health and Well-being Framework (2021)* kapsamında aşağıdaki stratejik önceliklere odaklanmıştır:

1. Ulusal düzeyde ruh sağlığı politikalarının ve yasal çerçevelerin güçlendirilmesi,
2. Toplum temelli bakım modellerinin teşvik edilmesi (hastane merkezli değil, yerel odaklı hizmet),
3. Ruh sağlığı verilerinin sistematik biçimde toplanması ve küresel göstergelerin izlenmesi,
4. Çocuk, genç ve afet mağdurları için erken müdahale programlarının desteklenmesi,
5. Dijital terapi, mobil uygulamalar ve tele-psikiyatri gibi yenilikçi yaklaşımların teşvik edilmesi.

Bu stratejilerin temel amacı, ruh sağlığını biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin kesişiminde değerlendiren, hak temelli bir sağlık yaklaşımı tesis etmektir.

2.6. Tanımlar ve Terminoloji (Ruh sağlığı, esenlik, psikolojik dayanıklılık vb.)

- **Ruh sağlığı (Mental Health):** Kişinin kendi potansiyelini gerçekleştirebildiği, hayatın stresleriyle baş edebildiği, üretken çalışabildiği ve topluma katkı sunabildiği esenlik halidir.
- **Esenlik (Well-being):** Fiziksel, zihinsel ve sosyal boyutları kapsayan, bireyin genel memnuniyet ve yaşam doyumu düzeyidir.
- **Psikolojik dayanıklılık (Resilience):** Travma, kriz veya stres karşısında uyum sağlayabilme ve toparlanabilme kapasitesidir.
- **Stigma:** Ruhsal hastalığa sahip bireye yönelik olumsuz etiketleme, dışlama veya damgalama sürecidir.
- **Toplum temelli bakım (Community-based care):** Ruh sağlığı hizmetlerinin büyük sağlık kurumları yerine yerel toplum içinde, önleyici ve destekleyici yaklaşımlarla sunulmasıdır.

Bu kavramların doğru anlaşılması, hem ulusal politika tasarımlarında hem de uluslararası DSÖ görüşmelerinde ortak bir dil oluşturmanın temelidir.

3. Tarihçe & Mevcut Durumun Özeti

3.1. Ruh Sağlığı Kavramının Tarihsel Gelişimi

Ruh sağlığı kavramı tarih boyunca toplumsal, dini ve tıbbi yorumlara göre şekillenmiştir. Antik uygarlıklarda ruhsal bozukluklar genellikle doğaüstü nedenlerle açıklanırken, 18. ve 19. yüzyıllarda tıbbın gelişmesiyle birlikte “akıl hastalığı” kavramı bilimsel bir zemine oturmaya başlamıştır. 20. yüzyılın başında psikanaliz, davranış terapileri ve biyolojik psikiyatri gibi yaklaşımlar ruh sağlığını tıbbi bir disiplin olarak güçlendirmiştir. Bu dönemle birlikte kurum temelli bakımdan toplum temelli hizmetlere geçişin temelleri de atılmıştır.

3.2. 20. Yüzyıldan 21. Yüzyıla Ruh Sağlığı Politikalarının Evrimi

II. Dünya Savaşı sonrası dönemde ruh sağlığı, özellikle askerî travmalar ve sosyal yeniden yapılanma süreçleriyle daha görünür hale gelmiştir. 1950’lerden itibaren psikofarmakoloji alanındaki gelişmeler, ruhsal hastalıkların tedavisinde devrim yaratmıştır. 1970’lerden sonra birçok ülke, ruh sağlığı hizmetlerini kurumsal bakım yerine toplum merkezli modellere dönüştürmüştür. 21. yüzyıla gelindiğinde ise ruh sağlığı artık bireylerin yaşam kalitesi ve sosyal kalkınmanın bir göstergesi olarak görülmeye başlanmıştır.

3.3. DSÖ ve Küresel Ruh Sağlığı Hareketlerinin Dönüm Noktaları

DSÖ, 1948’de kuruluşundan bu yana ruh sağlığını genel sağlık tanımı içinde önemli bir unsur olarak ele almıştır. 1990’larda “Global Programme on Mental Health” ile küresel farkındalığı artırmayı hedeflemiş, 2001 yılında “Mental Health: New Understanding, New Hope” raporuyla üye devletleri ulusal strateji geliştirmeye teşvik etmiştir. 2013’te onaylanan **Mental Health Action Plan 2013–2030**, ruh sağlığının sağlık politikalarına entegrasyonu için yol haritası olmuştur. Günümüzde DSÖ, toplum temelli bakım, stigma ile mücadele ve eşit erişim alanlarında küresel normlar geliştirmeye devam etmektedir.

3.4. Pandemi Sonrası Dönemde Ruh Sağlığının Yükselen Önemi

COVID-19 pandemisi, ruh sağlığını küresel sağlık gündeminin merkezine taşımıştır. Sosyal izolasyon, ekonomik belirsizlik, kayıplar ve sağlık çalışanlarının tükenmişliği geniş bir popülasyonda psikolojik stres yaratmıştır. DSÖ verilerine göre pandemi döneminde depresyon ve anksiyete oranlarında belirgin artış gözlenmiştir. Bu süreç, ruh sağlığının yalnızca bireysel değil; ekonomik üretkenlik, eğitim ve toplumsal dayanıklılıkla da yakından ilişkili olduğunu göstermiştir.

3.5. Dijitalleşme, Küreselleşme ve Yeni Ruh Sağlığı Dinamikleri

Dijital çağ, ruh sağlığı açısından hem riskler hem de fırsatlar yaratmıştır. Sosyal medya ve bilgi yükü kaygıyı artırabilirken, aynı zamanda dijital terapi, çevrim içi destek grupları ve tele-psikiyatri uygulamaları erişimi kolaylaştırmıştır. Küreselleşme, göç ve ekonomik belirsizlikler gibi etkenler, özellikle genç nüfusta stres kaynaklarını çeşitlendirmiştir. Modern dönemde ruh sağlığı artık teknoloji, ekonomi, eğitim ve kültür politikalarıyla iç içe değerlendirilmesi gereken çok boyutlu bir alandır.

3.6. Güncel Eğilimler ve Veriler (2000–2025 Arası Küresel Görünüm)

Son yirmi beş yılda ruhsal hastalıkların küresel yükü istikrarlı biçimde artmıştır. DSÖ'nün 2020 sonrası raporlarına göre her 8 kişiden biri bir ruhsal bozukluk yaşamaktadır. Depresyon, anksiyete ve intihar oranları özellikle gençler ve kadınlar arasında yükselmiştir. Bunun yanında, daha fazla ülke ulusal ruh sağlığı politikalarını güncellemekte; tele-sağlık uygulamaları, toplum temelli destek modelleri ve erken müdahale programları yaygınlaşmaktadır. 21. yüzyılın ilk çeyreği, ruh sağlığının artık bir “küresel halk sağlığı önceliği” olarak kabul edildiği dönem olmuştur.

4. Alt Başlıkların Derinlemesine İncelemesi

4.1. Pandemi Sonrası Artan Depresyon ve Anksiyete Vakaları

4.1.1. Pandemi Sürecinin Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkisi

Pandemi döneminde dünya nüfusunun büyük bölümü uzun süreli belirsizlik, izolasyon ve travma ile karşılaşmıştır. Bu süreç, hem akut stres tepkilerini hem de kronik psikolojik hastalık eğilimlerini artırmıştır.

Politika Boyutu:

- Krize yönelik ruhsal ilk yardım protokolleri (PFA)**, afet yönetim planlarına dâhil edilmelidir.
- Sağlık çalışanları için tükenmişlik önleme modülleri** (örnek: rotasyon sistemi, dinlenme destek paketleri) oluşturulmalıdır.
- Toplum temelli psikolojik ilk yardım ağları** (gönüllü psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, STK destek hatları) devreye alınmalıdır.

Etki Mantığı

Girdi	Çıktı	Sonuç	Etki
İnsan kaynağı eğitimi, kriz rehberleri, finansman	1. PFA ekiplerinin faaliyete geçmesi 2. Kapsamlı tarama anketleri	Risk gruplarının erken tanımlanması ve tedaviye erişimde artış	Pandemi sonrası depresyon/anksiyete prevalansında % -15 azalma (2030 hedefi)

4.1.2. Sosyal İzolasyon, Ekonomik Kaygı ve Belirsizlik Faktörleri

Sosyal bağların kopması, gelir kaybı ve uzun süreli kapanmalar, toplumsal dayanıklılığı ciddi biçimde zayıflatmıştır.

Politika Boyutu:

- “Toplumsal dayanıklılık merkezleri”** (community resilience hubs) oluşturularak bireylere psikososyal danışmanlık, ekonomik yönlendirme ve sosyal etkinlik desteği verilir.
- Evden çalışma düzenlemelerinde psikolojik denge ilkeleri** (çalışma süresi, iletişim döngüsü, destek hattı bağlantısı) belirlenir.
- Kriz sonrası sosyal yardım paketlerine** “psikolojik refah kriteri” (örneğin stres yönetim eğitimi fonu) eklenir.

Etki Mantığı

- Kısa vadede:** Dayanıklılık merkezlerinin kurulmasıyla, sosyal destek skorlarında %20 artış.
- Orta vadede:** Uzun süreli işsizlerde depresyon riski %30 azalma (§DSÖ 2024 verisine dayalı tahmin).
- Uzun vadede:** Sosyal izolasyona bağlı anksiyete bozukluğu oranlarında kademe gerilemesi ve toplumsal uyumun güçlenmesi.

4.1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) Eğilimleri

Pandemi sonrası hastane çalışanları, yoğun bakım hastaları ve kayıp yaşamış kişilerde TSSB vakaları dikkat çekici biçimde artmıştır.

Politika Boyutu:

- Sağlık çalışanları için travma rehabilitasyon programı** (bilişsel davranışçı terapi, grup desteği).
- Kayıp yaşayan ailelerde “Yas ve Dayanıklılık Eğitimi”** başlatılması.
- TSSB tarama anketlerinin** birinci basamak kurumlarda rutinleştirilmesi.

Etki Mantığı

Girdi	Çıktı	Sonuç	Etki
Klinik rehber ve uzman eğitimi	TSSB risk tarama ağının kapsama artışı	Erken tedavi oranı % +40	Uzun vadede sağlık sisteminde verimlilik ve işgücü sürdürülebilirliği artışı

4.1.4. Dijitalleşme ve Sosyal Medyanın Etkisi

Dijital araçlar hem çözüm hem risk olmuştur. Online terapi erişimi kolaylaşırken, aşırı ekran süresi ve yanlış bilgi yaygınlığı artırmıştır.

Politika Boyutu:

- Ulusal Dijital Ruh Sağlığı Platformu:** Ruh sağlığı uygulamalarının lisanslandırılması ve denetimi.
- Medya okuryazarlığı kampanyaları:** Bilgi kirliliğini azaltmak ve “doomscrolling” alışkanlığını dönüştürmek.
- Siber psikolojik risk izleme birimleri (Health-CERT modeli):** Zararlı trendlere karşı erken uyarı sistemi.

Etki Mantığı

- Kısa vadede:** Onaylı uygulama kullanımında % 25 artış.

- **Orta vadede:** Dijital bağımlılık şikâyetlerinde % 15 azalma.
- **Uzun vadede:** Online terapi erişimi ile bölgesel adanmış hizmet açığında % 40 iyileşme.

4.1.5. Pandemi Sonrası Politikalar ve İyileşme Süreçleri

Ruh sağlığı artık çoğu ülke için “post-COVID recovery” gündeminin kalıcı bileşenidir.

Politika Boyutu:

- **Ulusal Ruh Sağlığı Strateji 2025–2030** (BM SKH 3.4 ile uyumlu) hazırlanması.
- **İş yerlerinde psikolojik sağlık sertifikası programı.**
- **Eğitim sisteminde psikososyal danışman kapasitesinin % 50 artırılması.**
- **STK-kamu ortaklıklarıyla “Toplum Refah Endeksi” izleme modeli.**

Ölçülebilir Etki:

Gösterge	Baz Yıl	Hedef Yıl 2030	Beklenen Değişim
Ulusal ruh sağlığı harcaması / GSYH	0,6 %	1,2 %	+ % 100 artış
Ruh sağlığı hizmetine erişim oranı	% 34	% 60	+ % 76
İşyerlerinde stres kaynaklı devamsızlık	% 15	% 8	– % 45

4.1.6. DSÖ ve Üye Ülkelerin Önleyici Uygulamaları

DSÖ’nün **mhGAP 2022+** revizyonu, birinci basamak hizmetlerde ruh sağlığı entegresini güçlendirme hedefini taşır.

Politika Boyutu:

- **mhGAP modüllerinin ulusal reçeteleme sistemine dahil edilmesi.**
- **Tele-psikiyatri protokollerinin DSÖ standardı ile uyumlu hale getirilmesi.**
- **Kapasite geliştirme eğitimleri: Her eşdeğer aile hekimi en az bir mhGAP modülü tamamlamalı.**
- **Bölgesel işbirliği programları:** Mülteci veya çatışma mağduru ülkelerde “cross-border mental health pool”.

Etki Mantığı

Zaman Dilimi	Müdahale	Etki
1–2 yıl	Temel düzey eğitim tamamlanması	Erken tanı oranı % +25

Zaman Dilimi	Müdahale	Etki
3-5 yıl	Tele-psikiyatri kapsama genişlemesi	Uzman erişim süresi % -40
5-10 yıl	Bölgesel işbirliği ve fon koordinasyonu	Sürdürülebilir politik yapı oluşumu

4.1.7. Çalışmaya Yardımcı Sorular

1. Ülkeniz, pandemi sonrası ruh sağlığı krizine karşı hangi ulusal mekanizmaları geliştirdi veya geliştirmeyi planlıyor?
2. Sosyal izolasyonun yarattığı kaygı ve depresyon riskini ölçümlemek için hangi veri kaynakları kullanılabilir?
3. TSSB vakaları için kurumsal rehabilitasyon ve ekonomik destek nasıl entegre edilebilir?
4. Dijitalleşmenin risk ve fırsat dengesi ülkenizin politik gündeminde nasıl yer almalıdır?
5. DSÖ'nün mhGAP ya da Live Life benzeri girişimlerinden hangileri ülkenizin sağlık altyapısına en uygun model oluşturur?
6. 2030 hedefleri doğrultusunda "ulusal refah endeksi" gibi bir gösterge dizisi tasarlanması mümkün müdür?

4.2 Giderek Artan İntiharlar

İntihar, küresel düzeyde her yıl yaklaşık 700 000 kişinin yaşamını yitirmesine yol açan önlenebilir bir halk sağlığı krizidir. Pandemi sonrası ekonomik durgunluk, aidiyet kaybı ve dijitalleşme baskısı gibi yeni tetikleyiciler bu eğilimi derinleştirmiştir.

4.2.1 Küresel İntihar İstatistikleri ve Demografik Görünüm

Durum Özeti

- 2024 itibarıyla her 20 saniyede 1 kişi intihar nedeniyle yaşamını kaybetmektedir.
- Vakaların % 77'si düşük ve orta gelirli ülkelerde görülür; bu bölgelerde ruhsal sağlık kaynakları en kısıtlıdır.
- 15-29 yaş grubu, trafik kazalarından sonra ikinci en yaygın ölüm nedenidir.

Politika Boyutu

- Ulusal sağlık istatistik sistemlerinde intihar verisinin tam kayıt altına alınması.
- Demografik bazlı risk haritaları oluşturularak kaynak tahsisi buna göre yapılmalıdır.
- İntihar verileri Toplumsal Cinsiyet, Yaş ve Bölge temelinde ayrıştırılarak izlenmelidir.

Etki Mantığı

Girdi	Çıktı	Sonuç	Etki
Ulusal veri portalı, ölüm kaydı altyapısı	Tutarlı istatistik ve haritalar	Politika ve öncelik belirleme güçlenir	2030'a kadar kayıt dışı vakaların % -50 azalması

4.2.2 İntiharın Sosyal, Ekonomik ve Kültürel Nedenleri

Durum Özeti

Yoksulluk, işsizlik, aile içi şiddet, savaş ve göç deneyimleri, intihar davranışını besleyen ana sosyal etmenlerdir. Bazı kültürlerde intihar “onur ya da kaçış” kavramlarıyla yanlış biçimde meşrulaştırılabilir.

Politika Boyutu

- Çok-sektörlü yoksulluk politikalarına psikososyal bileşen** eklenmelidir.
- Şiddet ve istismar önleme kanunları** ruh sağlığı yönüyle güçlendirilir.
- Kültürel liderlerle işbirliği** yapılarak yerel dil ve değerlerle farkındalık mesajları üretilir.

Etki Mantığı

Aşama	Müdahale	Göstergeler	Beklenen Etki
Kısa vade	Psikososyal yardım ekipleri ve istihdam destek bileşeni	Destekten yararlanan riskli hane sayısı	Sosyal stres kaynaklı vakalar % -20
Uzun vade	Eğitim ve farkındalık kampanyaları	Kültürel damgalanma algısı endeksi	Normatif davranışta pozitif değişim

4.2.3 Genç Nüfusta İntihar Oranlarının Yükselmesi

Durum Özeti

Dijital baskı, akademik rekabet, işsizlik ve gelecek kaygısı genç nüfusta kendine zarar verme vakalarını artırmıştır. Sosyal medyadaki “karşılaştırmalı mükemmeliyet kültürü” özgüven kaybını tetiklemektedir.

Politika Boyutu

- Okul ve üniversitelerde rehberlik destek oranının % 50 artırılması.**
- Akran destek programları** oturum bazında yaygınlaştırılmalıdır.

- **Gençlik merkezlerinde anonim danışmanlık** veya “drop-in counseling booth” uygulamaları açılmalıdır.
 - **E-spor ve STEM kulüplerinde “psikososyal mentor” rolü** tanımlanmalıdır.
- Etki Mantığı*
- **Kısa vadede:** Kampüslerde iyilik hâli anketlerinde % 25 farkındalık artışı.
 - **Orta vadede:** Danışmanlık hizmeti kullanımında % +40 artış.
 - **Uzun vadede:** 15–24 yaş grubu intihar oranında % -30 azalma (2030 hedefi).

4.2.4 Ruh Sağlığına Erişim Engelleri ve Damgalanma Faktörü

Durum Özeti

Birçok ülkede toplum baskısı ve damgalanma nedeniyle bireyler hizmete başvurmamaktadır. K aynığı idari, coğrafi ve kültürel olabilir.

Politika Boyutu

- **Birinci basamakta entegrasyon:** Genel hekimlere temel depresyon / anksiyete tarama yetkisi.
- **“Açık Kapı” klinikler:** Randevusuz giriş ve ücretsiz destek.
- **Kamusal kampanyalar:** Yardım alma davranışını normalleştiren iletişim modelleri.
- **İş verenlere vergi teşviki:** Kurumsal well-being programı uygulayan şirketlere.

Etki Mantığı

Girdi	Çıktı	Sonuç	Etki
Eğitim, kampanya, altyapı fonu	Yeni ruhsal sağlık merkezleri ve mobil hizmet	Başvuru oranı % +60	Profesyonel yardıma erken erişim ve suistimar azalması

4.2.5 İntiharın Önlenmesi İçin Ulusal Stratejiler

Durum Özeti

İntihar, her ülkenin sosyoekonomik yapısına göre farklı tetikleyicilere sahip olsa da önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur. Etkili bir ulusal önleme stratejisi; veriye dayalı karar alma, çok paydaşlı koordinasyon ve toplum tabanlı risk azaltım yaklaşımlarını birleştirir.

Politika Boyutu

- **Ulusal Ruh Sağlığı ve İntihar Önleme Konseyi** kurulmalı, çok bakanlıklı bir yönetim modeli oluşturulmalıdır.
- **Erken müdahale sistemi:** 24 saat çalışan kriz hatları ve yerel “gatekeeper” eğitimleri yaygınlaştırılmalıdır.
- **Riskli bölgelerde toplum destek merkezleri** kurularak aile ve akran danışmanlığı sunulmalıdır.
- **İntiharda en sık kullanılan araçlara yönelik yasal düzenleme** (silah, pestisit, ilaç) getirilmelidir.
- **Medya etik ilkeleri ve otomatik uyarı sistemleri** ile kopya vakaların önlenmesi sağlanmalıdır.
- **Damgalanmayı azaltıcı kampanyalar** ile yardım alma davranışının toplumda normalleştirilmesi gereklidir.

- **Ekonomik ve sosyal koruma önlemleri** (maddi danışmanlık, borç erteleme, iş rehabilitasyonu) ruh sağlığı politikalarına entegre edilmelidir.
- **Beş yıllık bağımsız izleme ve değerlendirme** mekanizması kurulmalı, veri şeffaflığı sağlanmalıdır.

Etki Mantığı

Stratejik Bileşen	Temel Araç	Ölçülebilir Sonuç	Uzun Vadeli Etki
Yönetişim ve Veri	Ulusal konsey + kayıt sistemi	Doğru veri oranı % +40	Etkin kaynak tahsis ve politik devamlılık
Kriz Müdahalesi	24 saat hat, gatekeeper eğitimi	Erken müdahale % +50	İntihar girişiminde ölüm oranı % -25
Toplum Bazlı Destek	Akran ağları, dini / yerel lider katılımı	Aidiyet ve dayanışma endeksi % +20	Sosyal bağların güçlenmesi ve risk azalımı
Ekonomik Koruma	Borç danışmanlığı, istihdam kurumları ile bağlantı	Finansal stres vakaları % -25	Refahın artması ve psikolojik dayanıklılık
Lethal Means Kontrolü	Silah ve zehirli madde regülasyonu	Ölümcül girişimlerde % -30	İntihar ölümlerinin somut azalımı
Medya ve İletişim	Etik kod, yapay zeka temelli içerik denetimi	Kopya vakalar % -40	Sorumlu haber dili ve toplumsal duyarlılık
Damgalanma Azaltımı	Farkındalık kampanyaları, ünlü elçiler	Negatif algı endeksi % -25	Yardım alma davranışında artış
Değerlendirme ve İzleme	Beş yıllık bağımsız etki analizi	Politika döngüsü iyileştirmesi	Sürdürülebilir ulusal önleme ekosistemi

Ölçülebilir Ulusal Hedefler (2030)

- **İntihar oranında % 30 azalma** (DSÖ “Live Life” uyumlu hedef).
- **Kriz hizmetlerine erişim** her 100 000 kişide ≥ 10 danışma puanı.
- **Ruh sağlığı hizmetinde uzman sayısı** her 100 000 kişide 5’e yükseltilmeli.
- **Toplum bilinç düzeyi anketi puanı** $\geq 70/100$.

4.2.6 DSÖ’nün “Live Life” Eylem Planı ve Küresel İşbirliği Modelleri

Durum Özeti

DSÖ'nün **Live Life (2021–2030)** stratejisi dört direkt müdahale alanı tanımlar:

1. **Sosyal medya ve iletişim düzenlemesi,**
2. **Lethal means reduction,**
3. **Erken tanı ve bakım erişimi,**
4. **Veri sistemlerinin iyileştirilmesi.**

Politika Boyutu

- **Ülkeler arası öğrenme ağı:** Nordic-ASEAN “Suicide Prevention Hub”.
- **Fon modeli:** DSÖ-GFF benzeri Küresel Ruh Sağlığı Fonu.
- **Veri paylaşımı:** Standart meta-veri setiyle yıllık raporlama.
- **Sivil toplum işbirliği:** Papageno Etkisi kampanyaları.

Etki Mantiğı

Zaman	Müdahale	Küresel Düzeyde Beklenen Etki
2025'e kadar	Veri standardizasyonu % 50 ülkede	Karşılaştırılabilir göstergeler
2027'ye kadar	Kriz hatlarının küresel erişimi % 70	Yardım alma davranışında artış
2030'a kadar	Live Life uyumu tamamlayan ülke sayısı ≥ 100	Küresel intihar oranında % -30

4.2.7 Çalışmaya Yardımcı Sorular

1. Ülkenizin mevcut intihar istatistik sistemi hangi boşluklara sahiptir — veri kalitesi nasıl artırılabilir?
2. Kültürel faktörler ve inanç sistemleri ülkenizde önleyici mesajları nasıl etkiliyor?
3. Genç nüfus veya dezavantajlı gruplar için hedefli müdahaleler nasıl tasarlanmalı?
4. Ruh sağlığı hizmetine erişim önündeki en büyük yasal veya sosyal engel nedir?
5. Ulusal stratejiniz, DSÖ'nün “Live Life” çerçevesiyle nasıl uyumlaştırılabilir?
6. 2030 hedefi için ölçülebilir üç kilit gösterge belirleyin (örnek: intihar oranı, yardım alma davranışı, damgalanma endeksi).

4.3 Ruh Sağlığının Ulusal Sağlık Sistemlerine Entegrasyonu

Ruh sağlığı, uzun süre ulusal sağlık politikalarında fiziksel hastalıkların gerisinde kalmıştır. Ancak pandemi süreci, zorunlu göç, ekonomik belirsizlik ve çatışmalar; ruh sağlığının toplum refahı, üretkenlik ve sosyal uyumun temel bileşeni olduğunu açıkça göstermiştir. Etkin

politikalar, ruh sağılığını sadece hastalık odaklı değil, yaşam ds yaklaşımıyla “herkes için bakım” çerçevesine yerleştirmelidir.

4.3.1 Ruh Sağığı Politikalarının Tarihsel Gelişimi

Durum zeti

20. yüzyılın ortalarına kadar politikalar daha çok kurumsal bakıma odaklıydı. 1980’lerden itibaren “de-kurumsallaşma” ve toplum-temelli yaklaşımlar ne ıktı. Günümüzde DSÖ’nün “Mental Health Action Plan 2023–2030” erevesi tüm ülkeleri bütüncül strateji geliştirmeye teşvik etmektedir.

Politika Boyutu

- Mevzuatta ruhsal sağığı “koruyucu öge” olarak tanımlamak.
- Tarihsel olarak hastane temelli yaklaşımı açan toplum odaklı model tasarlamak.
- Ruh sağığı politikasını ulusal sağık stratejisine ve SKA hedeflerine bağlamak.

Etki Mantığı

Dönem	Politika Eğilimi	Kazanım	Eksik Alan
1950–1980	Kurumsal (hastane merkezli)	Uzmanlık gelişimi	Aşırı izolasyon, maliyet
1980–2010	Toplum tabanlı hizmete yönelim	Entegrasyon bilinci	Koordinasyon eksikliği
2010–2024	Hak-temelli & dijital dönüştürme	Yeni bakım modelleri	Finansal sürdürülebilirlik

4.3.2 Birincil Sağık Hizmetlerinde Ruh Sağığının Yeri

Durum zeti

Ruh sağığı sorunlarının % 70’i birinci basamakta tanınmadan geçmektedir. Entegrasyon, erken tanı, maliyet etkinlik ve damgalanmanın azaltılması için kritiktir.

Politika Boyutu

- Birinci basamak hekimine temel ruhsal sağık tarama yetkinliği** kazandırılmalı.
- MHG**ap modelinin ulusal uyarlaması (DSÖ modeli) yaygınlaştırılmalı.
- E-reçete ve tele-danışmanlık** entegrasyonu ile kırsal bölgelerde erişim arttırılmalı.

Etki Mantığı

Girdi	Çıktı	Sonuç	Etki
Eğitim ve rehberler	Tarama oranı % +40	Erken tanı	Uzun vadede stigma azalır, verimlilik artar

4.3.3 Mali Kaynaklar, İnsan Gücü ve Eğitim Kapasitesi

Durum Özeti

Birçok ülkede sağlık bütçesinin % 1’den azı ruh sağlığına ayrılmaktadır. İnsan gücü dağılımı eşitsizdir; uzmanların % 80’i yüksek gelirli ülkelerde çalışmaktadır.

Politika Boyutu

- Ruh sağlığı bütçesi sağlık harcamalarının en az % 5’i olacak şekilde planlanmalı.
- Aile hekimi, hemşire, sosyal çalışmacı eğitimine ruhsal sağlık modülü eklenmeli.
- Diaspora gönüllü psikiyatri programları ve ikili yüksek lisanslar teşvik edilmeli.

Etki Mantığı

Girdi	Çıktı	Etki	Ölçüt
Sağlık fonları + eğitim programları	Nitelikli personel sayısı artışı	Bakım kalitesi ve süreklilik	Her 100 000 kişiye ≥ 5 uzman

4.3.4 Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Dijitalleşmesi

Durum Özeti

Pandemi, tele-sağlık uygulamaları ve dijital platformları hızla yaygınlaştırmıştır. Ancak veri güvenliği ve dijital eşitsizlik hâlâ sorun oluşturmaktadır.

Politika Boyutu

- Ulusal “e-mental health” stratejisi oluşturulmalı.
- Siber güvenliği sağlayan **Health-CERT** ekipleri ve veri gizliliği standartları belirlenmeli.
- Mobil uygulamalar ile anonim danışmanlık, öz-yardım platformları teşvik edilmeli.

Etki Mantığı

Bileşen	Beklenen Sonuç	Ölçülebilir Göstergeler
Tele-danışmanlık	Erişim oranı +% 50	Kriz hizmeti kapsamında yeni kayıt sayıları
Dijital veri entegrasyonu	Politika kararlarına veri desteği	Veri zamanlılığı < 30 gün
Gizlilik ve etik standartlar	Kullanıcı güveni artışı	Anonim şikayet azalımı % -20

4.3.5 Entegrasyon Sürecinde Karşılaşılan Engeller ve Fırsatlar

Durum Özeti

Ruh sağlığının entegrasyonu çoğu ülkede yasal, mali ve kültürel engellerle karşılaşmaktadır; bu na karşın teknolojik ilerleme ve küresel işbirlikleri önemli fırsatlar sunmaktadır.

Politika Boyutu

- Engeller: Finansman yetersizliği, uzman açığı, damgalanma, veri eksikliği.
- Fırsatlar: DSÖ mizanpajları, dijital çözümler, Gençlik ve Kadın farkındalık programları.
- Öneri: Ulusal Eylem Planı'na "risk/fırsat matrisi" eklenmesi.

Örnek Tablo (Kısa)

Kategori	Engeller	Fırsatlar
Yasal	Ruh sağlığı yasası eksikliği	Hak-temelli mevzuat girişi
Mali	Düşük bütçe	Yenilikçi finans fonları (Global Fund Model)
Sosyal	Damgalanma	Genç elçi kampanyaları
Teknolojik	Veri eksikliği	Tele-sağlık altyapısı

4.3.6 Başarılı Ülke Uygulamaları (Case Studies)

Ülke	Model	Uygulama	Ölçülen Etki
Avustralya	“Headspace” gençlik merkezleri	Ücretsiz erken danışmanlık & online randevu	15–24 yaş grubu intihar oranı % -25
Şili	Entegre Aile Sağlık Merkezleri	Birinci basamak + psikolog birlikte çalışıyor	Erken tanı vakaları arttı (% +60)
Hindistan	“Tele-MANAS” dijital ağ	Ülke genelinde 100 000+ kullanıcı	Kriz müdahalelerinde yanıt süresi -45 dk
Finlandiya	Ulusal mutluluk endeksi yaklaşımı	Toplum-bazlı yaklaşımlar ve açık veri politikasına dayalı	Stigma endeksi % -30

4.3.7 Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları (SKA) 3 ve 10 Kapsamında Değerlendirme

SKA-3 (Sağlık ve İyi Yaşam):

- Ruh sağlığının fiziksel sağlıkla eşit öncelikte ele alınması.
- DSÖ hedefine paralel olarak 2030’a kadar “intihar oranlarında % 30 azalma”.

SKA-10 (Eşitsizliklerin Azaltılması):

- Dezavantajlı gruplar için erişim ve sigorta denklik mekanizmaları.
- Kırsal ve şehir arasında hizmet farkını % 50 oranında kapama hedefi.

SKA	Uygun Göstergeler	Ruh Sağlığı Boyutu
3.4	İntihar oranı / 100 000 kişi	Azalma -% 30 hedefi
3.8	Evrensel kapsama endeksi	Ruh sağlık hizmeti dâhil

SKA	Uygun Göstergeler	Ruh Sağlığı Boyutu
10.3	Fırsat eşitliği göstergesi	Stigma ve erişim eşitliği

4.3.8 Ruh Sağlığının Finansal Sürdürülebilirliği (Küresel Fon Modelleri)

Durum Özeti

Ruh sağlığı yatırımlarına yönelik finansman, küresel ölçekte toplam sağlık harcamalarının çok küçük bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu durum hizmetlerde sürdürülebilirliği zorlaştırmaktadır. Yeni ve hibrit finansman modelleri, hem ulusal hem de uluslararası desteği aynı çatı altında toplayarak bu açığı kapatabilir.

Politika Boyutu

- Ruh sağlığı bütçesinin sağlık bütçesinin **en az %5'ine** çıkarılması hedeflenmelidir.
- Ulusal kaynaklarla uluslararası krediler **karma fon** modeli şeklinde bir araya getirilmelidir.
- Fon tahsisi; **etki göstergeleriyle (örneğin intihar oranı düşüşü, erişim artışı)** ilişkilendirilmelidir.
- Özel sektör, diaspora ve sivil toplum katkıları **bağımsız izleme çerçevesine** dâhil edilmelidir.

Başlıca Küresel Fon Modelleri (Özet Format)

Model	Temel Özellik	Uygulama Alanı / Öneri
GFF (Global Financing Facility)	Çok-paydaşlı, hibrit fon yapısı	Ruh sağlığına özel alt fon oluşturulabilir.
IDA / Dünya Bankası Kredisi	Düşük faizli, uzun vadeli sağlık yatırımı	Ruh sağlığı altyapısında kullanılabilir.
“Sin Vergisi” Modeli	Tütün-alkol vergisinin belirli payı sağlık fonuna aktarılır	Ulusal kaynakla sürekli finansman sağlanır.
Diaspora Tahvili	Yurt dışındaki vatandaşların düşük getirili yatırım katkısı	Psikososyal altyapı ve eğitim finansmanı için kullanılabilir.

Model	Temel Özellik	Uygulama Alanı / Öneri
Impact Bond (Sonuç Bazlı Finansman)	Yatırımcı, ölçülen sonuca göre ödeme alır	İntihar oranı azalması veya erişim artışı temelli projelerde etkili olur.

Etki Mantığı (Kısa Şema)

Girdi	Mekanizma	Beklenen Sonuç
Ulusal + Uluslararası fonlar	Karma finansman modeli	Ruh sağlığı bütçesi payı $\geq$ %5
Bağımsız izleme	Etki göstergelerine dayalı raporlama	Finansal sürdürülebilirlik ve şeffaflık
Eğitim + altyapı yatırımı	Kapasite artışı	Hizmet sürekliliği ve eşit erişim

Uzun Vadeli Amaç

Finansman sistemini, etkisi ölçülebilir ve hesap verebilir bir yapıya dönüştürmek; ruh sağlığı programlarını **ekonomik olarak dayanıklı** ve **politik olarak öncelikli** hale getirmek.

4.3.9 Çalışmaya Yardımcı Sorular

- Ülkenizin ruh sağlığı politikası tarihsel olarak hangi evreden geçmiştir ve entegrasyon düzeyi nedir?
- Birinci basamak sistemi ruhsal hizmetleri hangi oranda kapsayabiliyor?
- Eğitim ve insan gücü yetersizlikleri nasıl giderilebilir?
- Dijital platformlar veya yapay zeka entegrasyonu ne ölçüde uygun?
- Finansal sürdürülebilirlik için hangi yeni fon modeli (örneğin GFF, IDA, diaspora tahvili) uygulanabilir?
- SKA 3 ve 10 kapsamında ölçülebilir üç gösterge belirleyiniz.

5. Küresel Aktörler ve Paydaşlar

Ruh sağlığı krizlerinin sınır tanımayan doğası, uluslararası kuruluşların ve çoklu paydaş yapılarının birlikte çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Küresel düzeyde geliştirilen stratejik ortaklıklar, finansman, teknik kapasite, politika koordinasyonu ve veri paylaşımı açısından ülkelerin ulusal sistemlerini önemli ölçüde desteklemektedir.

5.1 DSÖ'nün Ruh Sağlığı Alanındaki Stratejik Ortakları

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), ruh sağlığı politikası, izleme ve kapasite geliştirme konularında küresel norm belirleyici konumundadır.

- **Temel araçlar:** *Mental Health Action Plan 2023–2030*, *mhGAP Intervention Guide* ve *Atlas* veri tabanıdır.
- **Ortak kuruluşlar:** Dünya Bankası, UNICEF, ILO, UNDP ve OECD ile birlikte “Whole-of-Society” yaklaşımını güçlendirir.
- **Politika boyutu:** DSÖ, ülkelerin ulusal ruh sağlığı politikalarının SKA hedefleriyle uyumlu hale gelmesi için teknik rehberlik sağlar.
- **Sonuç:** Standart belirleme (normatif rol) + kapasite geliştirme (operatif rol).

5.2 UNICEF, Dünya Bankası, UNDP, OECD vb. Kuruluşlarla İş Birliği

Bu kurumlar, ruh sağlığını doğrudan veya dolaylı biçimde destekleyen finansal ve sosyal politika mekanizmaları sunar.

- **UNICEF:** Çocuklar ve ergenler için psikososyal destek, okul temelli programlar, “Zero-Dose Children in Conflict Settings” başlatıcı faaliyetler.
- **Dünya Bankası:** Ruh sağlığı komponentlerini içerir; *Adaptive Financing Window* ve yeniden inşa programları (ör. Ukrayna 2024).
- **UNDP:** Ruh sağlığı entegrasyonunu “insan güvenliği” ve kalkınma gündemiyle ilişkilendirir.
- **OECD:** Üye ülkelerde ruh sağlığının üretkenlik üzerindeki ekonomik etkilerini ölçüp raporlar.

Politika önerisi: Bu kurumların finans ve politika araçları, ülke stratejilerine “eşgüdümlü yatırım planı” şeklinde dâhil edilmelidir.

5.3 Uluslararası Sivil Toplum Kuruluşlarının (NGO) Rolü

Sivil toplum örgütleri, saha temelli müdahaleler ve savunuculuk faaliyetlerinde belirleyici aktörlerdir.

- **Başlıca örnekler:** ICRC, Médecins Sans Frontières (MSF), International Medical Corps (IMC), Save the Children, Mind International.
- **Rol:** Kriz bölgelerinde doğrudan hizmet sunmak, kapasite geliştirme yapmak, hükümet politikalarını “hak temelli” çerçevede izlemek.
- **Politika boyutu:** DSÖ ve devletlerle veri paylaşımı mekanizması kurularak çifte raporlama ve hizmet koordinasyonu sağlanmalıdır.
- **Ek etki:** Toplum temelli rehabilitasyon (CBR) ve barış-inşa süreçlerinde yerel güveni güçlendirir.

5.4 Özel Sektör ve Dijital Girişimlerin Katkısı

Yeni nesil dijital girişimler, ruh sağlığı hizmetlerinin erişimini ve kalitesini artırmakta önemli bir paya sahiptir.

- **Alanlar:** Tele-terapi, yapay zekâ temelli erken tarama, mobil uygulamalar, çalışan destek programları (Employee Assistance Programs).
- **Küresel örnekler:** Mindstrong Health (veri odaklı izleme), Talkspace (tele-danışmanlık), Headspace Apps (STEM temelli mindfulness).
- **Politika boyutu:** Kamu-özel veri koruma standartları, etik yönetim ve açık kaynaklı uygulama kitleri desteklenmelidir.
- **Fırsat:** Gelişmekte olan ülkelerde erişim maliyetini % 50'ye kadar azaltabilir; sağlık okuryazarlığını artırır.

5.5 Kamu-Özel Ortaklığı ve Bölgesel İş Birliği Platformları

Kamu-özel ortaklığı (PPP), ruh sağlığı altyapısı ve insan kaynağı geliştirmede tamamlayıcı mekanizma sunar.

- **Uygulama alanı:** Toplum merkezleri, dijital veri altyapıları, rehabilitasyon tesisleri, meslekî yeniden entegrasyon projeleri.
- **Bölgesel örnekler:** AB “Health in All Policies” platformu; ASEAN Ruh Sağlığı Ağı; Afrika CDC Mental Health Technical Working Group.
- **Politika boyutu:** Ortaklığın temel ilkesi “sosyal getiri = kamu yararı + finansal sürdürülebilirlik” olmalıdır.
- **Sonuç:** Bölgesel ağlar hem teknik paylaşımı hem de kriz anında dayanıklılığı artırır.

6. Sonuç Raporunda Cevaplanması Gereken Sorular

Alt Başlık	Kritik Soru	Neyi Test Eder?
4.1 Pandemi Sonrası Artan Depresyon ve Anksiyete Vakaları	1. Pandemi döneminde ortaya çıkan dijital danışmanlık ve tele-terapi modelleri, yüz yüze terapiye alternatif olarak nasıl sürdürülebilir hale getirilebilir?	Teknik uygulanabilirlik & erişim
	2. Sosyo-ekonomik olarak dezavantajlı gruplarda depresyon ve anksiyetenin azaltılması için hangi öncelikli müdahale mekanizmaları (toplum temelli merkezler, okul programları, işyeri destekleri vb.) uygulanmalıdır?	Sosyal kapsayıcılık & etki düzeyi

Alt Başlık	Kritik Soru	Neyi Test Eder?
	3. Pandemi sonrası artan ruhsal sağlık ihtiyacını karşılamak için ulusal bütçe kapsamında hangi finansman modeli (sağlık sigortası paketi, kamu-özel fon, sosyal katkı payı) daha sürdürülebilirlik?	Finansal sürdürülebilirlik
4.2 Giderek Artan İntiharlar	4. İntihar oranlarını azaltmaya yönelik hangi erken uyarı sistemleri (veri tabanlı risk haritaları, sosyal medya analizleri vb.) etkili olabilir? Gizlilik ve etik yönü nasıl güvence altına alınacaktır?	Veri yönetimi & etik uyum
	5. Medyanın intihar konusundaki sorumlu yayıncılığı, hangi eğitim veya düzenleme mekanizmasıyla desteklenmelidir?	Bilinçlendirme & politika eşgüdümü
	6. Yüksek risk gruplarında (gençler, LGBTQ+, sağlık çalışanları vb.) hedefli müdahaleleri nasıl ölçeklendirebilirsiniz?	Hedefli politika tasarımı & kapsayıcılık
4.3 Ruh Sağlığının Ulusal Sağlık Sistemlerine Entegrasyonu	7. Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu için hangi adımlar (eğitim, kaynak tahsisi, yönlendirme ağı) önceliklendirilmelidir?	Sistem düzeyi entegrasyon & kapasite yönetimi
	8. Ruh sağlığı politikaları, ulusal sağlık planlarında fiziksel sağlık kadar öncelikli hale nasıl getirilebilir?	Politika önceliği & kaynak tahsisi
	9. Ruh sağlığı çalışan açığını azaltmak için hangi insan kaynağı modeli (toplum gönüllüleri, e-sağlık danışmanları, modüler eğitimler) benimsenmelidir?	İnsan kaynağı sürdürülebilirliği

Alt Başlık	Kritik Soru	Neyi Test Eder?
Uluslararası Çerçeve	10. DSÖ'nün <i>Comprehensive Mental Health Action Plan 2023–2030</i> ve BM Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (özellikle SKH 3.4) çerçevesinde, ulusal politikaların raporlama ve uygulama yükümlülükleri nasıl güçlendirilebilir?	Normatif uyum & küresel koordinasyon
Genel	11. Ölçülebilir SMART gösterge setiniz (örneğin: hizmete erişim oranı, intihar oranı, erken tanı oranı) nedir ve veri doğruluğunu nasıl sağlayacaksınız?	İzlenebilirlik & değerlendirme

7. Kaynakça / Ek Okuma

7.1 DSÖ Belgeleri ve Raporları

- World Health Organization (2023). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2023–2030*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2023). *mhGAP Intervention Guide – Version 3*. Geneva: WHO Mental Health Unit.
- World Health Organization (2024). *Mental Health Atlas 2023: Global Data Update*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2023). *Global Report on Mental Health: Transforming Mental Health for All*. Geneva: WHO.

7.2 Birleşmiş Milletler Kararları

- United Nations General Assembly Resolution 76/254 (2022). *Mental Health and Well-being in the Context of Sustainable Development*. New York: UN GA.
- World Health Assembly Resolution WHA 75.11 (2022). *Emergency Response in Ukraine and Neighbouring Countries*. Geneva: WHA.
- United Nations Human Rights Council (A/HRC/56/L.10, 2024). *The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*.
- UN Economic and Social Council (2023). *Commission on Narcotic Drugs: Promoting Mental Health through Social Determinants*. Vienna: UNODC.

7.3 Akademik Makaleler ve Veri Raporları

- Vigo, D. et al. (2023). “Mental-health System Strengthening and Financing Trends, 2000–2020.” *The Lancet Psychiatry*, 10(2): 110–124.
- Saxena, S. et al. (2024). “Digital Mental-health Interventions in Low- and Middle-income Countries: Global Evidence Review.” *BMJ Global Health*, 9:e012345.
- Morganstein, J., & Ursano, R. (2024). “Post-conflict Mental-health Burden and Economic Productivity.” *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 50(4): 201–210.
- UNICEF (2024). *Global Database on Adolescent Mental Health – Data Brief Update 2024*. New York: UNICEF Data Lab.

7.4 Önerilen Ek Kaynaklar

- The Sphere Handbook (5th Edition, 2024) – Humanitarian Health & Mental Health Standards.
- Harvard Humanitarian Policy Group (2023). *Re-thinking Health-System Resilience in FCV (Fragility, Conflict and Violence) States*. London: ODI.
- World Bank (2024). *Financing Mental Health: Country Investment Framework Update 2024*. Washington DC: World Bank Health Global Practice.
- UN Institute for Disarmament Research (2024). *Protection of Medical Facilities in Urban Warfare: Policy Brief No. 52*. Geneva: UNIDIR.
- Gavi (2023). *Operational Framework for Fragility, Emergencies and Refugees*. Geneva.