

Süregen Psikotik Bozukluğu Olan Hastaların Tedavi, Bakım ve Uyum Sorunları Bağlamında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki Uygulamalar ve Yaşanan Güçlükler

Başak ÖZÇELİK *, Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU *, Neşe ÜSTÜN *, Tamer AKER *, Serhat ÇITAK *

ÖZET

Ülkemizde psikiyatri alanındaki hizmetlerde önemli bir paya sahip olan Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde hizmet, eğitim ve araştırma etkinlikleri birlikte yürütülmektedir. Hastanemiz tedavi imkanları bağlamında çok fazla gündeme gelmeyen uzun süreli tedavi ve yatış hizmetini de bünyesinde barındırmaktadır. Bu anlamda "kronik hasta", "kronik servis", kronik hastanın "sosyal uyumu" gibi kavramları tanımlamak gerekir. Bu yazımızda akut tedavi hizmeti veren servislerden biri olan 2. Psikiyatri servisine bağlı kronik serviste kalmakta olan 48 bayan hastaya ait sosyodemografik özellikler, yatış endikasyonları, kronik servisler Toplumsal Uyum Değerlendirme Formu sonuçları, işlevsellik düzeyleri yukarıda bahsettiğimiz kavramlar ve rehabilitasyon hizmetleri bağlamında tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler: Kronik hasta, kronik servis, uyum, rehabilitasyon

Düşünen Adam; 2002, 15(2): 85-89

SUMMARY

Both research and education facilities are provided at Bakırköy Neuropsychiatry Hospital, which plays a very important role in mental health delivery in our country. On the other hand our hospital provides long-term treatment and hospitalization. However this point is not taken into account as much as it should be. From this point of view, we must define the terms such as, "chronically mentally ill", "chronic hospitalization", and "social adaptation of chronically ill population". In this article, we are going to discuss sociodemographic variables, hospitalization indications, results of Evaluation of Social Adaptation Questionnaire, and the level of global functioning with respect to rehabilitation services and chronically mentally ill inpatients of 2. Psychiatry Clinic.

Key words: Kronically mortally ill, hospitalization, adaptation, rehabilitation

GİRİŞ

Ülkemizde yaklaşık 6-8 bin kadar psikiyatriyi ilgilendiren hasta yatağı vardır. Çeşitli bakanlık ve üniversitelere bağlı kurumlarda tedavi hizmeti verilmektedir (1). Beş merkezde toplanan Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastaneleri verilen bu hizmette önemli

bir paya sahiptir. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (BRSH) hizmet, eğitim ve araştırma etkinliklerini birlikte yürütmektedir. Hastane ayrıca ülkemizde verilen tedavi hizmetleri bağlamında çok fazla gündeme gelemeyen uzun süreli tedavi ve yatış gerektiren hastaları da bünyesinde bulundurmaktadır. Bu hastaların bulunduğu servisler

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Psikiyatri Birimi

hastane içinde önemli bir yere sahipse de ülke genelinde varolan ihtiyacı karşılamaktan uzaktır. Keza, hastaların böyle bir yapılanma içinde yaşamalarının ne derece yararlı olduğu veya bu tür bir yapılanmanın nasıl olacağı ise bir başka tartışma konusudur. Yani bünyesinde hizmet, eğitim, araştırma ve uzun süreli tedavi birimleri bulunduran bir hastanenin yapısı ve en önemlisi de ülke genelinde uzun süreli tedavi ihtiyacına nasıl bir çözüm bulunabileceği bu incelemenin açmak istediği soru ve sorunlardır.

Akut Servislerde İşleyiş

BRSH'inde psikiyatri klinikleri başlıca dört alt birimde (psikoz, nevroz, amatem ve adli psikiyatri servisleri) etkinliklerini sürdürmektedirler. Psikoz servislerinde, polikliniklerde muayenesi yapıp yatış endikasyonu saptanan hastalara kısa süreli "akut tedavi" hizmeti verilmektedir. Bu servisler dışında, genellikle bir psikotik bozukluğu veya mental retardasyonu olan hastaların uzun süreli tedavi ve bakımlarının yapıldığı servisler ise "kronik servisler" olarak adlandırılmaktadır.

Akut tedavi hizmeti verilen bazı servislerde "kapalı" ve "açık" olarak hizmet veren iki ayrı bölüm yer almaktadır. Psikotik bozukluğu olan bir hastanın yatış endikasyonu varsa genellikle kısa bir süre "kapalı" bir serviste tedavi edilmektedir. Örneğin "akut" servislerden biri olan II. Psikiyatri servisinde bir ay içinde 74 hastanın yattığı ve kapalı serviste tedavi görme süresinin ortalama olarak 8 gün olduğu saptanmıştır.

Genel olarak bir hastanın kapalı psikiyatri servisine yatırılması için gerekli endikasyonlar şu şekilde sınıflandırılabilir. Hastanın,

- 1) Hastalığına karşı iç görümsüz ve tedaviye uyumsuz olması,
- 2) Kendisine veya etrafına zarar verme riskinin bulunması,
- 3) Psikozuna bağlı olarak günlük etkinliklerinde belirgin bir bozulma göstermesi,
- 4) Davranışlarının anormal ve kontrol edilemez olması,
- 5) Yaşadığı ortamın elverişsiz ve stresli olması olarak sayılabilir (2,3).

İncelenen 74 kişilik hasta grubunun yatış endikasyonları ise % 52.7 sıklıkta etrafına, çevresindekilere zarar verme ve eksitasyondur. Yatırılan hastaların % 33.8'inde tek başına veya başka bir yatış endikasyonuna ek olarak tedaviye uyumsuzluk saptanmıştır. Hastaların % 9.5'nin özkıyım riski vardır. En sık konulan yatış tanısı % 20.3 sıklıkta Şizofreni, paranoid tip ve yine % 20.3 sıklıkta İki Uçlu Mizaç Bozukluğu Manik Hecmedir. Bu tanıları Şizofreni, dağılmış tip ve Başka Türü Adlandırılmamış Psikotik Bozukluk tanıları takip etmektedir (her ikisi de % 6.8). Yatış endikasyonu bağlamında diğer ülkelerle aramızda önemli sosyokültürel farklılıklar dikkati çekmemektedir.

Bazı ölçütlere göre hastaneye yatırılan bir hastanın yatış süresine göre hastanede tedavi görme süresi şu şekilde sınıflandırılabilir:

- 1.30 günden daha az süren yatışlar "kısa süreli yatış",
- 2.30 günden daha uzun süren yatışlar "uzamış yatış" olarak kabul edilmektedir (2).

II. Psikiyatri servisinde incelenen hasta grubu için bu oran şöyledir: Son bir ay içinde yatarak tedavi görmüş olan 74 hastanın sadece bir tanesinde uzamış yatışa gerek duyulmuştur. Bu hasta Başka Türü Adlandırılmamış Psikotik Bozukluk tanısıyla ve özkıyım riski endikasyonu ile hospitalize edilmiştir.

Kısa süreli yatışlardan bir çok hasta yarar görmekte ve hastaneye yatmadan önceki işlevselliğe geri dönebilmektedir. Bu yatışlarda hedeflenen alevlenme belirtilerinin iyileştirilmesi, hastanın başa çıkma yeteneklerinin artırılması, çevreye uyumun sağlanması, alevlenmeye neden olabilen yaşam olaylarının değerlendirilmesi, tedavi planının hazırlanması, ayaktan tedaviye uyumun sağlanmasıdır.

Uzamış yatışın endikasyonları ve amaçları

Uzamış yatış: Kısa süreli yatışlardan yarar sağlamamış hastalar bu tür yatışlara gerek duyarlar. Tüm psikiyatrik hastalar içinde bu grup % 10-30 oranındadır.

Uzamış yatış endikasyonlarını belirlemede hastanın aldığı tanı yeterli değildir. Hangi hastaların kısa süreli, hangi hastaların uzun süreli yatırılacağı konusun-

da endikasyonlar şu şekilde belirlenmiştir (5):

1) Çevresel etkenler

- Tedaviyi engelleyen, hastaya destek olmayan, kaotik bir aile sisteminin olması veya herhangi bir aile sisteminin olmaması.
- Çeşitli hastane sonrası destek sistemlerinde eksikliklerin olması.

2) Tedavi ile ilgili etkenler

- Farmakoterapi, psikoterapi, kısa süreli yatış gibi önceki tedavi girişimlerinin başarısız olması.
- Önemli tedavi komplikasyonlarının ortaya çıkması.
- Mesleki ve sosyal rehabilitasyona gerek duyulması.

3) Hastalığın şiddeti ile ilgili etkenler

- Olağandışı şiddette ve tedavi ile kontrol altına alınamayan impulsif ve psikotik belirtilerin varlığı.
- Israrlı ve sürekli suisidal, kendine zarar verici ve şiddet içeren davranışların varlığı ve bunların daha önceki tedavilere dirençli olması.
- Hastalığa şiddetli bir kişilik bozukluğunun eşlik etmesi.
- Geniş bir mesleki ve sosyal rehabilitasyon olmasızın hastane dışında işlevselliği olmayan ve hastalıkları süregelen bir seyir kazanan şizofreni hastaları.
- Tedaviye dirençli Borderline Kişilik Bozukluğu tanısı almış olan hastalar.

BRSB özelinde ve ülkemiz genelinde bu endikasyonlar arasında az ya da çok bir benzerlik olduğundan söz edebiliriz. Bununla birlikte özellikle son birkaç on yıldır gözlenen değişiklikler ülkemiz hastanelerinde verilen hizmetin niteliğini ve kalitesini de önemli ölçüde etkilemektedir. Bu değişiklikler içinde özellikle hasta ve hasta yakınlarının beklentileri önemli bir yere sahiptir.

Ülke dışı kaynaklara göre hastaneye yatarak görülen tedaviden beklentiler ve bu anlamda hastaneye yatışı kolaylaştırıcı etkenler hastalar ve doktorlar tarafından aşağıdaki şekilde sıralanmıştır: (Sayılar verilen önem sırasını belirtmektedir) (6).

Yandaki sıralamadan da anlaşıldığı gibi hastalar için öncelikli olan çevre ile ilişkidir. Ülkemizde de bu tür

| Hasta | | Doktor |
|-------|--------------------------|--------|
| 1 | Yeni bir çevre | 2 |
| 2 | Hemşireler ile etkileşim | 4 |
| 3 | Hastalar ile etkileşim | 6 |
| 4 | Bireysel psikoterapi | 3 |
| 5 | İlaç tedavisi | 1 |
| 6 | Yaratıcılık terapisi | 10 |
| 7 | İş terapisi | 8 |
| 8 | Hemşire bakım programı | 5 |
| 9 | Grup terapisi | 9 |
| 10 | Meggüliyet terapisi | 11 |
| 11 | Servis içi grup terapisi | 7 |
| 12 | Psikodrama | 12 |

beklentileri bilmeye ve çeşitli hasta grupları için bunlara yönelik düzenlemeler yapmaya gereksinimimiz vardır. Ancak hasta ve yakınlarının bir psikiyatri hastanesinden beklentilerinin değişmeye başladığını, hastalıklar hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak istediklerini, ilaç tedavisine ek olarak farklı tedavi seçenekleri aradıklarını rahatlıkla söyleyebiliriz. Bir diğer "sessiz" talep ise yeterli sosyal desteği olmayan, ancak tedavi ve destek ihtiyacı içinde bulunan ve kronik hastalıkları olan kişilerin beklentileridir.

"Kronik Hasta", "Kronik Servis" kavramları ve Kronik Hastaların Sosyal Uyumunu

Yatış endikasyonları, süreleri ve beklentiler dışında değindiğimiz ancak biraz daha açılması gereken bir diğer kavram ise "Kronik Hasta"dır. Bu kavram içinde değerlendirilebilecek olan hastaları belirlemenin birkaç değişik yolu vardır. Geçerliliği olan iki ölçüt şunlardır:

1) Şizofreni veya Majör Duygu Durum Bozukluğu tanısının konmuş olması,

2) Hastanın ailenin maddi desteğine ve/veya sosyal güvenceye bağımlı olması (7).

Kronik hastayı tanımlamanın bir başka yolu ise üç boyutlu yaklaşımdır. Birinci boyut tamsal değerlendirilmez. Hastanın ciddi bir ruhsal hastalığının olması gerekmektedir. İkinci boyut hastanın toplumsal ve mesleki açıdan işlevselliğinin yetersiz olmasıdır. Üçüncüsü ise belirtilerin süresi ve hastaneye yatış sıklığıdır. Hastanın bu alanlarda ciddi anlamda zorluklarının olması gerekir. Özetle kronik hasta ciddi düzeydeki kalıcı akıl hastalığından zarar görmektedir. Kendine bakım, kişiler arası ilişkiler, iş, okul gibi

günlük hayattaki işlevsel kapasitesi bozulur. Sıklıkla uzamış hastane bakımına veya psikiyatrik tedaviye gereksinim duyar (4,6).

Kronik hastaların çoğunda, hastalığın pozitif belirtileri tedavi ile kaybolursa da, toplumsal ve mesleki yetersizlikler devam eder. Yaşamları süresince zaman zaman ve kısmi olarak ruh sağlığı merkezlerine ve sosyal servislere bağımlıdırlar.

BRSH "Kronik servislerinde" kalmakta olan hastaların bu tanımla büyük oranda benzeştiği görülmektedir. 2. Psikiyatri birimine bağlı olan kronik serviste kalmakta olan toplam 48 kadın hastanın yaş, tanı, hastanede kalış süreleri, sosyal güvence ve sosyal desteklerinin olup olmadığı gibi sosyodemografik özelliklerinin bir dökümü yapılmıştır. Hastaların toplumsal uyumlarını ve yetersizlik düzeylerini ölçmek amacıyla Kronik Servisler Toplumsal Uyum Ölçeği uygulandı ve bu ölçeğin toplam skoru genel toplumsal uyum skoru olarak kabul edildi. Aynı zamanda hastaların işlevleri bütünsel olarak değerlendirildi.

Birimimize bağlı kronik servise yatırılan hastaların yatış endikasyonları akut yatış endikasyonları ile benzeştiği görülmektedir. 48 hastanın ortalama hastanede yatış süreleri 16.6 yıldır. % 77.7'sinin tanısı Şizofreni, % 12.5'nin nun tanısı ise Mental Retardasyon olarak tespit edilmiştir. Geriye kalanlar ise Mizaç Bozukluğu, Demans ve Atipik Psikoz tanıları ile takip edilmektedir.

Kronik serviste yatan bu hastaların % 27.1'nin sosyal güvencesi vardır. % 47.9'unun herhangi bir yakını yoktur. % 18'nin ise yakını olduğu ancak ilgisiz oldukları ve ziyarete bile gelmedikleri tespit edilmiştir. % 12.5'nin yakınları ziyarete gelmekte ve maddi destek yapmaktadır.

Sosyal işlevsellikleri ve yaşam kaliteleri incelendiğinde hastaların % 60.4'nün karşı cinsle ilişkisi ve cinsel yaşantısının hiç olmadığı, % 79.2'si servisten dışarı çıkmadığı veya nadiren çıktığı ve çok az etkinlikte bulunduğu anlaşılmıştır. % 72.9'u ise etkinliklere (bulaşık yıkama, servis işlerine yardım...) en fazla birkaç kez katılmıştır. Hastaların % 4.2'si servis çalışanları ile hiç ilişki (selamlaşma, konuşma) kurmamaktadır. Ancak % 20.8'i yakın ilişki kurmaktadır.

Genel toplumsal uyumları % 60.4'ünde orta düzeydedir. Sadece % 16.6'sı çok uyumlu veya tamamen uyumlu olarak değerlendirmiştir. İşlevselliklerinin bütünsel değerlendirmesi ise ortalama 58.5 olarak saptandı. Toplumsal uyum ölçeğinde ki toplam skorlara baktığımızda ortalama 15 değeri (Ölçekte minimum 6, maksimum 30 puan elde edilir) elde edildi.

Yakınları ilgili olan hastaların uyum ölçeği skorlarının, aynı cins arkadaşlarla ilişkilerinin, hastane içi etkinliklere katılımlarının daha iyi olduğu tespit edildi. Arkadaş ve servis çalışanları ile ilişki arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu tespit edildi. Bu unsurlar ile toplumsal genel uyum arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi.

Araştırmamızdaki veriler genel olarak hastaların toplumsal uyumlarının düşük olduğu yönündedir. Bu değerlendirme ise uzun süredir kalmakta oldukları koşullarda yapıldığı için, bu hastaların "gerçek" toplumsal uyumlarının nasıl olacağı tartışmaya açık bir sorudur. Daha sağlıklı kişiler arası ilişki kuranların ise, aynı koşullarda bile olsa toplumsal uyumlarının görece daha iyi olması dikkat çekicidir. İlişki becerileri, canlandırılması gereken bir konu olarak karşımızda durmaktadır.

Rehabilitasyon Çalışmaları ve Psikososyal Örgütlenme

Talbott ve Glick (1988) uzamış yatışın doğurduğu bazı risklerden söz etmektedirler:

- 1) Maliyet
- 2) Hastanın hastaneye aşırı bağımlı hale gelmesi
- 3) Hastanın hastalığı ile baş etme becerisinin baskılanması
- 4) Hastanın "kurumsallaşma sendromuna" girmesi ve topluma uyumunun gittikçe güçleşmesi.

Ülkemiz gerçeğinde özellikle şizofreni gibi bir hastalığın maliyetini belirleyebilmek oldukça önemli güçlükler içermektedir. Hastaneye bağımlılık, baş etme becerilerinin baskılanması ve kurumsallaşma sendromunun yaşanması da gerek hastaların yaşam kalitelerini bozması gerekse maliyet oranlarını artırması ve ihtiyaca cevap vermemesi açısından önemli konulardır. Bu dört belki de daha fazla konu üzerinde yoğunlaşarak "kronik hastalara" yönelik ruh sağlığı

politikalarının hayata geçirilmesi yararlı olacaktır. Bunun için çeşitli rehabilitasyon yöntemlerinin uygulanması önem kazanmaktadır. Psikiyatrik rehabilitasyonun, işlevselliği mümkün olan en iyi seviyeye ulaştırabildiği bilinmektedir. Bunun için öğrenme kuramlarına dayalı çeşitli yöntemler ve çevresel destek sistemleri kullanılır. Amaç hastanın beceri kazanması, hastayı destekleyen yaşama ve çalışma ortamının oluşturulması, gerçekçi bir şekilde erişilebilecek işlevsellik seviyesine uyum yapmasını sağlamaktır.

Kronik hastaların rehabilitasyonunda ilk basamak doğru tanı ve doğru ilaç tedavisidir. Daha sonraki basamak, bu hastalara en iyi rehabilitasyon hizmetinin verilebilmesi için, "İşlevsel Değerlendirmenin" doğru yapılmasıdır. İşlevsel değerlendirme kavramı, hastanın maksimum bağımsızlığı için gerekli işlevsel alanları etkileyen problem davranışları anlamamız için bir anahtardır. Hastanın aile içindeki ilişkileri, toplumda arkadaşları ile ilişkileri, mesleki becerileri ve boş zamandaki etkinlikleri değerlendirilir. Bunu yaparken, bu alanlardaki davranışlar hakkında yapılandırılmış görüşmeler yapılır. Davranışlar direk gözlenir. Hastanın kendisini gözlemlemesi istenir. Derecelendirme ölçekleri, soru formları kullanılır. Problemler saptanıp spesifik hedefler oluşturulur ve planlama yapılır (8).

Beceri eğitimi temel stratejidir. Bunun içinde kendine bakım, hastalığın belirtileri ile başa çıkma, aile, arkadaşlar arası ilişkiler, sohbet, iş takibi, para idaresi, tek başına yaşama, yaratıcılık ve boş zaman değerlendirme becerileri, ulaşım yollarını kullanma, kamu kurumlarından yararlanabilme sayılabilir. Ayrıca, aile tedavileri, sosyal ve yaşam beceri eğitimleri, psikolojik eğitim grupları, mesleki rehabilitasyon yöntemleri, barınma atölyeleri ve diğer psikososyal rehabilitasyon yöntemleri hastaların topluma uyum sağlamasında ve bağımsız yaşama becerilerini geliştirebilmelerinde önemli olan uygulama ve düzenlemelerdir (9).

Ancak ülkemizde "kronik hastaların" rehabilitasyonlarına ve psikososyal tedavilerine yönelik uygulamalar yok denecek kadar azdır. Bu alanda, BRSH'nin yıllar önce elinde bulundurduğu olanaklar da (yarı yol evleri, gündüz hastanesi vb) artık kullanılmamaktadır.

Ülke genelinde ise böyle bir yapılanma bulunmamaktadır. Bu durum, ruh sağlığı hizmetlerinde bir tıkanmaya da yol açabilecek önemli bir sorun olarak durmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü her ülkede genel nüfusun binde biri oranında psikiyatri hastası yatağı bulunmasını önermektedir. Bu durumu ile Türkiye'de 65 bin psikiyatri yatağı olması gerekmektedir. Bu sayının çok gerisinde olduğumuz gibi, yatak kapasitesinin önemli bir bölümüne sahip olan Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerinin yataklarının önemlice bir bölümü uzun süredir yatan kronik hastalara ayrılmıştır. Bu, işlevsel durumdaki yatak sayısını azaltmakla birlikte, uzun süre yatması gereken hastaların ihtiyaçlarını karşılamaktan da uzaktır. Ayrıca, hastane ile hasta arasında yeterli yapılanmaların (yarı yol evleri, gündüz hastanesi, poliklinikler, psikososyal tedavi ve takip merkezleri gibi) hem kısa süreli tedavi ihtiyacı olan hastaların hastaneye duydıkları ihtiyacı artırmakta, hem de "kronik hastaların" tedavi ve topluma uyum sorunlarını güçleştirmektedir. Bu yazıda BRSH'daki mesleki uygulamalarımız ve gözlemlerimizden yola çıkarak "kronik hastalarla" ilgili önemli bir sorunu gündeme getirmeye çalıştık. Sorunu çözmek için ise birlikte bazı ruh sağlığı politikaları geliştirmemiz gerekir çünkü "...Bir kişilik, o kişinin yaşadığı ve var olduğu insanlar arası ilişki bütününden hiçbir zaman izole edilemez." (Harry Stack Sullivan).

KAYNAKLAR

1. Erkoç Ş: Şizofreni Bülteni. Haziran 2000 sayı 4.
2. Menger WC: Role of the psychiatry hospital in the treatment of mental illness. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Kaplan HI, Sadock JB. Williams&Wilkins 2:2690-2719, 2000.
3. Gabbard GO: Splitting in hospital treatment. Am J Psychiatry 146:444, 1989.
4. Liberman N: Psychiatric rehabilitation. Comprehensive Textbook of Psychiatry, Kaplan HI, Sadock JB. Williams&Wilkins 2:2690-2719, 2000.
5. Gabbard GO: Comparative indications for brief and extended hospitalization. Review of Psychiatry, Tasman, Riba (editors). American Press 11:507, 1992.
6. Leonard DJ: What helps most about hospitalization?. Compr Psychiatry, 1973; 15:365. Kaplan and Sadock's Textbook of Psychiatry 2:2695, 2000.
7. Haddock G, Slade PD: Cognitive and behavioral interventions with psychotic disorders. Routledge, London 1994.
8. Brenner HD, Hodel B: Integrated cognitive and behavioral interventions in the treatment of schizophrenia. Psychosocial Rehabilitation Journal 13(3):41-3, 1990.
9. Falloo IRH, Fadden H: Integrated mental health care: Comprehensive community based approach. Cambridge University Press, 1993.