

Ruh Hastaları ve Türkiye

M. Emin CEYLAN *, Melek K. VARDAR **

Bugün Türkiye'de ortalama bir milyon aile, sessiz sedasız bir problem yaşamaktadır. Bazen hastane, bazen polis, bazen de mahkeme kapıları bu ailelerin üyeleriyle doluyor. Sürgit bir hastalığa sahip aile üyelerinden birisinin bakımı peşinde bütün bir ailenin geçirdiği verimsiz yıllar ülkenin geleceğini sürekli olarak kemirmektedir.

Yetersiz yatak sayısı, ruh sağlığı yarasından yoksun bir işleyiş, reformunu tamamlayamamış psikiyatri hastaneleri, yetersiz ayaktan tedavi sistemi, hiç olmayan toplum psikiyatrisi, çalışmayan sosyal hizmetleri ve yok sayılabilecek bilimsel aktiviteleri ile ülkemiz psikiyatrisinin bugünkü haliyle hastalarımız ve ailelerine çözüm bulma umudu giderek zayıflamaktadır.

Hastaların bir grubunun hastalığı süregelen bir özellik kazanmıştır. Gençlerimizin azımsanmayacak grubu uyuşturucu madde bağımlılığına sürüklenmiştir. Aileler, çocuklara ve gençlere rehberlik yapma özelliklerini giderek kaybetmektedir. Gerek üniversitelere, gerek bakanlıklara bağlı psikiyatri kurumları örgütlenme olarak eskimiş ve gereksinimlere cevap verecek yenileşmeyi tamamlayamamıştır.

Hastane sonrası bakım anlayışı; evsizler gibi risk gruplarına yönelik programlar ile gündüz hastaneleri, yarıyol, sığınma ve hemşire evleri gibi kurumlaşmalar ülkemiz için az tanınmış konulardır.

Psikiyatri hastalarına karşı tavır, entelektüel çevrelerde ilgisizlik, feodal çevrelerde ise kıyım derecesindedir.

Dünya'da ve ülkemizde ruhsal hastalıklar, toplum içindeki sıklık ve kişilerde yarattığı yeti yitimi ile topluma malolan ekonomik yük açısından ilk sıraları almış durumdadır. Bu yükün ayrıntılarına girebilmek için, toplumsal maliyeti en yüksek psikiyatrik hastalıklara, genel bilgiler vererek bir gözatmakta fayda

vardır.

Bu yazıda önce ruh hastalıklarını kısaca tanıtmaya çalışacak, bu girişten sonra da ilgili kişilere sorunun büyüklüğünü ve zaman geçtikçe elden kaçan çözümlü hatırlatmaya çalışacağım.

ŞİZOFRENİ VE ALKOLİZM

Şizofreniyi ele alalım. Bugün ABD'de 2-4 milyon arasında şizofren hasta olduğu ve bunların Amerikan toplumuna yıllık maliyetlerinin 30-40 milyar dolar civarındadır. Ülkemizde ise şizofren hasta sayısının 500 bin, yıllık toplumsal maliyetin de en az yarım ile bir milyar dolar civarında olduğu hesap edilmektedir.

Şizofreninin, evlerde yaşayan kişilerde görülme oranı % 1'dir.

Kurumlarda (huzurevi, hastane, hapisane v.b.) kalanların arasında ise şizofreni görülme oranı %4,5 psikiyatri hastanelerinde ise %15'dir. Hastalık 20 yaşlarında başlıyor ama, en sık 30-45 yaşları arasında görülüyor. Hiç evlenmemiş kişilerle, dullarda evli ya da boşanmış kişilere göre 2-3 kat daha fazla bulunuyor. Eğitim durumu göz önüne alındığında ise yüksek öğrenim grubu içinde, diğer bütün eğitim gruplarına göre 1-3 kat daha düşük oranlarda görülüyor. Sosyoekonomik olarak üst grup içinde en düşük, alt grup içinde ise en yüksek oranlarda bulunuyor. Ama bu neden değil, belki bir sonuçtur. Yani şizofren hasta zaman içinde ailesinin ekonomik potansiyelini tüketip, onun alt sınıflara doğru kaymasına neden olabilir.

Gelelim alkolizme: Toplumdaki oranı %5-7'dir. Alkol kullanmanın en sık rastlanan şekli, yalnızca davetlerde arkadaş toplantılarında içilen şekli, sosyal içiciliktir. Bütün alkol kullananların içinde bunların oranı %50-75 arasındadır. Ağır alkolizm %10, alkolü bırakmışlar ise %5-10 oranında bulunur.

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Servis Şefi, Doç. Dr., ** 4. Psikiyatri Asistanı

Alkolizmin ilk işaretleri, genelde 15-19 yaşları arasında görülür. Kadınlar erkeklere göre alkole daha geç başlar. Alkolü bırakabilenlerin yarısından fazlası, alkolü beş yıldan daha kısa süre kullanmışlardır. Tedavi için ilk başvuru genellikle alkolizm başladıktan yıllar sonra olmaktadır. Bu da eğitimin son derece önemli olduğunu düşündürmektedir. Alkoliklerin yaklaşık yarısı ikinci bir psikiyatrik hastalığa sahiptir. Her beş alkolikten birisi; esrar, eroin, kokain ve de uyarıcı ilaçlar kullanmaktadır. En yoğun kullanılan da esrardır. Diğer taraftan her üç esrar kullanıcıdan birisi de alkoliktir. Alkolizm depresyonla birlikte ise, bu hastaların alkolizm için tedaviye müraعاتı daha siktir. Alkolizm, psikopatlıkla birlikte olduğunda bu hastaların tedavi istekleri çok düşüktür. Kadın alkoliklerin, erkeklere göre daha yüksek oranda ikinci bir hastalığa sahip olduğu görülür. İkinci hastalık da sık olarak depresyon ve fobidir.

Erkeklerde alkolizm önce başlayıp, üzerine depresyon binmekteyken; kadınlarda tam tersi olmakta ve önceden başlamış depresyonun üzerine alkolizm binmektedir. Psikopatlar, alkole 4-5 sene erken başlamakta ve daha uzun süre ve yoğun şekilde içmektedirler.

Yüksek eğitim grupları içinde ve istikrarlı bir evliliği olan kişiler arasında oran düşüktür. Buna karşılık evlenmeden bir arada yaşayan kişilerde siktir. İleri ülkelerde her üç alkolikten birisi bu özelliği gösterir.

Bizde de durum farklı değildir. Evli kadınlar; kendileriyle ilgili probleminden çok, eşleriyle ilgili sorunlardan içerter. İlginç olarak şehirlerde; gençler arasında, erişkinlere göre daha sık iken; köylerde genç ve erişkinler arasında fark yok gibidir.

Ülkemiz hızlı biçimde geleneksel değerlerini kaybetmekte ve yoz televizyon kültürü altında bunalmaktadır. Bu durum, gençleri alkole ve uyuşturucuya itmek için ideal bir bataklık oluşturmaktadır. Durum şimdi yalnızca çocuğu olanları korkutmaktadır ve çocuklu, çocuksuz bütün politikacıları erken ürkütübilirse, gelecek için bir umut yine de görüyorum.

DEPRESYON

Bilindiği gibi depresyon Dünya'da ve ülkemizde en yaygın hastalıklardan birisidir. Ülkemizde her 10 kişiden birisi tedaviye gereksinim gösterecek kadar

ciddi depresyon içindedir. Buna rağmen, hastaların az bir kısmı hekime başvurmakta ve ne yazık ki küçük bir grubu doğru tanınmaktadır. Hekimin depresyon tanısı koyduğu bazı hastalarda uygun tip ya da dozda bir ilaç kullanmadığı görülmektedir. Örneğin ülkemizde, depresyonu ruhsal bir hastalık olarak tanıyan kişi oranı kasabalarda % 32, dağ köylerinde ise ancak % 4.5'dur. Depresyonu tanıyıp bir hekime başvurmak gerektiğini söyleyenlerin oranı ise ancak % 50'ye çıkabilmektedir. Yani depresyonu tanıyanların bile ancak yarısı uygun bir tedavi yönü seçebilmektedir. Kalan yarısı ise ya bir hoca ya da aile büyüğüne başvurmayı ya da hiçbir şey yapmamayı yeğlemektedir. Bu durumda halkımızın çok önemli bir oranı ya depresyonu tanınamakta ya da tanısa bile, uygun çözüm yollarını seçememekte ve süregelen bir depresyon içinde kilitlemektedir diyebiliriz.

Bundan daha da kötü olanı, depresif kişilerin, önemli oranda psikiyatristlerin dışındaki hekimlere başvurması ve uygun bir tedavi alamamalarıdır. Ankara'da, sosyalizasyon uygulamalarının en gelişmiş olduğu Kazan Sağlık Ocağı'nda, 1981'de bir yıl boyunca yalnızca bir hastaya depresyon tanısı konulmuştur.

Yeni kurulan pek çok üniversitede, yataklı bir psikiyatri kliniği yoktur. Yani o üniversitenin tıp öğrencileri hiç yatan bir depresif hasta izlemeden doktor olmaktadır. Hoş psikiyatri servisi olan fakülte öğrencilerimizde, klinikte depresyon takip etmek yerine, hiç hastaneye bile uğramadan TUS sınavlarına çalışmakta ve hastaya dokunmadan doktor olmaktadır. Onun sonunda da Kazan'da olduğu gibi, elinin altından geçen depresyonları tanımadan pek çok insanın intiharına neden olmaktadır. Özet olarak, ülkemizde depresyonla ilgili şu gerçekler öne çıkmaktadır.

- Depresyon yaygın bir sağlık sorunudur ve Türkiye'de yaklaşık %5 gibi yüksek bir oranda görülür.
- Buna rağmen depresyon halk ve hekimler tarafından yeterince tanınmamaktadır. Bunun sonucunda da hastalığın topluma ve ülkeye maliyeti gereksiz yere yüksek boyutlara çıkmakta, çünkü hastalık sürgit özellik kazanmaktadır.
- Halbuki depresyon tanınabilir ve basitçe tedavi edilebilir bir hastalıktır.
- Depresyonun tanınması, tedavisi ve hastalara daha

kolay ulaşılması ancak halkın ve hekimlerin eğitimi ile mümkündür. Bu noktadan hareketle hekimleri eğitmek ve hastalığın toplum ve devlete olan maliyetini düşürmek gerekmektedir.

DİSTİMİ

Bizim insanımız, hatta çoğu kez bizim doktorumuz distimiği bilmez. Halbuki distimi Türkiye için önemli bozukluktur. Nasıl nu? Okuyun hak vereceksiniz bana.

Distimi, 25 yaşın altında, kimi zaman, ta çocuklukta başlayan depresif karakterde bir mizaç bozukluğudur. Hastalık belirtileri; en az iki yıl süren iştah azalması ya da aşırı yeme, uykusuzluk ya da aşırı uyku, isteksizlik, yorgunluk, kendine güvende azalma, yoğunlaşma güçlüğü, karar vermekte zorlanma ve ümitsizliktir. Hastalık, uzun yıllar tanınmadan kalabilir. Hastalar, silik belirtilerle önemli sosyal yetersizlikler yaşayabilir. Kapasiteleri olmasına rağmen beklenen sosyal ve ekonomik konuma bir türlü ulaşamazlar. Çünkü başarı için gerekli girişkenliği, yaşadıkları eşik altı depresif durum nedeniyle yerine getiremezler. Durumu bir hastalık olarak görmedikleri için tedavi de olmazlar. En önemli nokta da, içinde buldukları bu yapı ile diğer psikiyatrik bozukluklara, normal kişilere göre daha duyarlı olmalarıdır.

Gençlik döneminde hem kız hem de erkeklerde eşit orandayken yaşla birlikte kadınlarda iki kat fazla görülmeye başlar. Distimiklerin muhtemelen anne ve/veya babalarında da distimi ya da alkol bağımlılığı öyküsü vardır. Kimi zaman da hastalar görme ya da işitme engellidirler ya da erken çocuklukta yaşanmış anne baba yokluğu gibi bir psikolojik zedelenme sahibidirler. Hastalık sinsi bir başlangıç gösterir, zaman içinde kişinin bütün hayatını kapsayacak bir nitelik kazanır. Toplum içindeki her 30 kişiden birisi distimiktir. Düşük sosyoekonomik gruplarda fazla görülür. Hastalık eğer süregelen bir nitelik kazanırsa, aile içi çatışmalara, parçalanmalara, işsizliğe neden olabilir.

Tedavi edilmemiş distimik hastanın yıllık maliyeti yüksek boyutlardadır. En başta iş ve verimlilik kayıpları gelir. Hastalar, bir dizi yanlış konsültasyon ve organik test önerilen kişilerdir. Bu testlerin hastalık tedavi edilmedikçe tekrarlanıp durması, ülkemize (yaklaşık 1.5 milyon distimik düşünüldüğünde) yüksek bir ekonomik maliyet getirmektedir. Distimik

hastaların üçte ikisi, başka nedenlerle tedavi görmekte, ancak distimi nedeniyle tedavi görmemektedirler. Bu da intihar riskini arttırmakta, toplumsal maliyeti yükseltmektedir.

Distimik bir hastanın intihar riski, normal kişilere göre 30 kat daha fazladır. İyi bir tedavi için güçlü bir hasta-hekim ilişkisi önkoşuldur. Buna rağmen distimi, psikiyatristler tarafından bile zaman zaman tanınmamaktadır.

Psikiyatristler arasındaki genel kanı ülkemizin bir histerik insan cenneti olduğu şeklindedir. Kişisel olarak, ülkemizin aynı zamanda bir distimi cenneti olduğunu düşünüyorum. Hayattan zevk almanın her türlü yolunu kendine kapatmış, gülmeyi bir hafiflik sayan, yeteneklerini geliştirmeyi ve bireyselliği yeren bir toplumun üyelerinin çoğunlukla distimik olmaktan başka bir "kader"lerinin bulunmayacağını düşünüyorum. Zaten bazı meslektaşlarımızda da, toplumda böylesine yaygın bulunan bir tablonun patolojik bile sayılmaması gerektiği şeklinde bir kanaat bile vardır.

Geçelim daha seyrek görüldüğü halde, çalışan nüfus içinde önemli işgücü ve verimlilik kayıplarına neden olan bir başka ruhsal hastalık grubu, panik ve korku bozukluklarına.

Panik ve korku bozukluklarının toplum içindeki yaygınlığı % 1 civarındadır. Hem panik hem de korku bozukluğu kadınlarda daha sık görülür. Panik bozukluğu yaşlılarda oldukça seyrektir. Bunun bir açıklaması panik bozukluklu hastaların çoğu zaman kalp-damar hastalığı da taşımaları ve ileri yaşlara kadar pek yaşamamış olmalarıdır. İkinci bir açıklama ise yaşlıların panik yaratacak olaylara karşı uzun zaman içinde duyarsızlaşmış olmalarıdır.

İleri yaş erkeklerde panik yok denecek kadar seyrektir. İleri yaştaki kadınlarda ise az da olsa hastalığa karşı duyarlılık devam eder. En sık 30-45 yaşları arasında görülür.

Korku bozukluklarında da ileri yaşlarda belirgin bir azalma olur, ama bunda panik bozuklukta kadar yaşlar arasında belirgin bir fark görülmez. Yani korku bozukluklarını her yaşın hastalığı olarak görebiliriz.

Şiddetli korku bozukluklarının içinde fare, böcek ve yılan gibi hayvanlara karşı duyulan korkular ilk sıradadır (% 6). Daha sonra yükseklik ve kapalı yer korkuları gelir (% 2.5). Her otuz kişiden birisinde otobüsle seyahate karşı, her elli kişiden birisinde de topluluk önünde konuşma korkusu vardır.

Panik ve korku bozukluğu; eğitimi düşük gruplar içinde sık gözlenir. Bunun nedeninin, çevre üzerindeki kontrolü kaybetme ve çevredekilerin kontrolüne girme duygusu olduğu ifade edilmektedir.

Etnik gruplar dikkate alındığında ise, küçük etnik gruplar içinde korkunun daha büyük olduğu görülür. Yani etnik gruptaki kişilerin sayısı azaldıkça korkuları artmaktadır. Buna karşılık, büyük etnik gruplar içinde saldırganlık duygusunun arttığını söyleyebiliriz. Yine, ekonomik olarak bağımlı kişilerde; gerek stresin yüksekliğinden, gerekse toplum içi güvensizlik duygusundan kaynaklanan korkular olabilir.

Panik bozukluklu hastaların önemli oranda hastanelere yatışı söz konusudur. Panik atakları geçiren her altı kişiden birisi, korku bozukluğu olan her 25 kişiden birisi, bir yıl içinde bir kez psikiyatri hastanesine yatarak tedavi görmüştür.

Ülkemizde panik ve korku bozuklukları oldukça sıktır. Ama özellikle topluluk önünde konuşma korkusu ve sosyal fobi neredeyse ulusal bir hastalığımızdır.

RUH HASTALARININ DURUMU

Ülkemizde psikiyatrik bozukluklar, diğer hastalık gruplarıyla karşılaştırıldığında en yaygın bulunan, en fazla yeti yitimine neden olan, en çok sosyal ve ekonomik zarar yaratan hastalıklardır. Ayrıca hastaların, hastalığın uzmanı olmayan hekimlere başvurma oranı çok yüksek olduğu gibi, tamamen hekim dışı kişilere başvuru oranı eğitilmiş kişilerde bile, inanılmaz derecede fazladır. Bu durum hastalıkların süregelenleşme oranını arttırmaktadır. Ancak son zamanlarda her türlü toplum kesiminden, fakat özellikle orta sosyoekonomik gruptan psikiyatriste başvuru yükselme eğilimine girmiştir.

Bu sınırlı eğilimi dışarıda bırakırsak psikiyatrik hastaların önemli grubunun hekime ulaşmadan, fakat hastalığının da farkında olmadan yaşadığını; bir baş-

ka grubun da hekime gitsen bile, bunun uygun bir hekim olmadığı, bundan ötürü de yetersiz ya da yanlış tedavi gördüğünden bahsedebiliriz. Yetersiz tedavi beraberinde yetersiz bakımı getirmekte ve pek çok hasta muhtemelen çok erken yaşlarda kaybolup gitmektedir. Daha da önemlisi özellikle kırsal kesimde, yetersiz tedavinin sonunda düzelmeyen hastalar "iyileşir" umuduyla evlendirilmekte ve bu evliliklerden doğan potansiyel hasta pek çok çocuğun sokaklara dökülmesine neden olmaktadır.

Buna rağmen yine de kırsal kesimde, geleneksel olarak kendiliğinden varolan sosyal destek sayesinde hastalar doyurulup, giydirilmekte ve onlara karşı genel bir hoşgörü eksik edilmemektedir. Aslında en zor durumdaki hastalar şehirlerde geleneksel yapısını kaybetmiş, aynı anda ekonomik yeterliliği de yakalayamamış ailelerin hastalarıdır.

Bütün bunlara ek olarak katı kuralları olan feodal nitelikleri baskın ailelerde de hastaların ızdırap içinde bulunduğunu söylemek mümkündür. Sorunun dışarıya yansımaları engellemek için hastaların bir odaya kilitlendiklerini, tam bir zindan haline getirilmiş bodrum katlarına zincirlendiklerini ya da ahırlarda hayvanların yanına bağlandıklarını görüp duymuş çok insanımız vardır. Özellikle kadın hastalar, tecavüz edilip aile şerefini "on paralık" edecekleri korkusuyla tam bir pranga hayatına mahkum tutulmaktadırlar.

Bugün ülkemizde ruhsal sorun sahibi ortalama 8-10 milyon kişi vardır. Bunların da yarısı ağır bir ruhsal bozukluk sahibidir. Bu durumda 5 milyon kişinin tedavisi gerektiren bir hastalığı bulunduğunu düşünmemiz gerekir. Ancak hastaların muhtemelen yarısından daha azı uygun bir psikiyatrik tedavi görmektedir. Yani milyonlarca hasta hiçbir tedaviden geçmeden evlerimizde yaşamakta, sokaklarda dolaşmakta, çöplüklerde sabahlamaktadır. Milyonlarca hastaya, çağdaş ruh sağlığı hizmeti hala ulaşmamıştır. Hasta ailelerinin yarıya yakını; ağır bir ruhsal hastalık halinde her zaman hoca ya da medyumlara başvurmaktadır.

Medyumların bir kısmı hastalara "okunmuş su" niyetine içinde asabiye ilacı olan "norodol" damlatıp verirken, bazı hekimlerimiz de ilacı almadan önce "şöylece bir namaz dualarını hatim edivermelerini" öneriyor hastalarına. Yani neresinden baksanız

güllenecek, günlere düşünülecek, korkulup ürkülecek bir karikatürün karşısında hipnotize olmuş oturuyor gibiyiz.

Ülkemiz psikiyatrik yatak oranları, psikiyatrist sayısı ve hastane tedavisi sonunda gerekli sosyal kurular yönünden batı ülkelerine göre çok gerilerdedir. Örneğin ülkemiz Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği her 1000 kişiye bir yatak oranının 7 kat altındadır. Genel yataklara psikiyatri yatağı oranı açısından bakıldığında da Fas, Romanya ve Cezayir gibi ülkelerin bile gerisindeyiz. Belki Dünya'daki yeni eğilim psikiyatrik yatak sayısını arttırmaya değil azaltmaya dönüktür ama bizim yatak sayımız da önerilenin çok altındadır.

Yatak sayısının düşük olması şizofren hastaların sokaklarda ölmesine neden olmaktadır. Örneğin nüfusuna göre çok fazla yatağa sahip Danimarka'da yatakların binde ikiden binde bire düşürülmesi özellikle kadın şizofren hastalarda ölümlerin % 25 oranında artmasına neden olmuştur. Buradan yola çıkarak olması gerekenin çok altındaki yatak sayısı ile ülkemizde şizofren hastaların beklenenin altında bir ömürlerinin olması pek mümkündür.

Erkenden ölüp gitmenin yanında, hastane sonrası bakım için organizasyonun olmadığı ülkemizde ruh hastası için, yaşanan hayatın da bir kalitesi kalmamaktadır. Sürekli bir yalnızlık ve toplum dışı kalma duygusu, her an yeniden hastalanma korkusu, işsizlik, ekonomik yönden sürekli başkalarına gereksinim duymak, yoğun bir sıkıntı içinde her an intihar duygusu ile kol kola olmak, evlenememek, evlendiğinde de terkedilmek önemli bir sosyal yara halindedir.

Bu sosyal yarayı kapatmak üzere, içinde sivil toplum kuruluşlarının, devlet kurumlarının ama özellikle gönüllülerin bulunduğu kapsayıcı ve topyekün bir programa gerek vardır. Özellikle hasta ailelerinin harekete geçirilmesi vazgeçilmez bir gereksinim gibidir.

"Şizofren Hasta Aileleri Derneği" ya da "Obsesif Hastalar Yardımlaşma Cemiyeti" gibi kurumlaşmalar hem hastaların sorunlarını daha yakından ve daha bilerek topluma aktaracak, hem de somut çözümler üretecektir.

Diğer taraftan ülkemizde her bin kişiye düşen psikiyatrist sayısı 2'ye yakındır. Bu da düşük bir oran olmakla birlikte göstergelerin içinde yine de en iyi durumda olanıdır. Aynı oran, Romanya'da 2,3; Almanya'da ise 4,7 dir.

Psikiyatri hastane ve servislerimizin de durumu da istenen düzeylerde değildir. Psikiyatriye özel yetiştirilmiş hemşirelerin bulunduğu hastane ya da servis yok denecek kadar azdır. Genel hastanelerin içinde bulunan psikiyatri servislerinin pek çoğu başka servislerden bozmadır ve özel donanımdan yoksundur. Bu eksiklik kimi zaman, ölüme kadar giden kazalara neden olabilmektedir. Yıllar önce, ülkenin en donanımlı kliniklerinden birisi olarak gördüğümüz Hacettepe psikiyatri servisinde çıkan yangın ve ölen hastalar hala hatırimızdadır.

Bunun dışında ülkemizde, özellikle psikiyatri hastanelerini, süregenleşmiş hastalığı olan hastalardan kurtaracak ve daha rasyonel bir uygulama tutturmalarına yardımcı olacak nitelikteki "sığınma evleri", "hemşire evleri", "gündüz ve yarıyol evleri" gibi uygulamalar çok sınırlıdır, hatta yoktur. Bu durum hastalıkların çok sık nüksetmesine ve hastanın toplumsal yeniden uyumunu kazanamamasına neden olmaktadır.

ŞİZOFRENİNİN MALİYETİ

Buraya kadar söylenenleri, ekonomik maliyet açısından bir örnek vererek, psikiyatrik bir reformu geciktirmekle uğranılan kayıpların neler olduğunu daha somut hale getirmek istiyorum.

Ülkemizde psikiyatri hastalarına ilişkin merkezi bir kayıt sistemi olmadığı için başka ülkelerin yaptığı hesaplamalarla karşılaştırmalar yaparak ve Bakırköy Akıl Hastanesi'nin verilerini kullanarak bizdeki şizofren hastaların ekonomik maliyetini yaklaşık olarak hesaplamaya çalışacağım.

Şizofreninin ekonomik maliyeti iki alt başlıkta incelenmektedir: doğrudan maliyet ve dolaylı maliyet. Doğrudan maliyette tedaviyle ilgili olan ve tedaviyle ilgili olmayan olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

ABD'de yaklaşık 2 milyon hasta için yıllık toplam maliyet değişik araştırmacılar tarafından 19 ile 65 milyar dolar arasında hesaplanmıştır. ABD'de doğrudan

maliyet içinde en yüksek tutarı yataklı tedavi, dolaylı maliyet içinde ise tazminat ödemeleri oluşturmaktadır. Dolaylı maliyetin ikinci önemli kalemini ise intihar girişimleri oluşturmaktadır. Çünkü intihar girişiminde bulunmuş bir hastanın yoğun bakım koşullarında birkaç günlük tedavisi ortalama 13000 dolardır.

ABD'de psikiyatri kliniğinde yataklı tedavinin günlük maliyeti ortalama 1405 dolardır. Rakam bu kadar yüksek olunca hastayı olabildiğince ayaktan tedavi etmeye yönelmek akıllıca olmaktadır.

Yukarıdaki tabloda ülkemizdeki hesaplamalar için kullanılabileceğimiz bazı noktaları öne çıkartmak istiyorum. Tazminat için ödenen paraları dışarıda bıraktığımızda, dolaylı ve doğrudan maliyet yaklaşık olarak birbirine eşit görünmektedir. İkinci bir nokta da, ayaktan tedavinin yataklı tedaviye göre yaklaşık 10 kat daha ucuz olmasıdır. Yukarıdaki rakamları kullanarak şizofreni rölapsinin maliyetini, ABD'de 22000 dolar olduğunu hesaplayabiliriz.

Ülkemiz için hesaplamayı en güvenilir ve basit biçimde Bakırköy Akıl Hastanesi'nin rakamlarını kullanarak yapmaya çalışalım. Bakırköy Akıl Hastanesi'nin yıllık gideri 8 milyon dolar civarındadır. Bu rakamın % 66'sını personel giderleri, % 10'unu yiyecek, % 10'unu da ilaç masrafları oluşturmaktadır. Hastanenin psikiyatri polikliniklerinde yılda 60 bin hasta görülmekte ve görülen her 7 hastadan birisi yatmaktadır. Yıllık psikiyatrik yatış sayısı, Bakırköy için yaklaşık olarak 10 bindir. Bu rakamın yaklaşık beşte biri şizofreni ya da benzeri psikiyatrik bozukluklara aittir. Genel olarak şizofren bir hastanın ortalama yatış aralığının bir yıl olduğunu varsayarsak, bir rölapsin ortalama maliyetinin Türkiye için en az ortalama 2000 dolar olduğunu çıkarsayabiliriz (Bu hesaplamamın sadece bir fikir vermek üzere yapıldığını ve tam rakamı yansıtmaktan çok uzak olduğunu belirtmeliyim). Bu rakamın görünmeyen kalemler nedeniyle oldukça düşük olduğunu, onları da hesaba katacak olursak kuşkusuz rakamı yükseltmek gerekecektir.

Yukarıdaki rakamın; en ucuz depo nöroleptik olan proliksinin fiyatı (4 dolar) ile, 15-20 yıllık ilaç maliyetine eşit olduğu görülmektedir. Bu rakamlar yataklı tedavinin yerine ayaktan tedavinin geliştirilmesi gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır.

Acaba ülkemizde doğrudan ve dolaylı maliyet nedir? Doktorla periyodik olarak görüşen, tedaviyi gerektiği gibi uygulayan, ilaca uyum yüksek hasta sayısı düşüktür. Bu doğal olarak doğrudan maliyeti düşürmekte, fakat dolaylı maliyeti yükseltmektedir.

Ülkemizdeki ilaç satışına bakacak olursak, yılda toplam birbuçuk milyon kutu nöroleptik ilaç satılmaktadır. Yani hasta başına düşen yılda 3 kutu ilaçtır. Bu durumda hastaların büyük kısmının ilaç kullanmadığını söyleyebiliriz.

İlaç kullanmamak hastalığın tekrarlamasına neden olduğundan hastane tedavisine daha sık gereksinim duyulmakta ve hasta başına tedavi maliyeti yükselmektedir.

Nöroleptik ilaç pazarı yıllık 5 milyon dolar civarındadır. Bu durumda hasta başına düşen ortalama ilaç maliyeti yılda 10 dolara denktir. Batı Avrupa ülkelere göre bu rakam ortalama 8-10 katlık bir düşüşe işaret eder. Ülkemizde şizofren bir hastanın etkin tedavisi için gerekli aylık ilaç masrafı minimum 15 dolar düzeyinde iken, Kanada'da 250 dolardır. Bu durumda; ülkemiz için ilaç tedavisinin ne kadar avantajlı ve ucuz olduğunu, buna rağmen ne kadar az hastamızın ilaç kullandığını, bu nedenle de hastalığın kısa sürede süregenleşip içinden çıkılmaz hollere girdiğini ve pahalı hastane tedavilerinin de artık kar etmediğini peşinen kabul edebiliriz.

Buraya kadar verdiğimiz rakamlarla ülkemiz için doğrudan maliyeti çok kaba bir hesaplama milyon dolar olarak şöyle verebiliriz:

Yataklı Tedavi Maliyeti	100
Ayaktan Tedavi (Muayenehane, poliklinik, laboratuvar)	15
İlaç (nöroleptik, diğer)	10
Diğer (araştırma, intihar, suç)	30
Doğrudan Maliyet Toplamı	155

Yukarıda ABD örneğinde doğrudan ve toplam maliyetin birbirine eşit olduğu görülmüştü. Buna rağmen ülkemizde etkili bir tedaviyi sürdürmenin koşullarının bulunmadığını, bu durumun dolaylı maliyeti yükselteceğini, çünkü pek çok hastanın hastalığının süregen bir nitelik kazandığını söyleyebiliriz. Bu neden-

le ülkemiz için dolaylı maliyeti, doğrudan maliyetin iki katı yani 310 milyon dolar olduğunu varsayalım. Buradan toplam maliyetin 465 milyon dolar olacağını görürüz. Şüphesiz bu rakam çok düşüktür. Çünkü görünmez kalemler hesaplamayı düşürmektedir. Gerçek rakamın bunun birkaç katı olduğunu düşünebiliriz. yukarıdaki rakamın birkaç katını varsaysak bile yine de Türkiye’de, şizofren hastaların maliyeti çok çok düşüktür.

Yukarıdaki hesaplamamızın içine aslında ailelerin uğradığı zarar ve yıkımı da almanın yararlı olacağını düşünüyorum. Çünkü bizim kaybımız bu noktada diğer ülkelere göre daha yüksek olmalıdır. Gelişmiş ülkelerde hastalara kurumlar bakmaktadır. Bizde ise hastalara gerek geleneksel nedenlerle, gerekse kuramsal yapılaşma zayıflığı nedeniyle aileler bakmaktadır. Her 100 aileden beşinde; şizofren hastaya bakım nedeniyle üretim kaybı, üretkenlik düşüşü, çocuklarını uygun koşullarda yetiştirememesi, zaman zaman fiziksel saldırganlığa bağlı bedensel ve ruhsal travmalara maruz kalma nedenleriyle, tüm aile üyelerini saran depresif bir yapı ortaya çıkar. Bu ortamda çocuklar sağlıklı özdeşim yapamayacaklarından sorun daha sonraki kuşaklara da taşınır. % 5’lik bir aile grubunda başlayan bu olumsuzluk giderek dalga dalga toplumun bütün kesimlerine yayılır ve hiç hesabı yapılmamış olan üretkenlik ve yaratıcılık kayıplarına neden olur.

PSİKİYATRİ HASTANELERİ

Ülkemizde bugün için beş ayrı bölgede psikiyatri hastanesi vardır. Bakırköy, Samsun, Manisa, Elazığ ve Adana bölge hastaneleri toplam 6040 yatak sayısı ile ruh hastalıkları yataklı tedavi hizmetinin % 80’ini üstlenmiş durumdadırlar. Yatakların azımsanmayacak bir kısmı süregenleşmiş hastalığı olanlarla, kimsesiz hastalar grubuna ayrılmıştır. Bu tür hastaların hastanede bulunmaları terapötik ortamı bozmakta ve ilk atakla gelen hastaların bu bozuk ortamda yatmak istememelerine neden olmaktadır. Sonuçta psikiyatri hastaneleri süregenleşmiş hastalık sahibi, kimsesiz, en düşük sosyoekonomik gruptan, aile ilişkileri bozuk, aynı anda birden fazla psikiyatrik hastalığı taşıyan, hem hasta hem de adli sorunları bulunan tedavisi güç binlerce hastayı bünyelerinde barındırmak zorunda kalmaktadırlar. Bu “umutsuz” hasta grubu doğal olarak, tedavi ekibini de umutsuz,

donanımsız ve hastadan gelecek geri beslenimleri kendi içinde eriterek sağlayacakları eğitimden yoksun bırakmaktadır.

Olumsuzlukların gerçek nedeni nedir diye sorulduğunda şu çıkarsamalar yapılabilir: Toplum tarafından bu hastaneler; psikiyatrik hastalarla ilgili tedavinin yanı sıra sosyal hizmetlerin de yüklenicisi olarak görülmeleridir. Örneğin kimsesiz ve evsiz bir hasta hastaneye yatırıldığı zaman, bu hastanın hastaneden çıkartılması ve sonraki tedavisi her zaman sorun olmaktadır. Çünkü toplum, hastanın ilelebet sahibinin, yatığı bu hastane olduğunu düşünmektedir. Bu düşüncenin nedeni hastayı sahiplenecek sosyal kurumların bulunmamasıdır.

Hastanın çoğu zaman muhakeme ve değerlendirme gücü kaybolmuştur. Kendi başına bırakıldığı zaman dışarıda başına ne geleceğinden emin değildir doktor. Ortada aile yoktur, onu getiren polis yoktur, sosyal hizmetlerle ilgili bir organizasyon yoktur. Bu durumda ya hasta hastanede kalacak ya da kendi başına sokağa bırakılacaktır. Hastanede kalamaz, çünkü yeni yatışlara yer açılmak zorundadır. Hasta kendi başına da olsa çıkartılır. Ama mutlaka tedavisi değiştirilir. Çünkü nasıl olsa dışarıda ilaç kullanmayacaktır. O nedenle çoğu kez süregenleşmiş hastalığı olanlara yapılan depo nöroleptik uygulanır. İşte o an, genç hastanın hastalığının kronikleşmeye başladığı ilk gündür. Kronikleşmeyi hastanın, hastalığının ağırlığı başlatmamıştır. Tek neden; hastayı hastaneden sonra alacak sosyal kurumların bulunmaması ve bu durum karşısında hekimin yaşadığı çaresizlik duygusudur. Daha sonraki aşamada ise hasta ayaktan tedavideki randevusuna gelmez. Bundan ötürü tedavinin devamlılığı ilkesi sarsılır ve hasta bir kaç ay sonra tam bir dağılma halinde polisçe yeniden getirilir. Bu hastanın tanısı dosyalara artık kronik şizofreni olarak geçmeye başlar. Halbuki toplam hastalık süresi birkaç ayı geçmemiştir. Tekrar tekrar yatışlar hastayı giderek hastanede var olan bir yaşam biçimine alıştırır. Artık toplumdaki yaşamdan kopmuş, hastanede ki bir alt kültüre dahil olmuştur.

Bunun ötesinde hastanede çalışan personelin nitelik olarak yetersizliği de ileri boyutlardadır ve mutlaka psikiyatri yönelimli olarak yetiştirilmeleri gerekmektedir. Bu grubu yıllar süren alışkanlıklarından kurtarıp daha iyi hizmet için motive etmek neredeyse olanaksız durumdadır.

Batı ülkelerinde durum, kuşkusuz bizden farklıdır. Bugün için, Avrupa ve yakın çevresindeki 1260 psikiyatri hastanesinden hemen hiçbirisi 2000 ya da daha fazla yatağa sahip değildir. Psikiyatri, artık yataklı tedaviden uzaklaşmaktadır. Çok büyük hastaneler, yatak sayıları 600'ün altına indirilerek küçültülmekte, boşalan binalarda hastaların rehabilitasyonu, topluma yeniden uyumlandırılması ve meşguliyetleri yönünde aktiviteler yapılmakta, böylelikle hastanede kalan az sayıda hastanın tedavi ve rehabilitasyonu her yönden daha yetkin hale getirilmektedir.

Örneğin Danimarka'da Aarhus psikiyatri hastanesinin bina sayısı ve büyüklüğü bizdeki hastaneler kadardır. Ancak içinde 3000 hasta değil, 400 hasta bulunmaktadır. Çünkü bir yatakhane çok, bir tedavi ve yaşam merkezi biçiminde düzenlenmiştir.

Bir ülkede psikiyatrideki yenileşme hareketiyle, yeni yatakların açılmasına karar verilirse, bu genel hastanelerin içinde en fazla 10-20 yataklı servisler düzenlenerek yapılmalıdır. Bu küçük birimler toplumla yakın ilişkiler kurmakta ve hastayı daha kısa sürede stabilize etmektedir. Böylece yük, toplumla ortaklaşa paylaşılmakta, maliyet düşürülmekte, hepsinden önemlisi, hastaların toplumdan uzakta kendi içine kapanmış dev bina yığınlarının arasından kurtarılması mümkün olmaktadır. Bir psikiyatri hastanesinin optimum verimliliğinin yatak sayısının ancak 300 ile 600 arasında olduğunda sağlanabildiği unutulmamalıdır.

ELEKTROŞOK UYGULAMASI

Elektroşok, psikiyatrinin en etkili tedavi yöntemlerinden birisi olmakla birlikte, çoğu kez son tedavi seçeneği olarak uygulanagelmıştır. Ülkemiz hastanelerinde ise elektroşok gelen her hastaya yer açmak kaygısıyla ilk seçenek olarak her 5-10 hastadan birisine yapılır hale gelmiştir. Bu, Dünya rakamlarının en az 10 kat fazlasıdır. Üstelik uygulama anestezisiz yapılmaktadır. Bunun doğal sonucu olarak hastalar, elektroşoktan korkmakta ve ikinci uygulama için hastayı ikna etmek mümkün olmamakta, hastaya güç uygulamak zorunda kalınmakta, bu da servisin terapötik ortamına zarar vermekte, tedavi ekibinin hastalarla olan ilişkisini bozmakta, psikiyatrik tedavide zorunlu olan güven duygusunu zedelemektedir. Tedavi ekibi hastalarla, "bana şok yapmayacaksınız değil mi" sorularına cevap vermekten başka bir konu

konuşamaz hale gelmektedir. Anestezisiz elektroşok uygulaması artık hiçbir ülkede kalmamıştır. Anestezisiz uygulamanın devam etmesi ağır bir etik sorundur.

PSİKİYATRİ HASTANELERİNİN KÜÇÜLTÜLMESİ

Bu proje, nöroleptik ilaçların keşfi ile birlikte önem kazanmıştır. Batıda birçok hastane, hastasını taburcu etmiş aynı zamanda civardaki genel hastanelerin içine 20'şer yataklı psikiyatri servisleri ve toplum psikiyatrisi birimleri açılmış ve yavaş yavaş bu dev psikiyatri hastaneleri kabuk değiştirmiştir. Değişikliğe ayak uyduramayan hastaneler kapatılmıştır. ABD'de yalnızca Kaliforniya eyaletinde 1970'den itibaren iki yıl içinde 4 tane psikiyatri hastanesi kapatılmıştır. O yıllar için bütün ABD'de kapatılan hastane sayısı onbeşe ulaşmıştır. Yatak sayısı azaltılamayan ve kapatılmayan hastanelerde daha küçük ve otonom birimlere bölünerek yeniden örgütlenmiştir. Böylece ünitezasyon ve desantralizasyon yönünde yeni adımlar atılmıştır. Bunun şu yararı olmaktadır:

1. Eskimiş bir kurumda her türlü değişiklik hiç değişiklik olmamasından daha iyidir.
2. Hastanenin küçük ve otonom birimler halinde örgütlenmesi yetenekli birçok kişinin sivrilmesini ve kendi alanında atılım yapmasını mümkün kılar.
3. Tedavide devamlılık sağlanır. Hastaneden çıkan hastanın aynı ekip tarafından izlenmesi veya yatacak olduğunda tekrar aynı servise yatması mümkün olur.
4. Akut ve kronik hastalar arasındaki derin uçurum ortadan kalkar.
5. Hastanede kalış süresi kısalmır, ayaktan tedavi süresi uzar.
6. Gündüz hastaneleri işlevini kaybetmiş halde kalmaz, çalışır hale gelir. Bu durum yatış süresini daha da kısalmır.
7. Ünitezasyon ve desantralizasyon başladığında gönüllüler de devreye girer ve hastanenin değişimini hızlandırır.

Bu aktivite sonunda her geçen yıl hastanede kalan hasta sayısı düşer ve sonunda hastane küçük ama toplumla dinamik ilişki içinde yeni bir kurum haline döner.

Hastanelerin küçültülmesinin yararlarını şöyle özetleyebiliriz:

1. Politikacılar, gönüllüler, sosyal yardım kurumları psikiyatristler arasında yakın işbirliği gerçekleşmiş olur.
2. Hasta başıffı düşen toplumsal maliyet azalır.
3. Ruh sağlığı alanında gereksinimi duyduğumuz toplum psikiyatrisi örgütlenmesi gerçekleşir.
4. Genel hastanelerin içinde küçük psikiyatri servisleri kurulur, tedavi sonrası bakım birimleri açılır, psikiyatride koruyucu hekimlik programları başlar.
5. Yatan hastaların kötü durumdaki koşulları düzelir. Çünkü önemli bir hasta grubu taburcu olur, bunun sonucunda da kalan az sayıdaki hastanın koşulları eskisinden daha iyi duruma gelir.
6. İşsiz kalan personele, toplum psikiyatrisi alanında yeni iş olanakları açılacağından ya da tazminat ödemeleri yapılacağından ekonomik kayıp olmaz.

Küçültmeye karşı olanları ve nedenlerini de şöyle özetleyebiliriz:

1. Bu konuda yeterli tanıtımın yapılamaması ve özellikle politikacılar içinde yenilik arayanlarla muhafazakar grup arasında işbirliği kurulamamış olması.
2. Hastane personeli: Bu grup, özellikle gelecek korkusu nedeniyle böyle bir tutum takınır. Ancak daha iyi hasta bakımının olmazsa olmaz şartının bu olduğu yeterince anlatılır ve ekonomik kayıp olmayacağı garantisini verilirse grubun direnci azaltılabilir.
3. Hastalar ve aileleri: Bir ölçüde alışkanlıklarını değiştirmek ve yeni bir duruma adapte olmak zor geldiği için böyle bir tavır takınsalar da zamanla koşulların daha iyi olmaya başladığını gördüklerinde direnci azalır.
4. Bazı toplum kesimleri de işlerini kaybetme korkusundan ötürü direnç gösterirler. Ancak gerçekte bunların kaybedeceği hiçbir şey yoktur. Aksine kazançları vardır.

Bu noktada ikinci problem şudur: Hastanelerin küçültülmesi ile dışarıda kalacak hastaların yararlanması için açılacak Toplum Evleri (community homes), İşbirliği Evleri (Cooperative Apartments), Yarıyol Evleri (Halfway House), rehabilitasyon Çalışma ve Satış Mağazası (Rehabilitation, Workshops) ve Yaşlılık Merkezleri (Geriatric Centers)'nin kurulacağı alanlara, bu alana komşu bölgelerde yaşayanlar karşı çıkarlar. Çevre sakinleri ruh hastalarının kendi dingin ortamlarını bozacağından kuşkuya düşerler. Özellikle alkolizm ile ilgili bir ünite açılacaksa bu, o bölge insanını daha da huzursuz eder.

Yöredeki iş sahipleri ekonomik kayıplara uğrarlar. Ancak açılan ünite; okul, atölye ya da hemşire evi gibi bir yer ise bölgenin ticari hayatını da iyi yönde etkiler.

HASTANENİN KÜÇÜLTÜLMESİNİN HASTALAR ÜZERİNDE ETKİLERİ

Taburcu edilen hastaların %45'i bir süre sonra hastaneye tekrar yatmaktadır. Yeniden hastaneye yatmak zorunda kalanların yarısında yatış hastaneden çıkışın ilk senesi içinde olmaktadır. Bu hızlı geri dönüş genellikle hastanenin yatak sayısının hızla azaltıldığı (rapid phase-down) ilk dönemlere denk düşmektedir.

Yaşlı hastalar taburculuklarından sonra genellikle toplum psikiyatrisi örgütlenmesi içinde hemşire evlerine yerleştirilmektedir. Çünkü hastaların az çok tıbbi bakıma gereksinimleri devam etmektedir. Bu nedenle toplu halde buldukları ve bir hemşire gözetiminin yer aldığı ortamda olmaları uygun olacaktır. Bir çalışmada hastaların taburculuktan sonra bir kuruma yerleştirilenlerinin % 60'ının hemşire evlerinde % 19'unun nekahet dönemini geçirdikleri kurumlarda, % 21'inin ise bakım evlerinde kaldıklarına dikkat çekilmektedir. Taburculuktan sonra genç hastalar ya ailelerinin, yanına bakıma verilmekte ya da doğrudan toplum içine bırakılmaktadır. Yaşlı hastaların ancak % 2'si ailesinin yanına dönebilmektedir. Yani hastane reformuyla ortaya çıkan en önemli sorun aslında yaşlı hastalardır. Ve taburcu olan hastaların tekrar yatış nedeni büyük ölçüde fizik sağlığın ileri derecede bozulmuş olması ve hastanın kendi kendine bakım gücünün bulunmamasıdır. Aslında yaşlı hastalar için hastane reformu pratik olarak önemli bir yenilik getirmemektedir. Bu hastalar bir kurumdan (hastane), bir başka kuruma (hemşire evi) transfer olmaktan başka bir şey yaşamamaktadırlar. Ama genç hastalar için durum farklıdır. Bunların önemli bir grubu aktif toplumsal yaşama geri dönmeyi en azından denemektedir. Birçok bölgede bu hastalara aktif destek olmadıkça, şehrin en düşük bölgeleri içinde kalmaya mahkum oldukları ve sonuçta hasta gettoları oluştuğu görülmektedir.

Bazen de hastalar taburcu olduktan sonra buldukları yeni konumdan eskiye göre daha memnun kalmaktadırlar. Halbuki bütün profesyoneller genellikle bunun aksini iddia etmişlerdir her zaman. Örneğin

özellikle yaşlı hastaların kısa sürede ölecekleri iddiası bunlardan birisidir. Gerçekten de özellikle kadın hastalar arasında ölüm oranı Avrupa'da yapılan bazı çalışmalarda bir miktar artmıştır. Amerika'daki çalışmalar bunu doğrulamaktadır. Fizik sağlığı bozuk olan hastalara özel bir dikkat göstermek gerekmektedir. Çünkü bir çalışmaya göre taburecu edilen hastaların ancak % 6'sı fiziksel olarak "normal" durumdadır. % 47'si ise fiziksel bakıma gereksinim duyarlar. O nedenle ölümler hiçbir zaman "transfer travması" dediğimiz ve hastaların yeni koşullara uyumu ile ilgili sorunlardan kaynaklanmamaktadır. Daha çok hastanın fizik sağlığı onun hayatta kalıp kalmasını belirlemektedir. İlginç bir nokta da, tabureculukların gündeme gelmesiyle birlikte, hastaların önemli bir grubunda psikotik semptomların artması, somatik yakınmaların sıklaşmasıdır. Çünkü, başta basın olmak üzere pek çok kuruluş reformla birlikte ortaya çıkacak durumu inanılmaz derecede abartarak işlemekte ve toplumsal bir korku yaratmaktadır. Derken aileler ve meslek kuruluşları, politikacılar üzerinde baskı kurarak süreci geri döndürmeye çaba göstermektedirler. Onun için programın uygulamaya başlamadan önce topluma ayrıntılı olarak anlatılması ve toplumsal destek sağlanması hayati derecede önem taşımaktadır.

TRANSFER TRAVMASI

Yukarıda bahsedildiği gibi hastanede bazı yatakların kapatılması ve hastaların zorunlu tabureculuğu yaşlı hastalarda ölümlerin artmasına psikotik, psikosomatik ve somatik semptomların şiddetlenmesine neden olur. Bu durumu azaltmanın nasıl bir yolu olabilir? Öncelikle şunu tespit etmek gereklidir: Eğer hasta tabureculuk işlemine regresyon, depresyon ve inkar ile cevap verirse, bu hastanın ölüm riski yüksektir. İkinci olarak eğer her hastaya ilişkin ayrıntılı bir program yapılırsa ölüm ve hastalığın alevlenme riski önemli oranda azalmaktadır.

Bu programı üç noktada özetleyebiliriz:

1. Özellikle yaşlı hastalarda, organik beyin sendromu, arteriyoskleroz, hipertansiyon, böbrek hastalıkları, sistemik enfeksiyonlara duyarlılık yönünden ayrıntılı bir değerlendirme yapılması gerekmektedir. Fiziksel olarak kötü durumdaki hastalar hastaneden taburecu edilmemelidir. Taburecu edilenlerin de fizik

sağlık olarak yakından izlenmesi gerekmektedir. Böylece ortaya çıkabilecek problemler daha önceden tespit edilmiş ve erken önlem alınmış olur.

2. Hastalar oryantasyon ve hafıza bozuklukları yönünden iyi değerlendirilmelidir. Çünkü bu işlevlerinde bozukluklar bulunan kişilerin yeni bir ortama adapte olması daha güçtür.

3. Transferden önce, hem hastaların hem de personelin psikolojik ve sosyal olarak hazırlanması gerekmektedir.

GELECEĞİN RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİ

Şunu iyi bilmemiz gerekiyor ki gelecekteki ruh sağlığı ve tedavi anlayışı içinde dev boyutlu psikiyatri hastanelerinin yeri yoktur. Bunların yerine; ayakta tedaviyi gündeminin ilk sırasına yerleştirmiş, kriz durumlarını evlere giderek çözmeyi ilke edinmiş, kadrosunun büyük kısmını gönüllülerden ve "paraprofesyoneller"den oluşturmuş, hasta ve ailesinin 24 saat boyunca ulaşabileceği ruh sağlığı merkezleri olacaktır. Bu merkezler toplum psikiyatrisi kuruluşları olarak örgütleneceklerdir. Yani anlayışları öncelikle koruyucu hizmetler olacaktır. Ortalama 75-200 bin kişiye bir merkez düşecektir. Bu kuruluşlar yalnızca psikiyatrik değil ama entegre bir sağlık hizmeti anlayışı sunacaklardır. Örneğin kendi popülasyonlarına obsesif davranış kalıplarını nasıl kiracaklarının bilgisini verirken, Breslow'un minimum sağlık koşullarını içeren 7 maddesi (sigara içme, alkolü olabilirdiğince az almaya çalış, sekiz saat uyu, kahvaltı et, öğün aralarında yemek yeme, egzersiz yap ve normal kilonu sürdür)'nin uygulanmasını da sağlamaya çaba gösterecekler; yanısıra çocuklara uygun rehberlik, aile ve okulda yanlış mesajlardan kaçınma, risk altındaki grupları dikkatli biçimde izleme gibi ruh sağlığının asgari gereklerini de uygulamaya özen göstereceklerdir. Bu merkezlerin kendilerine bağlı çok sayıda ayakta tedavi birimi kurmaları, bunları da iş ve yerleşim merkezleri arasına dağıtılmaları esas olacaktır. Buna benzer çalışmalar daha önce yapılmış ve maliyetin bugünkü sisteme göre üçte bir oranında düştüğü görülmüştür. Üstelik bu maliyet, hizmetten doğrudan yararlanan kişiler tarafından ödendiğinde ülkemizde de çok daha fazla düşmektedir. Ülkemizde de yavaş yavaş bu sisteme doğru geçilmesi gerekmektedir. Bunun ilk ayağı psikiyatri hastanelerinin

tam bir reforma uğratarak küçültülmesi ve kısa yatış süreleri ve kronik hasta taburculuklarıyla topluma "yükü beraber paylaşmamız gerekiyor" mesajının verilmesidir.

HASTANE STANDARTLARI

Dünya Sağlık Örgütü psikiyatri hastaneleriyle ilgili olarak 79 maddeden oluşan bir "denetleme listesi" yayınladı. Bu listeden bazı örnekler vermek uygun olacaktır:

- 1) Servis alanı, içerdeki hastalara yetecek büyüklükte olmalıdır, hastalar için yeterli rekreasyon alanları bulunmalıdır.
- 2) Tedavi ekibi hastalarla sıklıkla görüşmeli, yeni yatan hasta asgari tıbbi bakımdan geçirilmeli, akut hastalar hergün, kronik hastalar ise ayda bir genel tıbbi değerlendirmeye alınmalıdır.
- 3) Tedaviye başlanmadan önce hastadan bilgilendirilmiş onay alınmalıdır.
- 4) Elektroşok endikasyonları ve uygulamaları için mutlaka yazılı bir rehber bulunmalı ve asla bu rehberin dışına çıkılmamalıdır.
- 5) Hiçbir hasta ne olursa olsun tek başına bir odaya kilinlenmemelidir.
- 6) Bazı seçilmiş hastalarda, ailenin hastaya karşı davranışlarını düzenleyebilmek için ev ziyaretleri yapılmalıdır.
- 7) Personel gün içinde belli zamanlarda hastalardan uzak kalabilmelidir.
- 8) Hiçbir servis, 30'dan daha fazla hasta barındırmamalıdır.
- 9) Hastalar, ziyaretçiler, özel tedavi metodları için yeterli alan bulunmalıdır.
- 10) Bütün servisler hastalarda kafa karışıklığı yaratmayacak şekilde sade döşenmelidir. Tuvalet ve banyoların düzenlenmesi hastalara en ufak bir rahatsızlık ve yetersizlik yaratmayacak koşullarda olmalıdır.

- 11) Gündüz saatleri boyunca her 3 hasta için mutlaka tam gün çalışan bir personel bulunmalıdır.
- 12) Gece nöbet saatlerinde her 10 hasta için mutlaka bir personel bulunmalıdır.
- 13) Hastalarla ilgili kurallar olabildiğince az sayıda olmalıdır.
- 14) Hastane personeli hastalarla her zaman dostça, nazik bir tavırla ve olumlu yönde konuşmalıdır.
- 15) Hastalar hastanede kaldıkları süre içinde olabildiğince kişisel eşyalarını kullanmaya özendirilmelidir.
- 16) Kendilerine bakacak durumda olmayan hastaların, görünümelerini hastane personeli dikkatle düzeltmelidir.
- 17) Bütün tedavi ekibi (yalnızca doktor ve hemşire değil ama aynı zamanda personeller de) hep bir arada düzenli toplantılar yaparak tedavide aksayan yönleri konuşmalıdırlar.
- 18) Aile üyeleri, hasta tedavi ve rehabilitasyon programının bir ucundan tutmak üzere cesaretlendirilmelidir.
- 19) Hastalar için tedavi ekibi düzenli olarak sosyal çalışmacılar ve sosyal kurumlarla işbirliği yapmalıdır.
- 20) Her hastanenin ruh sağlığı ile ilgili geleceğe yönelik bir programı bulunmalıdır.
- 21) Bu programlar birincil sağlık hizmetlerine entegre edilmelidir.
- 22) Ruh sağlığı programları genel ve yerel olarak ayrılmalı ve her bölgede ayrı ayrı ve yerel yönetimlerle işbirliği içinde uygulamaya konulmalıdır. Programa yerel yönetimlerin katkısının sağlanması uygulama açısından esastır.
- 23) Programa, dini ve sosyal grupların desteğinin sağlanması öncelikli bir konudur.

Ülkemiz hastaneleri bu standartların ancak bir grubunu karşılamaktadır.

Günümüz çağdaş psikiyatrik tedavi anlayışını şu şekilde özetleyebiliriz:

1. Yataklı tedavi değil ayaktan tedavi.
2. Uzakta ve pahalı değil, yerinde ve ucuz tedavi.
3. Büyük ve merkezi birimler yerine, küçük ve lokal birimler
4. Yükü, olabildiğince profesyonellerle değil toplumla paylaşmak.
5. Olabildiğince gönüllüleri devreye sokmak.
6. Profesyonel bakımı değil, kendi kendine bakımı özendirme.
7. Geleneksel ölçülerdeki büyük psikiyatri hastanelerini, küçük ve verimli birimler halinde yeniden örgütlemek.
8. Hizmetin sağlık ocaklarında ilk basamakta ele alınmasına çalışmak.

Buraya kadar anlatılanların ışığında, ülkemizdeki 5 bölge hastanesinde gerçekleştirilmesi gereken yenileşmenin ana temalarını ve vakit geçirmeden yapılması gerekenleri şöyle özetlemek mümkündür.

1) Öncelikle hastaneler coğrafi temele göre örgütlenmeli ve Doğu Anadolu'daki bir hasta, Elazığ'daki hastane yerine Manisa'ya gelmemelidir. Bunun devamı olarak, hastaneler kendi içinde de coğrafi temele dayalı olarak hasta takibi yapılmalıdır. Yani diyelim ki Bakırköy'deki "A" servisi Edirne ve civarından gelen hastalara bakarken, "B" servisi Çanakkale'den gelen hastalara böylece, her servisin kendi hastasını ve yöresini tanıması, yöreyle ilişkisini devamlı kılması mümkün olacaktır. Ayrıca o yöredeki sağlık ocakları ve hastanelerle kalıcı ilişki kurulmuş olacak, yörenin özellikleri tanınacak ve tedavide devamlılık ilkesi yerine getirilmiş olacaktır. Böylece her servisin kendi yöresindeki sağlık kuruluşu ve personeliyle yöreye özgü uzun dönemli araştırma programları gerçekleştirmesi mümkün hale gelecektir.

2) Hastaneler merkezi otoritenin etkisinden kurtarılmalı veya yerel yönetimlere bağlanmalı ya da bütünüyle özleştirilmelidir. Böylece hastane olabildiğince politik baskılardan arındırılmış halde daha çok kendi yöresindeki ruhsal sorunları çözmeye odaklanacak, denetlenmesi kolaylaşacaktır.

3) Kronik hastalar hastane dışına (örneğin Yunanistan bundan yıllar önce başlattığı psikiyatri hastaneleri reformuyla yukarıda bahsedilen pek çok uygulamayı yerine getirmiş, bu arada da kronik hastalarını Lesbos adasına taşımıştır) taşınmalıdır. Açılan alanlar kalan hastaların rekreasyonel aktiviteleri için kullanılmalıdır. Hastalar için meşguliyetle tedavi ya da rehabilitasyon çalışmaları şarttır. Bu olmadığı zaman hastalar yalnızca farmakoterapiye kalmakta ve ilaç dozlarının yükselmesine neden olmaktadır.

5) Bir hastane içinde psikiyatri enstitüsü ve alkol madde bağımlılığı enstitüsü olmak üzere iki ayrı enstitü kurulmalı, yapılacak uluslararası araştırmalarla dış kaynaklı fonların enstitülere aktarılmasına çalışılmalıdır. Türk psikiyatrisi araştırma ve dış yayın açısından çok gerilerdedir. Uluslararası dergilerde bir yıl içinde 27000 makale yayınlanmaktadır. Bunların en fazla 5 tanesi ülkemizden çıkmaktadır. Enstitüler, kuracağı uluslararası bağlantılar, sağlayacağı fonlar ve getireceği araştırma birikimi ile bu yönde somut adımlar sağlayabilecektir. Uluslararası alanda özellikle uyuşturucu madde ve bağımlılık konusunda araştırmacıları bekleyen milyarlarca dolar bulunmaktadır. Bugüne kadar ne yazık ki anılan kaynakların hiçbirisi ülkemize getirilememiştir. Bu durum, araştırmayı yalnızca sınırlı ülke kaynakları ile yürütmemize neden olmakta ve yapılan araştırmaların kalitesi düşmektedir. Çünkü yeterli finansal desteği bulamayan araştırmacının motivasyonu kırılmaktadır, böylece bir türlü nitelikli araştırma ortaya çıkmamaktadır. Enstitüleşme bu kaynaklara ulaşmak için gerekli altyapı, donanım, bilgi birikimi ve uluslararası ilişkiyi sağlayacak, kendi ülkemize ve insanımıza ilişkin araştırmaları çoğaltıp ve güçlendirecektir. Böylelikle ülkemiz hastalarının özellikleri, bunları yaratan nedenler daha bir açıklıkla ortaya çıkacaktır. Türk insanının son derece özgün bir durumu vardır. Bu özgün durum iyi tanınmadan yapılan pek çok sosyal uygulama, başarısızlığa uğramaktadır. Halbuki bu yapıyı bilerek gerçekleştirilen programlar, önemli başarılar sağlayabilir.

Bu yapıyı anlamaya çalışan araştırmacılarımızın bazı tespitlerini şöyle sıralayabiliriz: Konya gibi muhafazakar bir kesimde ev kadınları arasındaki intihar oranlarının öteki gruplara göre daha yüksek olması; Aydın'ın bir köyünde toplu histeri çılgınlık nöbet-

lerinin geçirilmesi; çocuk intihar oranlarının başka ülkelere göre daha düşük seyretmesi, buna karşılık 12-25 yaş arası kişilerde ve lise mezunlarında intihar oranının şaşırtıcı derecede yüksek olması; göç edilen köylerde yalnız kalan yaşlılarımızın intihar eğilimi taşınmaları; erkeklerimizde alkol aldıktan sonra genellikle kadın dövme alışkanlığının olması; yöredeki sosyal değişimle beraber cinayetlerin azalması ancak intiharların artması; histerik olguların hep ezilmiş, sömürülmüş insan gruplarından çıkması; köylerden gelen şizofren hastaların iyilik hallerinin daha uzun sürmesi; psikiyatri dışından hekimlerin % 30 oranında psikiyatrist meslektaşlarına güvenmemeleri ve psikiyatrik hastaları, psikiyatrist meslektaşlarına özellikle göndermemeleri; transseksüellerin % 75 oranında ilkökul mezunları, homoseksüellerin de % 60 oranında ortaokul ve lise mezunları arasından çıkması; suçlu kişilerin beklenenden çok daha düşük oranlarda psikopatik özellik, beklenenin üzerinde aşırı duyarlılık göstermeleri ülkemiz insanını başka ülkelerin insanından ayıran çarpıcı özelliklerdir. Buna benzer pek çok nokta açığa kavuşturulmayı beklemektedir. Kendi insanımızı tanımamızın, bu ülkenin daha ileriye taşınmasında önemli sıçrama noktaları oluşturacağı akıldan çıkartılmamalıdır.

6) Yataklı birimlerin dışında, yaygın ayaktan tedavi birimlerinin kurulması psikiyatrideki yenileşme hareketinin en önemli ayağıdır. Güçlü ayaktan tedavi hizmetleri, yataklı tedavinin kalitesini artıracak gibi, psikiyatrik hizmetten yararlanamayan gruplara da ulaşılmasını sağlayacaktır. Bugün, psikiyatri hastaneleri ne yazık ki etkili bir ayaktan tedavi kurabilmiş değildir. Daha çok bir poliklinik hizmeti vermektelerdir. Etkili bir ayaktan tedavi, her hastaya ilişkin ayrıntılı bir tedavi ve sosyal program çıkartabilmeyi ve hastasına her koşulda ulaşabilmeyi gerektirir. Batı ülkelerinde, ayaktan tedavi ile ilgili çok yaratıcı uygulamalar geliştirilmiştir. Bunların içinde, postayla lityum tayini yapmak ya da evlerde hastalara periyodik olarak depo nöroleptik uygulamak gibi basit fakat yararlı olanları vardır.

7) Ayrıca ayaktan tedavi sistemi, sağlık ocakları ve genel hastanelerle güçlü bir işbirliği geliştirilmeli, tedaviyi birincil sağlık hizmetleriyle koordinasyon içine sokmalıdır.

8) Her hastanenin içinde mutlaka bir gündüz hastanesi kurulmalı, böylece yakın çevredeki hastaların gündüz saatlerini burada geçirmeleri ve aile içinde yük olmaları engellenmelidir. Gündüz hastanesi yataklı bir kurum olmayacağından hastanelere ek bir yük getirmeyecektir. Buna karşılık hastaların değişik fabrikalarla anlaşarak basit montaj işleri yapması ve endüstri kaynaklı rehabilitasyon aktivitelerinin içinde kısmen de olsa üretime katılmaları sağlanacak ve hepsinden önemlisi hastaların aile üyelerini meşgul ederek onların verimliliğini düşürmeleri engellenmiş olacaktır. Eğer bu yapılmazsa bir psikiyatri hastası olan aileden, birkaç kişinin gün boyu hastayla meşgul olması engellenemeyecektir. Halen bu tür ailelerden tek tek kişilerin verimliliği inanılmaz biçimde düşmüş durumdadır.

9) Bir önemli nokta da; ülkemizde toplum psikiyatrisinin kurulamamış olmasıdır. Toplum psikiyatrisi, sosyal ve coğrafik olarak belli bir bölgede hekim, hemşire ve sosyal çalışanların psikiyatrik hizmeti toplumla işbirliği içinde organize etmeleridir. Bunun için 60 ile 80 bin kişiye hizmet eden bir ekip kurulur. Ekip olabildiğince ayaktan ve koruyucu tedaviye ağırlık vererek çalışır. Çeşitli dernekler ve gönüllülerle işbirliğini geliştirerek, hasta ve ailelerinin kendi aralarındaki örgütlenmelerini teşvik ederek hastanın yaşamını kolaylaştırmaya çalışır. Başlangıçta kimse-siz ve evsiz hastaların yoğun olarak bulunduğu bölgelerde pilot uygulama başlatmak, sonra da uygulamayı yaygınlaştırmak gerekmektedir.

SON SÖZ

Burada sözü edilen ve edilemeyen pek çok noktada gelişme ve yenileşmenin sağlanması gereğine sanıyorum konunun içindeki herkes katılmaktadır. Böyle bir başlangıcın yararları ortaya çıktıkça, yenileşmeyi hızlandırmak ve desteklemek isteyenlerin sayısı artacak, kısa sürede olumlu ilk sonuçlar alınacak ve hiç kimse kurumları eski haliyle kabul etmeyecek ve yenileşmeyi kesintisiz sürdüreceklere. O nedenle konuyla ilgili her toplum kesimini, sivil toplum liderlerini, politikacıları, yerel örgüt yöneticilerini ve özellikle hasta ailelerini böyle bir yenileşme için zorlayıcı olmaya çağırıyorum.