

# Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve toplum ruh sağlığı merkezleri

## Dr. Gazi Alataş



1966'da Elazığ'da doğdu. 1990 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. 1996 yılında uzmanlık eğitimine başladığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde 2001 yılında uzman ve başasistan oldu. 2005 yılından beri aynı hastanede Başhekim Yardımcısı ve yanı sıra Nisan ayından beri Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Danışmanı olarak görev yapmaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası metninde (2006) yer alan "Toplum temelli psikiyatri (community based psychiatry) modeline geçmeliyiz" ifadesi, aslında sağlık sistemi gelişmiş ülkelerde son 20-30 yıldır geçilmiş bir sistemin adıdır (1).

Modelin gerek tercüme adı, gerekse orijinali yanlış akıl yürütmelere oldukça müsait olduğundan bu kavramı açıklamak için Avrupa ve ülkemizdeki psikiyatri tarihine kısa bir göz atmanın yerinde olacağı kanısındayım.

Ortaçağ Avrupasında akıl hastalarının birçoğu ya içlerine şeytan girmiş, kötülüğün etkisinde kişiler olarak kabul edil-

miş ya da büyücülükle suçlanıp İngiltere Mahkemeleri tarafından yakılmıştır. Akıl hastası veya zekâ özür-lü olduğu kabul edilenlerden bazıları ise belli miktarda yiyecek-içecek yüklenen ve dümeni olmayan yelkenli Narrenschiff denilen "deli gemilerine" bindirilip denize gönderilmiştir. Gemi bir şekilde batmayıp başka bir limana yanaştığında şehirde toplanan yiyecek-





Tarihi sürece bakacak olursak, Avrupa'nın hastalarını önceleri öldürerek veya gemilere bindirerek toplumdaki uzaklaştırdığını daha sonra yerleşim alanlarının dışında çok sayıda yüksek duvarlı büyük hastanelerde topladıklarını, en sonunda da bu hastaneleri kapatarak hastaları toplumun içinde yaşatmaya başladığını görürüz. Bizdeki süreçte ise hastalar hep halkın arasında, onların bir parçası olarak yaşamıştır. Devlet, bimarhanelerde bu hastaları tedavi etmeye, aş evlerinde beslemeye çalışmış; halk da cami ve medreselerde bu hastaları hep gözetmiştir.

içecek gemiye yüklenip tekrar denize salınmıştır. Psikiyatri tarihinin ilk hastanelerinden olan ve kötü koşullarıyla ünlü İngiltere'deki Bethlem Hastanesi 1300'lü yıllarda hastaların kapatıldığı bir yer olmuştur. Rönesans'la başlayan cadı avıyla on binlerce akıl hastası öldürüldükten sonra 17. yüzyılda akıl hastaları; düşkünler, fahişeler, yaşlılar ve kronik hastalarla aynı ortama konmaya başlamıştır. 18. yüzyılda tedavi edilemeyen hastalar olarak kabul edilen akıl hastaları, akıl hastanelerine yatırılmaya başlanmış ve akıl hastaneleri, hastaların zincirlendiği ve ölüme terk edildiği yerler haline gelmiştir. 19. yüzyılda ise Pinel'in, Bicêtre Hastanesi'nde zincirlerle zapt edilen hastaları zincirlerinden kurtarıp tedavi etmeye çalışması, akıl hastaları ve akıl hastanelerine yeni bir bakış açısı getirmiştir. Ona göre insanca yaşama hakkına sahip olan bu insanlar tedavi edilebilirdi ve ölüme terk edilmemeliydi (2).

Aynı dönemde bizdeki tarihe baktığımızda maalesef Edirne'deki Beyazıt Şifhanesi dışında fazlaca bir kayda rastlamamaktayız. Ancak 800'lü 900'lü yıllarda Bağdat ve Kahire'deki

hastanelerde akıl hastalarının tedavi edilmeye çalışıldığı bildirilmektedir. İslam kültüründe tarihi kayıtların çok yaygın olmasına rağmen bu konuda gene de fazlaca kayıt olmamasının sebebi ne olabilir? Avrupa akıl hastalığını "erken gelen ölüm" olarak algılamış ve cadı diyerek, büyücü diyerek, kötü diyerek bir şekilde dışlamış, toplumdaki arındırmaya çalışmıştır. Oysa gerek Osmanlı gerekse ondan önceki İslam devletlerinde "akıl hastalarının bakımından toplumun sorumlu olduğu görüşünü benimseyen İslamiyet'in etkisiyle" bu insanlar hep toplumun içinde yaşamış ve toplumun bir parçası olmuşlardır. Belki de bu sebepten ötürü konuyla ilgili fazla kayıt bulunmamaktadır. Dinen "yaptıklarından sorumsuz ve günahsız" olmaları bu insanlara bazen de ermişlik, velilik atfedilmesine ve kutsallaştırılmalarına sebep olmuştur. Bu yaklaşım sonucu her köyün sevilen, korunan, kullanan birazda korkulan "delisi" halkın içinde onlarla birlikte yaşamıştır. Bazen alay edilse ya da taşlansa bile bu hastaların toplum içinde hep bir yeri olmuştur. Özellikle Osmanlı döneminde açılan çok sayıda bimarhane, şifaha-

ne ve aş evi ile bu hastalar devletin de bakımı altında olmuşlardır. Edirne'deki şifhanede akıl hastalarına uygulanan tedavi yaklaşımı şu anda bile psikiyatride en gelişmiş ülkelerle yarışacak niteliktedir.

19. yüzyılda Avrupa'daki süreç hastalara sahip çıkma adına çok sayıda yüksek duvarlı büyük hastaneler yapmak yönünde ilerlemiş ve nüfusu bizim kadar olan İngiltere ve Almanya'nın psikiyatri yatak sayıları 150'şer bini bulmuştur. 1500-2000 yataklı bu hastaneler kısa sürede depo hastane hüviyetini kazanmış ve bakım ve tedavi hizmetlerinde yoğun insan hakları ihlalleri yaşanmıştır.

Aynı dönemde bizde ise artan nüfus, şehirleşme ve devletin fakirleşmesi sonucu hastaların durumu Avrupa'dakilere göre çok daha kötü olmuştur. Modern tıbbi Avrupa'dan öğrenme seferberliğinde E. Kraepelin'in öğrencisi olan Dr. Mazhar Osman Uzman ülkeye döndüğünde Bakırköy'e taşımadan önce ziyaret ettiği Toptaşı Bimarhanesi'ni şöyle anlat-

2006 yılında Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın öncülüğünde yurtdışından bir ekiple ruh sağlığı politikası yazılmış ve bu metinde toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiştir. Yayımlanma aşamasında olan "Ruh Sağlığı Eylem Planı"nda da belirtildiği üzere, ülkemizdeki "ruh sağlığı politikasında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme" kararı alınmıştır. Bu modelin ilk basamağı olarak da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı Sayın Recep Akdağ tarafından Nisan 2009 alınmış ve projelendirme sürecine başlanmıştır.

miştir: "Hasta olarak 300 kadar canlı cenaze tesellüm ettim. Ne karyoları, ne yatakları, ne yorganları vardı. Çırılçıplak, uyuz ve bitli, açıktan kimildamaya mecali kalmamış, kendi pisliklerinin içinde istirahat eden biçare hastaları o halde gördüğümüz vakit, arkadaşlarımızla beraber gözyaşlarımızı güç zapt edebilmiştik".

20. yüzyıl başlarında Avrupa'da hastalar büyük hastanelere kapatılmışken 1960'larda başlayan anti psikiyatri akımının etkisiyle sistemde değişikliğe gidilmeye başlanmıştır. 150 bin olan yatak sayıları bakım yatakları dâhil 50 bin seviyesine indirilmiş ve hastalar hastanelere kapatılmak yerine toplum içinde tedavi edilmeye çalışılmıştır. Hastayı yaşadığı ortamda yakın takibe alan bu sistemde; hastaya toplum içinde yaşamasını kolaylaştıracak uyum eğitimleri verilmekte, her alanda hasta desteklenmeye çalışılmaktadır. Hastanın günlük zamanını geçirebileceği mekânlar oluşturarak topluma adaptasyonu sağlanmaya çalışılıp iş uğraş eğitimleri ve spor ve sosyal aktiviteler

düzenlenmekte, üretime katılabilecekleri zanaatlar öğretilmekte ve kamu tarafından sübvansede edilen korumalı işyerleri sayesinde kendilerini daha iyi hissetmeleri amaçlanmaktadır. Tedavi uyumları her an takip edildiğinden hastaların akut alevlenmeleri çok az olmakta, bu da, toplumun bu kişilere olumsuz bakmalarını engellemektedir. Son 20-30 yıl içinde tüm Batı Avrupa'da geçilen bu sistem sayesinde artık psikiyatrik hastalar toplumun kabul edilen bir parçası olmuşlardır. Avrupa Birliği sürecinde sağlık müktesebatı "toplum temelli psikiyatri modelini" uygulanması gereken sistem olarak istediğinden bu model tüm Avrupa'ya hızla yayılmıştır. Sağlıkta birçok düzeltme faaliyeti yapan aday ülkeleri psikiyatri alanında yapmaları gereken bu değişim en çok zorlayan alan olmuş ve sağlık müktesebatının kapatılmasının anahtarı olmuştur.

Ülkemizde ise Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin açılmasından sonra biri Anadolu'nun batısı Manisa'ya diğeri doğusu Elazığ'a olmak üzere iki depo hastane daha açılmıştır. Daha sonra da biri kuzeyde Samsun'a diğeri güneyde Adana'ya yeni hastaneler açılmıştır. Son yıllarda da her biri yüzer yataklı iki hastane; biri Trabzon'da diğeri de Bolu'da açılarak sisteme eklenmiştir. Üniversite hastanelerindeki sınırlı yatak sayısı ve diğer devlet hastanelerindeki çok az sayıdaki yataklarla birlikte halen toplam psikiyatri yatağımız 7500 civarındadır.

Tarihi süreci özetleyecek olursak; Avrupa'nın hastalarını önceleri öldürerek veya gemilere bindirerek toplumdaki uzaklaştırdığını daha sonra yerleşim alanlarının dışında çok sayıda yüksek duvarlı büyük hastanelerde topladıklarını, en sonunda da bu hastaneleri kapatarak veya küçülterek hastaları toplumun içinde yaşatmaya başladığını görürüz. Bizdeki süreçte ise hastalar hep halkın arasında, onların bir parçası olarak yaşamıştır. Devlet, bimarhanelerde bu hastaları tedavi etmeye, aş evlerinde beslemeye çalışmış; halk da cami ve medreselerde bu hastaları hep gözetmiştir. Devletin fakirleşmesi ve modernleşme başlaması sonucu sistem bozulunca şehirlerin kenarında büyük depo hastane süreci Avrupa'dan 100 yıl sonra başlamış ve halen devam etmektedir. Çekirdek aile yapısına geçiş, hastalarla sadece kendi ailelerinin ilgilenmesini ve çok ağır olan bu yükün aileleri ezmesini doğurmuştur.

Sağlıkta Dönüşüm sürecinde diğer branşlarda hastalar açısından kaydedilen gelişmelere rağmen psikiyatri maalesef yeterince gelişmemiştir.

2006 yılında Sağlık Bakanı Recep Akdağ'ın öncülüğünde yurtdışından bir ekiple ruh sağlığı politikası yazılmış ve bu metinde toplum temelli modele geçiş tavsiye edilmiştir (1). Bu dönemde Sayın Bakan'ın bizzat verdiği destekle ruh sağlığı hastanelerinin ekonomik durumları düzeltilmiş ve son 3 yıl içinde hastaneler bağlamında çok önemli mesafe kat edilmiştir. Bu süreçte bakan müşaviri olarak atanan Dr. Medaim Yanık'ın kişisel çabaları ve Sayın Bakan'ın şahsi desteği hızla yol alınmasının en önemli sebebi olmuştur. Yayımlanma aşamasında olan "Ruh Sağlığı Eylem Planı"nda da belirtildiği üzere ülkemizdeki "ruh sağlığı politikasında hastane temelli modelden toplum temelli modele geçme" kararı alınmıştır. Bu modelin ilk basamağı olarak da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) açma kararı Sayın Recep Akdağ tarafından Nisan 2009 alınmış ve projelendirme sürecine başlanmıştır.

Peki, TRSM'ler ülkemize ne getirecektir? Halen yürüyen sistemde hastalar bir şekilde hastaneye gelmekte ve poliklinikte doktor tarafından görülüp ilacı yazıldıktan sonra yaşadığı yere gönderilmektedir. Yatarak tedavi gereken akut hastalar hastaneye yatırılmakta ve iyileştikten sonra kontrole çağrılmaktadır. Burada gözden kaçırılması gereken nokta bu hastaların geçiği değerlendirme yetilerinde bozulma olduğu için hastalıklarının kabul etmemekte ve kontrole gelmeleri ya yakınlarının zorlamasıyla ya da bir sonraki akut atak neticesinde yaşanan problemler sonucu olmaktadır. Aynı zamanda yatak ve psikiyatrist yetersizliği de bu hastalara verilen tedavi hizmetini çok sınırlamaktadır. Sonuçta hastalar toplum içinde ama hep problemliler olarak yaşamakta ve günümüz yaşantı şeklinde hem ailelerine hem yaşadıkları topluma yük oluşturmaktadırlar. Bu da hastalar hakkında kötü ön yargıların güçlenmesi ve hastaların damgalanmaları ile sonuçlanmakta ve sorunu daha zor hale getirmektedir.

Ülkemizde her 200-500 bin nüfusa bir tane açılması planlanan TRSM'lerin, kendisine bağlanmış coğrafi bölgedeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların ve ailelerin bilgilendirildiği, hastanın ayakta tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği, rehabilitasyon, psiko eğitim, iş-ugraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemlerin kullanılarak hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile ilişki içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiple hastanın yaşadığı yerde takibini yapan merkezler olması planlanmaktadır.

Ağır ruhsal hastalığı olan hastalar ile ilgili sorunu sadece tedavi boyutuyla düşünmemek gerekir. Bu sorun sosyal, ekonomik, hukuki ve tıbbi boyutu olan bir sorundur. Konuyu bir halk sağlığı sorunu olarak ele alıp yukarıda sıralanan boyutlarını açarsak:

### Sosyal boyut

Ağır ruhsal hastalığı olan hastalar, hastalığın pozitif belirtileri sebebiyle kendilerine ve başta aileleri olmak üzere çevrelerine fiziksel olarak zarar verme potansiyeli taşıyabilirler.

Hastalık nedeniyle çoğu kez bakıma ihtiyaç duyarlar. Bu durum, ailenin yaşadığı ekonomik ve sosyal yükü daha da ağırlaştırır.

Ağır ruhsal hastalığı olan hastalar, aileleri ve toplumla ilişkilerde güçlükler yaşamaktadırlar.

Ailelerin ihmali ve istismarı ile karşılaşılabilir.

Ev ve hastane dışında zamanını değerlendirilebileceği koşullardan yoksun olmaları nedeniyle sosyal izolasyonları kalıcı hale gelmektedir.

Toplumsal önyargı ve dışlamalara maruz kalmaktadırlar. Bundan sadece hasta değil aile de zarar görmektedir.

Aileler karşı karşıya kaldıkları bu ağır sorunla nasıl baş etmeleri gerektiği konusunda bilgi sahibi olmadıklarından ve maruz kaldıkları sonuçlar sebebiyle çaresizlik hissetmektedirler.

### Ekonomik boyut

Hastalar ailelerine bağımlı yaşamaktadırlar.

Hastalığın çeşitli dönemlerinde bakıma ihtiyaç duyulduğundan aileden en az bir kişinin çalışması veriminin azalmasına ya da hiç çalışmamasına neden olmaktadır.

Eğitimlerini tamamlamada güçlük çekmeleri nedeniyle meslek sahibi olamamaktadırlar.

Meslek sahibi olmuş hastalar gerek hastalığın birincil etkileri gerekse iletişiminde yaşadıkları güçlükler ve sosyal beceri yoksunluğu nedeniyle verimli çalışmamakta veya işlerini bırakmaktadırlar.

Yetersiz ekonomik koşullarda yaşamlarını sürdürmektedirler.

Düzenli takip ve tedavileri yapılamadığı zaman alevlenme sıklığı ve şiddeti

artmakta ve hastaneye yatış sıklığı ve süresi uzamaktadır. Bu sebeple zaten çoğunlukla ekonomik değer üreten hastanın ülke ekonomisine maliyeti artmaktadır.

Hasta çoğu kez düzenli takip ve tedavi olanağına ulaşamadığından alevlenme belirtileri ağır olmakta, tedaviye ulaşması ancak kolluk kuvvetlerinin müdahalesi ve çoğunlukla yaşadığı yerden uzakta başka bir şehre nakli ile mümkün olmakta bu durumda hem sosyal hem de ekonomik maliyetleri artırmaktadır.

### Hukuki boyut

Çoğu mümeyyiz olmayan hastaların düzenli tıbbi ve hukuki kayıtlarının olmaması ve ilgili yerlerin haberdar olmaması nedeniyle yanlış hukuki işlemler yapılabilmekte ve hasta ve/veya ikinci kişilerin hak ihlali söz konusu olabilmektedir.

Yukarıda zikredilen nedenlerle hastanın askere alınması, silah ruhsatı, sürücü belgesi verilmesi gibi hasta ve toplum açısından risk oluşturabilecek işlemler yapılabilmektedir.

Hastalar ve yakınları, sosyal hakları konusunda bilgilendirilme ve bilinçlendirilme eksikliği nedeni ile hak kaybına uğramaktadırlar.

Vesayet altına alınan hastaların bir kısmında, vasilerinin ilgisizliği ve ihmali olabilmekte, ancak bunun tespiti, takibi ve gerekli mercilere bildirim yapılmamaktadır.

### Tıbbi boyut

Hastalık, yaşam boyu sürmekle birlikte çoğu kez iyi planlanmış ve sürdürülebilen bir medikal tedaviye iyi yanıt verir. Hastalığın sık alevlenmesinde ve hastaneye yatış gerektirmesinde medikal tedavinin sürdürülememesi önemli rol oynar. Hastaların tedavisi ve tedaviye uyumu/uyumsuzluğu periyodik olarak takip edilirse alevlenme sıklığı, şiddeti ve/veya hastaneye yatış sıklığı azalabilmektedir.

Hastalığın alevlenme döneminden önce ortaya çıkan bazı uyarıcı işaretler vardır. Bu işaretler erken tanınıp müdahale edilirse hastalık alevlenmeyebilir. Uyarıcı işaretler hastaya ve/veya yakınlarına öğretilir veya sağlık personeli tarafından tespit edilebilirse erken medikal müdahale yapılabilir ve alevlenme önlenir.

Hastalığın prognozunda ailenin hastaya, hastalığa ve tedaviye ilişkin tutumu belirleyici bir rol oynar. Aile has-

talıkla ilgili bilgilendirilirse hastaya karşı ve hastalık ve tedaviye ilişkin tutumu iyileştirilebilir ve bu da prognozu olumlu etkiler.

Sık alevlenme hastalarda kalıcı bilişsel kayıplara yol açar ve bunun sonucunda hastalık belirtileri yüzünden sosyal izolasyona maruz kalmış olan hasta tamamen soyutlanabilir ve kendi bakımına ilişkin en temel rutinleri bile yapamaz hale gelebilir. Yukarıda sıralanan müdahalelerle alevlenme sıklığı azaltılacağından hastaların yıkımı önlenir veya geciktirilebilir.

Psikiyatride yalnız ağır ruhsal hastalığı olan hastalar için değil bütün hastalık grupları için "iyileştiren ilişki" kavramı vardır. Bizzat hastayla kurulan ilişkinin kendisinin iyileştiren, belirtileri sınırlandıran bir etkisi bulunmaktadır. Ailelerinin bile sağlıklı bir ilişki kur(a)madığı hastalarının periyodik ziyareti, onunla ilgilenilmesi ve yardım çabaları hastalığın hem doğasını, hem de prognozunu olumlu etkileyecektir.

Ağır ruhsal hastalığı olan hastalar çoğu kez zekâ ve beceri sorunu olmayan hastalardır. Uygun terapi ve rehabilitasyon programlarıyla en azından öz-bakımlarını sağlayabilecekleri gibi üretime de katkıda bulunabilirler. Takipler sırasında uygun hastaların terapi ve rehabilitasyon programlarına yönlendirilmesi sağlanabilir, böylece hem bakım verenin yükü azaltılabilir hem de hastanın evden çıkması ile pek çok yarar elde edilebilir (sosyal işlevsellikte artış, üretime katkı ve özgüvende artış, maddi koşullarının iyileşmesi vb.).

Tüm bu boyutlarıyla bir halk sağlığı sorunu olarak düşünüldüğünde sadece hastanın rahatsızlandığında hastaneye geldiği ve sonrasında tek başına bırakıldığı hastane temelli sistemin değiştirilmesi gerektiği çok açıktır. Bu çok boyutlu halk sorununu daha sistematik, kalıcı ve çağdaş şekilde çözebilmek için toplum temelli psikiyatri modeline geçmeliyiz ve tanımlanmış bölgeden sorumlu Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri açmalıyız.

### Kaynaklar

1) Türkiye Cumhuriyeti Ruh Sağlığı Politikası, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2006.

2) Foucault M. (1961) Deliliğin Tarihi (Çev. M. A. Kılıçbay). İmge Kitabevi, Ankara, 1992