

2005 Yılından 2017 Yılına Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nce Türkiye'de İlk Kez Uygulanan Korumalı Ev Projesi

Sema Baykara¹

ÖZET:

2005 yılından 2017 yılına Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nce Türkiye'de ilk kez uygulanan korumalı ev projesi

Bu makalede 2005-2017 yılları arasında Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesinde uygulanan Korumalı Evler Projesi rapor edilmiştir. Hasta Seçim ölçütlerinin kriterlerinin temelinde ruhsal engelli bireyin sosyal partisipasyon katılım eksikliği ve bundan kaynaklanan sosyal izolasyonunun olup, sosyal ve bireysel işlevselliğinin günlük hayatını sürdürmeye yetmeyecek düzeyde olması ile birlikte bireyin ya da vasisinin onayının olması, barınma sorununun olması, aile desteğinin olmaması, geçmişinde suç işlememiş, adli bir olaya karışmamış olması, aynı evde kalacağı bireylerle yaş gruplarının ve tanılarının uyumlu olması, birlikte yaşama kurallarına uyum sağlayacak beceride olup, rehabilitasyon süreçlerinden yararlanabilecek olmasıdır. Bu makalede, Korumalı Evler Projesinin tarihsel arkaplanı, süreç içerisinde yaşanan güçlükler ve bu evlerin hali hazırda durumları hakkında bilgi verilmiştir.

Anahtar kelimeler: korumalı ev, uzun süreli yatan hastalar, ruh sağlığı hastanesi

Journal of Mood Disorders (JMood) 2017;7(3):181-4

ABSTRACT:

Protected housing project constituted for the first time in Turkey by Elazığ Mental Health Hospital from 2005 to 2017

This paper reports the protected housing project, which was carried out at the Elazığ Mental Health and Disorders Hospital between 2005 and 2017. Patient selection criteria were; social participation deficits and social isolation, impairment in social and individual functioning, problems with housing, lacking family support, no criminal/ legal history, compatibility in terms of diagnoses and ages with housemates, having skills for living together, and ability to benefit from rehabilitation processes. In this paper, historical background of protected housing project has been outlined along with problems in terms of funding and current status of these houses at the Elazığ Mental Health and Disorders Hospital.

Keywords: protected housing, institutionalized patients, mental health hospital

Journal of Mood Disorders (JMood) 2017;7(3):181-4



¹Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Elazığ - Türkiye

Yazışma Adresi / Corresponding Author:
Dr. Sema Baykara,
Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi,
Elazığ, Türkiye

Elektronik posta adresi / E-mail address:
semabaykara@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of received:
1 Mayıs 2017 / May 1, 2017

Kabul tarihi / Date of acceptance:
20 Ağustos 2017 / August 20, 2017

Bağlantı beyanı:

S.B.: Yazar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Declaration of interest:

S.B.: The author reported no conflicts of interest related to this article.

GİRİŞ

Dünyada, yeti yitimi ve erken ölüme yol açan en sık 10 hastalıktan beşi psikiyatrik hastalıklardır. Şizofreni, yaşam kalitesi, sosyal işlevsellik ve yeti kaybına yol açan önemli psikiyatrik hastalıklardan biridir. Son yıllarda şizofreni hastalarının tedavisinde ilaç tedavisiyle birlikte ruhsal toplumsal tedavi yaklaşımlarının da oldukça yararlı olduğu ortaya çıkmıştır (1).

1970'li yılların başında İtalya'nın Trieste bölgesinde başlayan ilk girişimlerle büyük, depo şeklinde kullanılan akıl hastanelerinin kapatılması ve yerine tanımlanmış belli nüfuslu coğrafi alanlarda bölgesel hizmet veren toplum ruh

sağlığı merkezlerinin (TRSM) açılması ile kurumsal tabanlı hizmet modelinden toplum temelli hizmet modeline geçiş süreci başlamıştır. Bu model Avrupa'nın birçok ülkesinde uygulanarak başarılı sonuçlar alınmış, Dünya Sağlık Örgütü tarafından da benimsenerek desteklenmiştir (1). Toplum temelli hizmet modeli kapsamında Hollanda'da uygulanan 'korumalı ev' projesinde hastalar günlük yaşama uyum ve beceri eğitimleri olarak dört beş kişiden oluşan gruplar halinde hastane dışında kendileri için hazırlanan evlerde toplumla iç içe yaşamlarını sürdürmektedirler. Projenin amacı; şizofreni hastalarının topluma entegrasyon düzeylerini artırmak, alternatif rehabilitasyon yolları geliştirmek, şizofreninin toplum ve ruh sağlığı hastaneleri üzerindeki yükünü

azaltmak, hizmet alanların yaşam kalitesini artırmak, toplumun şizofreni konusundaki bilincini artırmak, damgalama ile ayrımcılığı ortadan kaldırmaktır (2).

Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (ERSHH) Türkiye'de ruh sağlığı alanında bölge hastanesi olarak hizmet veren beş büyük dal hastanesinden biridir. 1925 yılında Dr. Refik Saydam'ın talebi ve Atatürk'ün imzası ile Dr. Ahmet Şükrü Emed tarafından Elazığ Emrazı Akliye ve Asabiye Hastanesi ismiyle kurulmuştur. Halen 500 yatak kapasitesi, AMATEM, ÇEMATEM, TRSM, Korumalı Evler gibi spesifik birimleri ile 18 ile hizmet vererek bölgenin ruh sağlığı alanında önemli bir ihtiyacı karşılamaktadır.

Kurumsal tabanlı ruh sağlığı modelinden toplum temelli ruh sağlığı modeline geçiş bağlamında ERSHH'de hastaların hastanede daha kısa süre kalmaları, yeterli ve etkin aile desteğinin sağlanması, kendi başlarına bakımı ve rehabilitasyonu için çeşitli arayışlara girildi ve hastane yönetimi tarafından hazırlanan 'Kronik şizofrenili hastalarda rehabilitasyon ve korumalı ev' isimli proje 2005 yılında Avrupa Birliği'nce kabul gördü. Proje ortakları Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Hollanda Meerkanten Psikiyatri Hastanesi ve Hollanda HEAP araştırma şirketi olup, Avrupa Birliği MATRA fonlarından hibe ile 3 yıl süreli planlandı. Projenin uygulamaya konulmasından önce yoğun bir eğitim döneminden geçilerek, bir kısmı Hollanda'da olmak üzere çok sayıda eğitim çalışması düzenlendi. Meerkanten Psikiyatri Hastanesi çalışanlarından oluşan bir ekip Elazığ'a gelerek hastanede uygulanan projenin eğitimlerine bizzat katılıp Hollanda'daki modelin kurulmasında destek oldu. Eğitimlere psikiyatristler, psikologlar, sosyal çalışmacılar ve hemşireler katıldı. Projedeki hasta sayısının artmasıyla birlikte eğitilen ekip de genişletilerek yeni gruplar oluşturuldu.

2005 yılında hastane içerisinde beş bayan ve beş erkeğin kalabileceği iki ayrı ev, proje bütçesi tarafından tüm gereksinimler gözetilip tefriş edilerek 'geçiş evleri' adı altında açıldı. Yatarak ve ayaktan tedavi hizmeti alan hastalardan Seçim ölçütlerini uygun olanlar, eğitim amacıyla, yaklaşık üç aylık süreyle geçiş evlerine alındı. Hasta Seçim ölçütlerinin temelinde ruhsal engelli bireyin sosyal katılım eksikliği ve bundan kaynaklanan sosyal izolasyonunun olup, sosyal ve bireysel işlevselliğinin günlük hayatını sürdürmeye yetmeyecek düzeyde olması ile birlikte bireyin ya da vasisinin onayının olması, barınma sorununun olması, aile desteğinin olmaması, geçmişinde suç işlememiş, adli bir olaya karışmamış olması, aynı evde kalacağı bireylerle yaş gruplarının ve tanılarının uyumlu olması, toplu alan kurallarına

uyum sağlayacak beceride olup, rehabilitasyon süreçlerinden yararlanabilecek olması yer alır. Geçiş evleri, hastanın resosyalizasyon (toplumsal yaşama alıştırma, toplumsal yaşam kurallarını öğrenme: temizliğini yapma, beslenmesini düzenleme, sinema, tiyatroya gitme) ve rehabilitasyon (hastanın normal yaşama geçiş süreci, kendini ve toplumu tanıması, gereksinmelerini belirlemesi) süreçlerini geçirdiği evlerdir. Bu süreçte hastalara yalnızca gereksinimleri kadar destek verilerek kendi başına yetebilme becerisinin gelişebilmesi için olabildiğince az müdahale edilir. Zaman içerisinde hastalar günlük etkinliklerini kendileri planlayacak duruma gelmeleri konusunda eğitilir. Geçiş evlerinde yaşayan her hasta için hemşirelerce haftalık çalışma planı hazırlanarak günlük iş dağılımı belirlenir. Hemşireler bu plandaki uygulamaları izler. Böylece hastalar iş sorumluluğu almayı ve işi sonlandırma yeteneği kazanmayı öğrenirler (2).

Hastane dışındaki korumalı evler, hastane içindeki geçiş evlerine göre daha az kontrollü olup geçiş evleri sürecinde günlük işlerini planlayıp, uygulama becerisi gösterebilen, kendi kendilerine yetebilen hastalardan oluşturuldu. Temel amaç, hastalığı ön plana çıkarmadan daha az tıbbi tedavi ile toplumla iç içe bir yaşama uyumu sağlamaktır.

2008 yılı Mart ayında projenin Hollanda desteğinin son bulmasıyla birlikte hastane yönetimi ve proje ekibi projenin hastanemizin kendi kaynakları ile sürdürülmesi kararı aldı. Hastanemize bağlı beş korumalı ev, iki rehabilitasyon amaçlı aktivite merkezi ve korumalı evlerde barınan 20 hasta ile hizmet vermeye devam etti.

Her ne kadar iyi niyetler ve büyük gayretler gösterilse de, süreç içerisinde kronik ruhsal hastalıklara yönelik aşılması zor olan stigmatizasyon, bunun yol açtığı barınacak yer bulma ve yakın çevreleriyle iletişim kurmada hastaların karşılaştıkları sorunlar, finansmanın pratikte hastanemizce sağlanmasına rağmen teknik olarak birtakım engellerle karşılaşılmaması gibi nedenlerle korumalı evler projesi yaygınlaşamadı. Bu süreçte hastane dışında açılmış olan evler kapatılmış olup, halen hastane içerisinde yer alan iki evde kalan 12 hasta ile hizmet vermeye devam etmektedir.

Bugünkü haliyle korumalı evlerde bir uzman doktor, bir hemşire, bir sosyal hizmet uzmanı, bir psikolog görevlidir. Hasta seçim ölçütlerine uyarak evlere alınan her hastaya hemşire tarafından rehabilitasyon tedavi planı hazırlanmaktadır. Plan her hastanın kişisel gereksinim ve becerilerine göre, hastayla ilgili kişisel ve tıbbi bilgiler göz önünde bulundurulurken, sağlıklı yaşam ve kişisel bakım, günlük etkinlikler, boş zamanlarını değerlendirme, sosyal ve ailele

ilişkiler, inanç ve ibadetler, ekonomik durum gibi konularda bireyin tanınması; gözlenen sorunları ve diğer profesyonellerin (psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, din görevlisi) yardım alanları belirlenerek yapılır. Aylık ya da iki aylık sürelerle yapılan değerlendirme raporlarıyla, ilerlemeler gözden geçirilir. Hazırlanan haftalık planlarla hastalar arasında iş bölümü belirlenip, sorumluluk alma ve verilen işi takip etme yeteneklerinin artırılarak, ev içerisindeki işleyişin sağlanmasına çalışılır. Sorumlu hemşire bu planı hazırlar ve uygulamaları izler; hastalar, sabah erken kalkarak temizliklerini yapmak, kahvaltılarını birlikte hazırlamak, yaşadıkları ortamı düzenlemek, günlük etkinliklere katılmak, ilaçlarını tam ve zamanında almak için yönlendirilir. Eksiklikler tüm grup ve her hasta ile ayrı ayrı konuşulur. Projedeki hastalar konser, gezi, tiyatro gibi etkinliklere grup halinde düzenli olarak katılırlar. Zamanla hastalar haftalık plana gerek duymadan görev ve sorumluluklarını kendi başlarına yapmayı öğrenirler. Korunmalı evlerde kalan hastaların temel yaşam gereksinimleri için gerekli demirbaş eşyaları ve uzun vadeli erzak gereksinimleri hastane bütçesinden karşılanmakta olup, günlük gereksinimleri için kendi bütçelerini kullanabilmektedirler. Böylelikle para hesabı yapabilmek, bütçe yapıp onu yönetebilme yetenekleri de gelişmektedir.

Hastanemizde yatarak tedavi görmüş, sonradan proje kapsamında korunmalı evlere alınıp rehabilitasyon programlarına katılan hastalar ile aynı tanı ile servislerde yatarak tedavi gören hastalar arasında sosyal beceri, iletişim kurma, kendi kendine yetebilme, aile ile ilişkilerin düzeliş ve aile desteğinin artması, tedaviye uyumun artması ve buna bağlı olarak hastalık rekürrenslerinin azalması açısından büyük farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Korunmalı evlerde kalan hastalar daha yakın takiple tedavi hizmeti alarak yeni ataklardan korunmakta, servise yatışları azalmakta, yeti yitimleri engellenip, üretken hale gelmeleri ile aile ve toplumun yükü de azalmaktadır. Kavak ve Ekinci (3) tarafından yapılan çalışmanın sonucu da gözlemimizle uyumludur. Bu çalışmada korunmalı evlerde kalanların yaşam niteliklerinin ve işlevsellikte iyileşme düzeylerinin kendi evlerinde kalan şizofreni hastalarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yıldız ve arkadaşları (4) tarafından yapılan çalışmada şizofreni hastalarına yönelik verilen ruhsal toplumsal beceri eğitimi-

nin yaşam kalitesi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine olumlu katkı yaptığı saptanmıştır. Ayrıca Meksika'da ruhsal-toplumsal beceri eğitimi verilen ve verilmeyen remisyondaki kronik şizofreni hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada ruhsal toplumsal beceri eğitimi verilen grupta hastalık bulgularında, ruhsal toplumsal ve genel işlevsellikte istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düzelme olduğu görülmüştür (5). Hastalarımızın çoğunun korunmalı evlere ilk kabul aşamasında kişiler arasında iletişim kurmada sorunları olduğu ve ev içerisinde de benzer iletişim sorunları gösterip, zamanla toplu yaşamın kurallarına uyum sağladıkları gözlenmiştir. Verilen eğitimlerle hastalıkları konusunda içgörü kazandırılmış, hastalıkları ile ilgili belirtiler ortaya çıktığında fark edip, semptomlarını sağlık ekibine bildirecek düzeye ulaşmışlardır. Bu da rekürrenslerin daha erken fark edilmesini ve vakitinde tedavi düzenlenmesi ile servis yatışlarının azalmasını sağlamıştır. Halen korunmalı evlerde kalmakta olan on iki hastamızın son üç yıl içerisinde rekürrens ve buna bağlı olarak servise yatışları olmamıştır. Korunmalı eve kabul aşamasında sosyal güvencesi olmayan hastalara zaman içerisinde engelli bireylere sağlanan haklardan faydalanabilmeleri için resmi başvuruları yapılmış ve geliri olmayan hastaların engelli maaşından faydalanmaları sağlanmıştır.

Ülkemizde bir proje olarak yaşama geçirilen 'Korunmalı Evler' uygulaması, birçok ülkede ruh sağlığı sistemi içerisinde yıllardır vardır. 'Elinden tutup, topluma katalım' parolasıyla başlanan bu proje hastanemizde yatan birçok hasta için umut olmuş (2), ancak süreçte öngörülebilir ya da öngörülemez birtakım engeller nedeni ile ülke genelinde yaygınlaşamayıp, ERSHH ile sınırlı kalmıştır.

1970 yılında ruh sağlığında toplum temelli hizmet modelinin benimsenip TRSM'lerin kurulması ve ilerleyen yıllarda Korunmalı Evler'in açılmasıyla birlikte, 2005 yılında ülkemizde temeli atılan Korunmalı Evler'in tüm ülke genelinde yaygınlaşmasının sağlanması gereklidir. Şizofreni hastalarını damgalamak, toplumdaki uzaklaştırmak yerine onların verilen eğitimlerle topluma yeniden uyumunun sağlanması ve kendi gereksinimlerini karşılayarak, yok sayılan ve tüketen bireylerden olmaktan çıkartılıp, kabul edilen ve üreten bireyler olarak topluma kazandırılması sağlanmalıdır. Bu amaçla gerekli çalışmalar başlatılmalı ve ruh sağlığı ve hastalıkları hastaneleri bu konuda desteklenmelidir.

Kaynaklar:

1. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. Anadolu Psikiyatri Derg. 2013;14(2):108-14. [\[CrossRef\]](#)
2. Namlı M. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nce Türkiye'de İlk kez uygulanan korumalı ev projesi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2008;9(Ek Sayı 1):E24-E25.
3. Kavak F, Ekinci M. Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(1):588-98.
4. Yıldız M, Veznedaroglu B, Eryavuz A, Kayahan B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. Int J Psychiatry Clin Pract. 2004;8(4):219-25. [\[CrossRef\]](#)
5. Valencia M, Rascón ML, Juarez F, Murow E. A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia. Psychol Med. 2007;37(10):1393-402. [\[CrossRef\]](#)