

Psikiyatrik rehabilitasyon yönelimli gündüz hastanesi uygulaması: Kocaeli Üniversitesi deneyimi

Mustafa YILDIZ

Prof.Dr., Kocaeli Üniversitesi, İZMİT

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD'na bağlı olarak 1 Mart 2004 tarihinde faaliyete geçen Gündüz Hastanesi (GH) programı, psikotik bozukluklar poliklinik çalışmaları ile psikiyatrik rehabilitasyon çalışmalarının birlikte yürütüldüğü bir planı uygulamıştır. Burada iki yıllık sürede gerçekleştirilmiş olan çalışmalardan söz edilecektir.

Kuruluş

GH'nin kurulması dönemin Psikiyatri ABD Başkanı Prof.Dr. M. Emin Önder'in çabalarıyla gerçekleşmiştir. Lilly ilaç firmasının maddi desteği, Saraybahçe Belediyesi'nin yer temini, Kocaeli Üniversitesi Rektörlüğü ve Tıp Fakültesi Dekanlığı'nın desteği ile Saraybahçe Belediyesi'ne ait bir koruluk alanda (daha önce deprem sonrası ruhsal-toplumsal rehabilitasyon amaçlı kullanım için Yunanistan Hükümeti tarafından yaptırılmış olan) eski binalar yeniden düzenlenerek GH kurulmuştur. GH, KOÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD'nin bir uygulama yeri olarak çalışmıştır.

Çalışma şekli

GH'nin hasta kaynağını başlangıçta psikoz polikliniğine eskiden beri devam eden hastalar, daha sonra da yeni gelen psikotik bozukluğu olan hastalar oluşturmuştur. Mevcut personel ve onların mesleki donanımları dikkate alınarak öncelikle psikotik bozuklukların tedavisi ve rehabilitasyonu işlevinin yerine getirilmesi hedeflenmiştir. Klinikte yatarak tedavi gören hastalar daha sonra gündüz hastanesinde izlenmiştir.

Yapılanma

GH'nde çalışmak üzere görevlendirilen personelin özellikleri şöyledir: Sürekli çalışmak üzere üç hemşire, altı aylık döngüyle bir psikiyatri asistanı, bir sekreter, bir vezne çalışanı, üç temizlik

elemanı ve dört güvenlik görevlisi, tüm işleyişten sorumlu olan bir de öğretim üyesi.

GH binası girişte bekleme yeri, sekreter masası, vezne odası, poliklinik odası ve tedavi odası şeklinde düzenlendi. Bu şekilde normal bir hastane polikliniği gibi işleyişe olanak sağlandı. Aynı yerden geçilerek girilen koridorla birlikte mutfak, tuvalet ve banyolar, çok amaçlı salon, uğraşı odası, grup odası, kütüphane, uzman odası, eğitim hemşiresi odası ve uğraş hemşiresi odası konumlandı. Hastaların iç mekana girişi bireysel görüşmeler, grup eğitimleri, uğraş etkinlikleri, kütüphane etkinlikleri ya da diğer programlar çerçevesinde olası idi. Hastane binasının yanında bir de konferans salonu vardı, bazı eğitim programları orada gerçekleştirildi. Yürüyüş mesafesi yakınlığındaki bir arazi de tarım ve atölye çalışmaları için düzenlendi. Seracılık, çiçekçilik, galoş yapımı ve seramik çalışmaları bu bahçede gerçekleştirildi.

İŞLEVSEL ÇALIŞMA

Bir öğretim üyesi denetiminde haftanın ilk günü eğitim saatiyle (psikotik bozukluklar, tedavileri, toplumsal boyutları, rehabilitasyon çalışmaları ve diğer sosyal psikiyatri alanları) başlar. Bu programa tedavi ekibinin tüm üyeleri (asistan, hemşireler ve stajyer öğrenciler) katılır. Haftanın ilk günü ikinci saatte eğiticiler için denetim eğitimi yapılır. Tablo 1'de gösterildiği gibi poliklinik hizmetleri, eğitim, uğraşı ve spor-kültür çalışmaları hafta boyunca sürdürüldükten sonra, haftanın son yarım günü ekip halinde tüm haftada gerçekleştirilen etkinliklerin değerlendirilmesi yapılır ve bir sonraki haftanın etkinlikleri planlanır. Bu değerlendirmede hastaların genel gidişi, programların işleyişi, aksayan yanların giderilmesi tüm ekip üyelerinin ortak görüşleri doğrultusunda ele alınır.

Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9(ek sayı.1):9-13

10 Psikiyatrik rehabilitasyon yönelimli gündüz hastanesi uygulaması: Kocaeli Üniversitesi

Hastaların ilk değerlendirmesi klinik açıdan poliklinik hekimi, tedaviye uyum ve tedavi olanakları açısından tedavi hemşiresi ve aile, kaynak açısından da uğraşı hemşiresi tarafından yapılarak genel değerlendirme toplantısına getirilir. Bu değerlendirmeler için standart formlar kullanılır.

Hastaların ve ailelerin hangi programlara katılacakları ve programların işleyişi değerlendirme toplantılarında kararlaştırılır. Bir yıllık seminer programları planlanarak tedavi ekibinin eğitimi

sağlanmıştır. Yardımcı ekibin (sekreter, vezne görevlisi, temizlik elemanları, güvenlik görevlileri ve bahçıvan) eğitimi (ciddi ruhsal bozuklukların neler oldukları ve hangi sorunları doğurabildikleri, hastalara ve yakınlarına nasıl davranılması gerektiği, olası sorunların çözüm yöntemleri gibi konularda) ivedilik gerektirdiğinden ilk aylarda gerçekleştirilmiştir. Daha sonra da gerektiğince destek eğitimler verilmiştir.

Tablo 1. Gündüz hastanesi haftalık çalışma programı

Saat	Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma
9.00	EĞİTİM	ÖD UĞ PO	ÖD UĞ PO	ÖD UĞ BE	UĞ PO
10.00	EE UĞ PO	ÖD UĞ PO	ÖD UĞ PO	G1 UĞ BE	G2 UĞ PO
11.00	G1 UĞ PO	G2 UĞ PO	D1 UĞ PO	G1 UĞ BE	G2 UĞ PO
	YEMEK	YEMEK	YEMEK	YEMEK	YEMEK
13.30	G1 UĞ PO	G2 UĞ PO	TÇ TÇ PO	KY UĞ PO	
14.30	1A UĞ PO	2A UĞ PO	D2 UĞ PO	KY UĞ PO	DEĞERLENDİRME
15.30	SK PO	SK PO	SK PO	SK UĞ PO	

EE: Eğiticilerin eğitimi, UĞ: Uğraşı, ÖD: Ölçekle değerlendirme, PO: Poliklinik, G1: Grup I, G2: Grup II, 1A: Grup I aile üyeleri, 2A: Grup II aile üyeleri, TÇ: Tatlı çarşamba, D1: Destek grubu I, D2: Destek grubu II, SK: Spor-kültür, KY: Kilo yönetimi

1. TEDAVİ

a. Poliklinik hizmeti: Psikotik bozuklukların tedavisinin yürütüldüğü poliklinik çalışması şeklinde gerçekleşmiştir. Polikliniği son yıl araştırma görevlisi ve intern doktor birlikte yürütmüştür. Poliklinik odasında hastalarla yaklaşık yarım saat süren görüşmeler yapılmıştır. Hastaların ilaç tedavileri düzenlenmiş, gerektiğinde destekleyici ve bilişsel davranışçı yöntemlerle tedavi bütünlleştirilmiştir.

b. Tedavi hemşireliği: Poliklinikten tedavisi sürdürülen hastaların ve aile ya da ilgili yakınların ilaç kullanma ile ilgili kısa bir eğitimden geçmesi, tedavi hemşiresinin sorumluluğundadır. Aynı zamanda hastaların kan basıncı ve kilo izlemi de bu birimde yapılmıştır. Enjeksiyon yapılması gereken hastalar düzenli olarak tedavi hemşiresi tarafından izlenmiş ve hastaların düzenli ilaç kullanmaları sağlanmıştır. Hastaların için acil bir sorun çıktığında, tedavi hemşiresi aileler için bir danışman görevi de görmüştür. Tedavi hemşiresi polikliniğe ilk kez başvuran hastaların ilk poliklinik görüşmelerine de katılmıştır.

c. Kilo izleme programı: Beden kitle göstergesi (BKG) 27 ve üzerinde olan, aşırı kilolu ya da

şişman hastalara yönelik olarak davranışçı tedavi ilkelerini kullanan bir programdır. Haftalık görüşmeler, yürüyüşler, ev ödevleri ve yaklaşık beş aylık destek oturumlarıyla süren bu program tedavi hemşiresi ve ekibe sonradan katılan bir pratisyen hekim tarafından yürütülmüştür.

Hastaların nüfussal ve klinik özellikleri

İki yılda poliklinikte psikotik bozukluğu olan 428 hasta izlenmiştir. Hastaların 298'ine şizofreni, 55'ine sanrılı bozukluk, 25'ine şizoaffektif bozukluk ve 50'sine diğer psikotik bozukluklar (genel tıbbi duruma bağlı, madde kullanımına bağlı, BTA) tanısı konmuştur. Genelde antipsikotik ilaç tedavisinde olan tüm hastalar incelendiğinde ortalama BKG 27.19±5.03 idi. BKG 25-29 arasında olanların oranı %47.0, 30 ve üzerinde olanların oranı %23.4 idi. Buradan hastaların neredeyse dörtte üçünün kilo sorunu olduğu söylenebilir. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastaların nüfussal ve bazı klinik özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

2. HASTA VE AİLE EĞİTİMİ

Hastaların klinik düzelmelerinin yanı sıra ruhsal ve toplumsal iyilik hallerinin de sağlanması için

Tablo 2. Şizofreni (298) ve şizoaffektif bozukluk (25) hastalarının nüfus ve bazı klinik özellikleri

Özellikler	Ort.±SD / %
Yaş (aralık: 17-68)	34.46±11.16
Eğitim yılı (aralık: 0-17)	8.96±3.75
Ekonomik düzey ¹ (50-2000)	245.76±194.46
Hastalığın başlangıç yaşı (10-53)	24.41±8.04
Hastalığın süresi (yıl) (1-45)	10.17±8.60
Hastaneye yatış sayısı (0-15)	1.68±2.22
Yatış günü (0-850)	46.13±81.54
Tedavisiz geçen süre (ay) (0-204)	8.03±18.10
Beden kitle göstergesi (16-54)	27.18±5.03
Erkek	57.6
Bekar	65.6
Dul-boşanmış	17.7
İşsiz	48.3
Aileyle yaşıyor	65.0
Akrabalarda psikotik bozukluk	28.2
Aile desteği yetersiz	32.2
Sigara kullanımı	54.0
Şiddet davranışı	59.8
İntihar düşüncesi	59.8
İntihar davranışı	23.8
Adli olay	10.5
Kalıntı belirtiler ve sürekli	64.7
Tedaviye uyumsuz	28.8
EKT uygulaması	20.7
Majör depresyon ek tanısı	8.0
Hastalığın alt tipi	
Paranoid	58.6
Farklılaşmamış	21.9
Rezidüel	8.7
Dezorganize	2.2
Yalın	0.9
Şizoaffektif	7.7

¹ Bir ailede kişi başına YTL olarak düşen aylık gelir.

şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan hastalara ruhsal-toplumsal beceri eğitimi (RUTBE) programı uygulanmıştır. Bu program sosyal beceri eğitimi, grup tedavisi, bilişsel davranışçı tedaviler ve kişilerarası ilişkiler tedavi tekniklerini kullanan çerçevesi çizilmiş ve esnek uygulamaya olanak sağlayan bir programdır.¹⁻⁵ RUTBE temel kaynaklardan yararlanılarak yazar tarafından geliştirilmiş bir eğitmen ve yardımcısı tarafından kolay uygulanabilir şekilde düzenlenmiştir. Hasta eğitiminin yanı sıra aileyi de eğitime katması ayrıca uygulama kolaylığı getirmektedir. Normal eğitim süresi hastaların işlevsellik düzeyine göre değişmekle birlikte ortalama 5-6 ay sürer. Haftada iki gün 45'er dakikalık ikişer oturum halinde uygulanmaktadır.

Eğitim hemşireliği: RUTBE programı bu alanda eğitim almış eğitim hemşiresi tarafından gerçekleştirilmiştir. Eğitim hemşireliği hem hastaların, hem de yakınlarının ya da bakıcılarının hastalık ve tedaviyle ilgili bilgilenmesini sağlamak açısından psikiyatrik rehabilitasyon programlarının vazgeçilmez ögesi olarak görülmektedir.

İki yılda altı yeni grup eğitim aldı. Temel eğitim tamamlandıktan sonra hastalar destek eğitimlerine yönlendirilmektedir. Eski gruplardan gelen hastalar da (daha önceden eğitim almış olan 25 kişi) iki grup halinde destek eğitim oturumlarına katıldı. İki yılda 37 hasta temel eğitimi tamamlamıştır. Tablo 3'te gruplara katılan hasta sayısı, eğitimin süresi, oturum sayısı ve hastaların gruba devam oranları, Tablo 4'te eğitimi bırakan hastaların bırakma nedenleri verilmiştir.

RUTBE programına katılan hastaların işlevsellik düzeyleri program öncesinde ve sonrasında sosyal işlevsellik ölçeği (SİÖ)⁶ ile değerlendirilmiştir. Son iki yılda programa katılan 37 hastanın 33'ünün işlevsellikleri başlangıçtan önceki ay ve program bitiminden sonraki ay içinde ölçülmüştür. Aynı dönemde poliklinikten rutin tedavileri sürdürülen 23 hastanın da işlevselliği değerlendirilmiştir. Her iki grubun SİÖ puanları karşılaştırmalı olarak Tablo 5'te verilmiştir.

Ailelerin eğitime katılımı: Aile üyelerinin ya da hastaya bakma sorumluluğu olan bireylerin eğitim gruplarına katılımları, hastalarda olduğu kadar yüksek düzeyde olmamıştır. Ailelerin gruplara katılımı genelde %40 oranında gerçekleşmiştir. Farklı oturumlara farklı aile üyelerinin gelmesi de ayrı bir sorun olarak yaşanmıştır.

3. UĞRAŞ ÇALIŞMALARI

İş ve uğraş, yüzyıllar öncesinde Galen'de ifadesini bulduğu gibi doğanın doktorudur. Psikiyatrik rehabilitasyonda temel tedaviye eklenen ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi hastaların uğraşı ve iş alanlarında da yeni beceriler kazanmasıyla sürdürülmüş olmaktadır.

Uğraş hemşireliği: Çeşitli iş ve uğraş alanlarının rehabilitasyon hizmetlerinin içine alınması zor bir görevdir. Bu alanda uzmanlaşmış kişilere gereksinim vardır. Çeşitli programlarda farklı adlandırılmalar (uğraş terapisti, iş bulma koçu) kullanılmakla birlikte, biz uğraş etkinliklerinin düzenlenmesi ve sürdürülmesi işinin yürütülmesini 'uğraş hemşireliği' kavramıyla karşıladık. Uğraş hemşiresi gönüllü eğitmenler bularak ve kurumlararası işbirliğini sağlayarak hastalar için uğraş etkinliklerini düzenler.

Uğraş tedavileri takı-tasarım, ahşap boyama,

Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9(ek sayı.1):9-13

12 Psikiyatrik rehabilitasyon yönelimli gündüz hastanesi uygulaması: Kocaeli Üniversitesi

Tablo 3. Ruhsal-toplumsal beceri eğitimi grupları

Gruplar	Üye sayısı/ tamamlayan (ay)	Süre	Oturum sayısı	Devam oranı
I	6/5	6	96	75.63
II	8/8	5.5	80	87.50
II	7/5	5.5	80	75.50
IV	9/5	5	74	94.05
V	10/8	5	82	85.00
VI	6/6	7	102	73.50
Destek-I	13/9	23	158	69.50
Destek-II	12/11	18	134	84.37

Tablo 4. Hastaların grubu bırakma nedenleri

Grup	Nedenler
I	Yol masrafını karşılayamama (1)
III	Hastane yatma (1)
IV	İşe girme (1)
IV	İşe girme (1)
IV	Taşınma (1)
IV	İstememe (2)
V	Alevlenme (2)
Destek-I	İşe girme (1)
Destek-I	Hastane yatma (3)
Destek-II	İstememe (1)

tiyatro, resim, seramik çalışmaları, galoş üretimi, tarım ve sera çalışmaları şeklinde gerçekleşti. Üretilen ürünler (resim, takı-tasarım, ahşap boyama, seramik, galoş) her iki yılın sonunda da konferans salonunda düzenlenen halka açık sergilerle satışa sunuldu ve elde edilen gelirlerden hastalara pay verildi. Tiyatro çalışması ile grup İstanbul'da gerçekleştirilen bilimsel toplantılarda (III. Şizofreni Günleri ve Uluslararası Stigma Toplantılarında) iki kez gösteri düzenledi. Şizofreni hastalarının sahnede bir oyunu başla-

ıyla sergilemesi izleyiciler tarafından çok anlamlı bulundu.

Uğraş alanları ve çalışmalara katılan hastaların sayısı, katıldıkları oturum sayısı ve devam etme oranları Tablo 6'da verilmiştir. Birinci yıl toplam 29 hasta uğraşı etkinliklerinden yararlanırken, ikinci yıl yararlanan hasta sayısı 30 olmuştur. Aynı hastaların farklı rehabilitasyon çalışmalarından yararlanmaları söz konusu olmuştur. İkinci yıldaki hastaların 9'u geçen yıldan çalışmalara katılan aynı hastalardır. Böylece toplam 50 hasta uğraş programından yararlanmış oldu.

SONUÇ

İyi bir ekip çalışması ve düzenli işleyen bir program ile önemli sayıda hastaya hizmet verilebileceği ve özellikle psikotik hastalar için psikiyatrik bakımın kalitesinin artırılacağı söylenebilir. Bu uygulama Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Gündüz Hastanesi uygulamasından sonra Türkiye'de ikinci uygulamadır. Bu programın özgünlüğü yapılandırılmış bir eğitim programıyla desteklenmiş ve poliklinik çalışmalarıyla rehabilitasyon çalışmalarının birleştirilmiş olmasıdır. Hastaları tümüyle tanıyan bir ekibin hastalığın her aşamasındaki (acil, dengeleme ve sürdürüm) tedavi olanaklarını etkin ve verimli kullanması daha başarılı olacaktır.

Bazı gözlemler

1. İlaç tedavisi en uygun şekilde gerçekleştirilememiş hastaların rehabilitasyon programlarından yararlanma düzeyi düşük olmaktadır.
2. Zihinsel kısıtlılığı olan hastaların özel gruplar halinde eğitilmeleri daha verimli sonuçlar doğuracaktır.
3. Ruhsal toplumsal beceri eğitiminden geçmeyen hastaların doğrudan uğraşı programlarına katılmaları önerilmemelidir.
4. Kilo izleme programına katılım için de ruhsal toplumsal beceri eğitimi programından geçmiş olmak olumlu bir yararlanma göstergesidir.
5. Aile ya da bakım vericilerin eğitimi için farklı

Tablo 5. RUTBE programına katılan ve aynı dönemde poliklinikten izlenen hastaların sosyal işlevsellik düzeyleri ve ortalamaların karşılaştırılması

Sosyal işlevsellik	RUTBE grubu (n=33)	Poliklinik grubu (n=23)	İstatistik (gruplar arası)
Başlangıç	92.45 ± 37.31	72.78 ± 24.21	0.031
Son	110.18 ± 38.19	80.65 ± 24.75	0.002
İstatistik (grup içi)	0.001	0.098	

Anatolian Journal of Psychiatry 2008; 9(suppl.1):9-13

Tablo 6. Uğraş çalışma alanları ve katılım durumu (2004-2005 ve 2005-2006)

Çalışma alanları	2004-2005			2005-2006		
	Hasta sayısı	Oturum sayısı	Devam oranı	Hasta sayısı	Oturum sayısı	Devam oranı
Resim çalışması	13	28	71.8	13	30	56.7
Takı-tasarım	13	56	86.6	-	-	-
Ahşap boyama	12	56	60.8	-	-	-
Tiyatro çalışması	12	28	100.0	21	40	61.4
Galoş üretimi	4	28	90.5	16	44	57.5
Tarım ve sera	6	28	85.0	-	-	-
Seramik çalışması	-	-	-	20	12	77.0

bir programa ya da uygulamaya gereksinim var gibi görünmektedir.

6. Hastaların eğitim ya da uğraşı programlarıyla bağımlı hale getirilmesinden kaçınılmalıdır. Psikiyatrik rehabilitasyonda amacın, hastaların ola-

bildiğince erken bağımsız ve toplumsal yaşama geçişinin sağlanması olduğu unutulmamalıdır.

7. Evinden çıkmayan hastaların tedavi ve rehabilitasyonu için de uygun girişimlerde bulunulmalıdır.

Teşekkür

Gündüz Hastanesi programında yer alan Hem. Ayla Erol, Hem. Reyhan Elçim, Hem. Suna Candan, Dr. Şebnem Efendi, Psikolog Hüseyin Kutlu, sekreter Melda Taşdemir, bahçıvan Kadir Temel, vezneci Nihat Gürgen, temizlik personeli Hakan Çelebi, Ayşegül Büyüktemel, Kemal Çalışkan, güvenlik personeli Metin Baransel, Yusuf Soner, Timur Çağatay, Nusret Bulut, rotasyonla çalışmalara katılmış olan öğretim üyesi Yard. Doç. Dr. İrem Yaluğ, araştırma görevlileri Dr. Gülşah Kırımlı, Dr. Senem Tangürek, Dr. Gültürk Köroğlu, Dr. Ali Evren Tufan, Dr. Şükriye Boşgelmez, Dr. Cem Cerit ve Dr. Eylem Özten'e ve GH yönetiminde birlikte çalıştığımız Prof. Dr. M. Emin Önder ve Prof. Dr. Bülent Coşkun'a değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S, Agresta J. *Social skills training for schizophrenia a step-by-step guide*. New York: The Guilford Press; 1997.
2. Liberman LP, DeRisi W, Mueser KT. *Social skills training for psychiatric patients*. Boston, MA: Allyn and Bacon; 1989.
3. Kanas N. *Group therapy for schizophrenic patients*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1996.
4. Brenner HD, Roder V, Hodel B, Kienzie N, Reed D, Liberman RP. *Integrated psychological therapy for schizophrenic patients*. Bern: Hogrefe&Huber; 1995.
5. 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 Psych Clin Pract* 2004; 8:219-25.
6. Erakay SY. *Şizofreni tanılı hastalarda Sosyal İşlevsellik Ölçeği (SİÖ) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin araştırılması*. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İzmir; 2001.