

Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma

Prevention of Mental Disorders: Conceptual Framework and Classification

Bülent Kadri Gültekin ¹

¹ Uzm. Dr., Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Bolu

ÖZET

Dünyada her dört kişiden biri yaşamı boyunca bir ya da daha fazla ruhsal ve davranışsal sorunlar yaşamaktadır. Dünyada yeti kaybı ve erken ölüme yol açan on hastalıktan beşi ruhsal bozukluklar kaynaklıdır. Ruhsal bozukluklar topluma sadece psikolojik, ruhsal ve ekonomik yüke yol açmayıp aynı zamanda fiziksel hastalık riskini de artırmaktadır. Ruh sağlığında önlemenin geçmişi yüzyıla dayanmakla beraber son 25 yılda hızlı gelişmeler kaydedilmiş değiştirilebilir risk ve koruyucu faktörler hakkındaki bilgiler artmıştır. Bu süreçte fetal yaşama kadar uzanan süreçteki biyolojik, psikolojik, sosyal ve toplumsal risk ve koruyucu faktörler ve bunların etkileşimi tanımlanmış ve değiştirilebilenlere yönelik müdahaleler hedeflenmiştir. Bu yazıda ruhsal bozuklukları önleme kavramının temel bir çerçeve içinde ele alınması ve bu yaklaşımların sınıflandırmasına yönelik çalışmaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Ruh Sağlığı, Ruhsal Bozukluklar, Önleme

ABSTRACT

One person in four will develop one or more of mental disorders during their lifetime. Five of the ten leading causes of disability and premature death worldwide are psychiatric conditions. Mental disorders represent not only an immense psychological, social and economic burden to society, but also increase the risk of physical illnesses. Prevention in mental health has a history of over 100 years. Over the past 25 years the multidisciplinary field of prevention science in mental health has developed at a rapid pace, facilitated by increasing knowledge on malleable risk and protective factors. Prevention needs to be a multipronged effort because of mental disorders have multiple determinants. Biological, psychological, social and societal risk and protective factors and their interactions have been identified across the lifespan from as early as fetal life. Many of these factors are malleable and therefore potential targets for prevention and promotion measures. The aim of this article was to consider the conceptual framework of prevention of mental disorders and evaluate the studies concerning the classification of such approaches.

Keywords: Mental Health, Mental Disorders, Prevention

(Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2010; 2(4):583-594)

Çevrimiçi adresi/ Available online at: www.cappsy.org/archives/vol2/no4/

Çevrimiçi yayım tarihi / Online publication date: 05 Temmuz 2010 / July 05, 2010

Tarihsel süreç içerisinde, önleme göz ardı edilerek ruh sağlığı alanında tedavi yaklaşımları ön plana çıkmıştır. Ruh sağlığı alanında baskın olan görüş ciddi ruhsal sorun yaşayan hastalara ulaşmaktır. Bu aslında buzdağının görünen yüzünün bile çok küçük bir kısmıdır. Oysa ki artan tedavi etkinliği yeni ruhsal sorunların ortaya çıkmayacağı anlamına gelmemektedir. Yani ruh sağlığı sorunu olan birinin tedavisiyle, yeni ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıkması önlenememektedir. Ruhsal bozuklukları önleme kavramının yüzyılı aşkın bir öyküsü olmasına rağmen özellikle son 25 yılda hızlı bir gelişim göstermiş ve çok sayıda bilimsel yayın ve etkin programlar yapılmıştır. Son yıllarda ruhsal sorunlar/ bozukluklarla ilgili risk ve koruyucu faktörlerle ilgili çok şey öğrenildi aynı zamanda kanıta dayalı müdahalelerin sonuçlarının da ortaya çıkması önleme çalışmalarının ön plana çıkmasına neden oldu.

Dünyada ve ülkemizde ruhsal bozuklukları önleme konusunda yapılmış az sayıda çalışma/araştırma vardır. Bu çalışmada ruhsal bozuklukları önleme kavramının temel bir çerçeve içinde ele alınması ve bu yaklaşımların sınıflandırmasına yönelik çalışmalar değerlendirilip tartışılmıştır.

Ruhsal Bozuklukların Önlenmesinde Kavramsal Çerçeve

Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sağlığı, sadece hastalık ve sakatlıkların olmaması değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlayan çağdaş sağlık anlayışı, sağlığın çok boyutlu özelliğini ortaya koyan temel kavramlardan biridir.[1] Fiziksel ve ruhsal sağlık bir bütündür, birinin bozukluğu diğ erinin bozulma riskini artırmaktadır. Ruhsal ve fiziksel sağlık arasında da ilişki vardır. Örneğin kardiyovasküler hastalıklar depresyona, depresyon da kardiyovasküler hastalıklara yol açabilmektedir. Bazı risk faktörleri örneğin kötü barınma koşulları hem ruhsal sorunlara hem de fiziksel sağlığın bozulmasına yol açabilmektedir. Ruhsal sorunlarla ilgili risk faktörlerini azaltmayı ve koruyucu faktörleri artırmayı amaçlayan önleyici müdahaleler ön plana çıkmıştır.

Geçmişte önleme konusu sadece halk sağlığı alanının ilgilendiği bir konuyken son yıllarda diğ er tıp branşları ve psikiyatri tarafından da benimsenmiştir. Önceleri sadece bireysel tedaviyle uğraş an tıp bilimleri ve psikiyatri bu hastalıkların yaygınlığı ve yaşlanan nüfusla birlikte toplum temelli önleme çalışmalarının önemini kavradılar.[2] Genel anlamda ruhsal sorunları önleme diğ er alanlardakilerden nüans farklılıkları gösterir. Ruhsal bozuklukları önleme; ruhsal bozuklukların sıklığı, yaygınlığı azaltmayı, hastalıkların

tekrarlamasını önleme ya da geciktirmeyi, ve hastalığın etkilenen birey, aileleri ve toplum üzerine etkisini azaltmayı amaçlar.[3]

Aslında ruhsal bozuklukları önleme kavramı halk sağlığındaki "toplumu etkileyen temel sağlık problemlerini çözmek için bölgesel, merkezi, ulusal ve uluslar arası kaynakların harekete geçirme sürecidir" şeklindeki yaklaşıma dayandırılmış ve ruhsal sorunların önlenmesi için üç aşamadan oluşan bir model ortaya atılmıştır.

1. Risk ve koruyucu faktörlerin tanımlanması.
2. Önleme stratejileri geliştirme ve bunları sınıflama.
3. Belirlenen önleme stratejilerini toplumun yapısını göz önünde bulundurarak uyarlamak ve uygulamak.[4]

Klasik psikiyatrik tedavi bireyleri klinik ortamda tedavi etmeyi hedeflerken, önleyici müdahaleler okul, işyeri, toplum vb. ortamlarda ve özellikle birinci basamak başvuru merkezlerinde müdahaleyi hedeflemektedir.

Bir Halk Sağlığı Önceliği Olarak Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi

Halen dünyada ruhsal ve davranışsal bozukluğu olan yaklaşık 450 milyon kişinin olduğu düşünülmektedir. Her dört kişiden biri yaşamı boyunca bir ya da daha fazla ruhsal ve davranışsal sorunlar yaşamaktadır.[5] 18 yaş altı yaş grubunun 1/5'inin gelişimsel, ruhsal ve davranışsal sorunları vardır. Dünyada hastalık ve yaralanmalar kaynaklı Yeti yitimine göre düzenlenmiş yaşam yılları (Disability Adjusted Life Years=DALYs) kayıplarının %13'ünden nöropsikiyatrik hastalıklar sorumludur ve 2020 yılına kadar %15'e ulaşacağı, depresyonun tek başına %5.7'lik kayba yol açacağı tahmin edilmektedir.[6] Dünyada yeti yitimi ve erken ölüme en sık yol açan 10 hastalıktan 5'i depresyon, şizofreni, bipolar mizaç bozukluğu, alkolizm ve kompulsif bozukluk olmak üzere psikiyatrik sorunlar/hastalıklardır.[7] Ruhsal bozukluklar topluma sadece psikolojik, sosyal ve ekonomik yük getirmekle kalmayıp aynı zamanda fiziksel hastalık riskini de artırmaktadır.

Ruhsal bozuklukların ekonomiye yükü oldukça yüksek olup bu hastalıklar bireye, ailelere ve topluma oldukça pahalıya mal olmaktadır. Ruhsal sorunların Amerika Birleşik Devletleri'ne yıllık maliyeti 147 milyar dolara ulaşmış olup bu rakam kanser, akciğer hastalıkları ya da AIDS için harcanandan daha fazladır.[8] Düşük gelir seviyesi olan ülkelerde doğrudan maliyeti bu rakamlara ulaşmasa da üretim kaybı nedeniyle oldukça önemli ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Dahası bu ülkelerde gerekli tedavi eksikliği hastalığın tedavisiz geçen süresini artırmakta ve yeti yitimine yol açarak dolaylı olarak maliyeti artırmaktadır. Genel olarak ruhsal bozuklukların eko-

nomik maliyeti çok büyük olup kolayca ölçülememektedir. Sağlık ve sosyal hizmet alımındaki maliyetlerine ek olarak iş kaybı, üretim azlığı, ailelere ve bakım vericilere etkisi, toplumun güvenliği ve suç seviyesine katkısı, erken ölümlere yol açması, damgalanma/ayrımcılık vb. ölçümü zor ekonomik zorluklara yol açmaktadır.[5]

Ruhsal bozuklukları önleme hastalıkların ülkeye yüklerini önlemede en etkili yollardan biridir. Ruhsal bozuklukların sağlık, sosyal ve ekonomik yükünü azaltmak isteyen ülke ve toplumların ruh sağlığı politikalarını oluştururken, yasaları hazırlarken ve karar verirken ruh sağlığında önleme ve iyileştirmeye daha fazla yer vermesi beklenilmektedir.

Bir İnsan Hakları Sorunu Olarak Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi

Ruhsal bozukluklar kaçınılmaz olarak insan haklarıyla bağlantılıdır. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin ve ailelerinin damgalanma, ayrımcılık ve insan hakları ihlali yoğun ve yaygındır. Bu durum kısmen de ruhsal bozukluklara karşı etkin önleme ve tedavi biçimlerinin olmadığı genel algılamasının sonucudur. Etkin önleme bu algılamayı ve toplumun bakış açısını değiştirmede önemlidir. Ayrıca cinsel istismar, şiddet, savaş, ayrımcılık, yoksulluk, eğitimsizlik ruhsal sorunların gelişimine ve ruhsal bozuklukların başlamasına yol açmaktadır. Ruhsal bozuklukları önleme eylem ve politikaları temel insan hakları koruma ve geliştirme politikalarının bir parçasıdır.[9]

Temel insan haklarına duyarlı birey ve toplumların bu konudaki tutumları da önemli belirleyicilerden biridir. Bu yüzden etkin önleme yöntemlerinin çoğu toplumdaki sosyal eşitlik, fırsat eşitliği, toplumdaki yatkın insanların bakımı gibi temel ilkelerin bir karışımı olup gıda ihtiyacının temini, temel eğitimin sağlanması, temel ekonomik ihtiyaçların sağlanması, cins ve ırk temelli ayrımcılığın azaltılması gibi müdahaleleri içermektedir.

Ruh sağlığını önemli derecede tehdit eden ve ne yazık ki oldukça yaygın olan bir konu da bireyler, toplumlar ve ülkeler arasındaki çatışma ve şiddettir. Bunların sonucu ortaya çıkan ruhsal stres ve bozukluklar yaygındır. Bu şiddet uygulamalarını ve çatışmaları önlemek büyük bir sosyal çabayı gerektirmektedir. Ancak ruh sağlığı profesyonellerinin yapabileceği şey daha çok bu durumların negatif sonuçlarını iyileştirmek ve gerekli insani yardımı sağlamaktır.[9]

Önleyici Program ve Politikalar

Önlemede etik nedenlerle ve sınırlı kaynakların optimum kullanımı amacıyla etkinliği kanıtlanmış önleyici program ve politikalara gereksinim vardır.

Önleme yöntemleri ülkelerin ihtiyaçlarına, kültürüne, durumlarına göre ayarlanmalıdır. Halen uygulamada olan çok sayıda kanıta dayalı önleyici program ve politikalar mevcuttur. Bunların risk faktörlerini azalttığı, koruyucu faktörleri güçlendirdiği, psikiyatrik semptomları ve yeti yitimini azalttığı ve bazı ruhsal hastalıkların başlayışını önlediği bulunmuştur. Bunlar aynı zamanda ruh sağlığını iyileştirme, daha iyi bir fiziksel sağlığa katkı yapma ve sosyal ve ekonomik yarar sağlamada da etkilidirler. Bu çok farklı boyutlu müdahaleler önlemenin maliyet-etkin (cost-effective) olduğunu göstermektedir.[9]

Araştırma Bulguları

Araştırmalar uzun dönemli sonuçları da ortaya çıkmaya başlamıştır. Cuijpers ve arkadaşları [10] tarafından depresif bozuklukların sıklığını azaltmaya yönelik yapılmış 21 randomize kontrollü psikolojik müdahalenin (2 genel/universal, 11 seçici/selective ve 8 gerekli indicated/gerekli) meta analizinde; 5806 kişide ve 3-36 aylık izlem sonucunda önleyici müdahalelerin depresif bozukluk sıklığını kontrol grubuna oranla ortalama %22 oranında azalttığı bulunmuştur. Klam ve arkadaşlarının [11] 19 okul ve 41 sınıfta yapılan ve öğretmenler tarafından uygulanan sınıf temelli davranış yönetimi çalışmasında, normal sınıflardaki öğrencilere göre (müdahale yapılmayan sınıflar), alkol ve madde kullanım oranını azalttığı, sigara bırakma oranını artırdığı, şiddet ve özkıyım davranışlarını azalttığı bulunmuştur.

Önleme yöntemleri süreç içerisinde klinikte de uygulama alanları bulmuştur. Reçete edilen antipsikotiklerin metabolik sendrom risklerini takip uygulamaları buna örnek olarak verilebilir.[12] Aynı zamanda erken tanıyı sağlamak amacıyla geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış tarama ölçekleri de yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır.

Ruhsal bozuklukları önleme müdahalelerinde bir diğer temel dayanak epidemiyolojik araştırmalardır. Örneğin Kesler ve arkadaşları ruhsal bozuklukların yarısının başlama yaşının 14 olduğunu saptamışlardır. Bu bulgu önleme müdahalelerinin zamanlaması konusunda yol gösterici olmuştur.[13] Cooper ve arkadaşlarının [14] bir toplum temelli çalışmasında psikozlu hastaların yaklaşık 1/3'ü ilk yıl içerisinde tedavilerini terk etmişlerdir. Bu da relaps riskini 5 kat artırmıştır. Bu bulgu da relapsı önlemede yapılacak müdahaleler konusunda önemli bilgiler sağlamıştır.

Finansman ve Sektörler Arası İşbirliği

Ruhsal bozuklukların önlenmesinde halen çözülmemiş temel sorunlardan bir diğeri önleme için gerekli finansmanın kim tarafından karşılanacağıdır. Sağlık hizmetinin maliyeti tüm dünyada giderek arttığı için hizmet vericiler arasında rekabet yaratmaktadır.Önleyici yöntemlerin sonuçlarının uzun

dönemde ortaya çıkması önleyici yöntemlerin kısa dönemli tercihinde dezavantaj yaratmakta, sağlık hizmet vericiler önlemeyi temel görev ve sorumluluk olarak görmemektedirler. Bu noktada halk sağlığı yetkilileri ve sağlık profesyonelleri öncülük yapmalıdır. Etkin bir önleme, sektörler arası bir işbirliği gerektirir. Çevre, barınma, sosyal refah, iş, eğitim, adli suç ve insan hakları gibi ruh sağlığıyla ilişkili faktörler nedeniyle farklı sektörlerle işbirliği gerektirir. Önleyici programların oluşturulması ve uygulanmasında ruh sağlığı, halk sağlığı ve diğer sektörlerle işbirliği zor gibi görünse de gereklidir.[9]

Ruh Sağlığının İyileştirilmesi

Son yıllarda üzerinde durulan önemli kavramlardan biri olan ruh sağlığını iyileştirme, pozitif ruh sağlığını ifade etmektedir. Ruh sağlığını iyileştirme pozitif ruh sağlığını artırma, eşitsizlikleri azaltma, sosyal kazanç sağlama, sağlığı iyileştirme, ülkeler ve gruplar arasındaki sağlık farklılıklarını azaltmak için ruh sağlığını belirleyen faktörleri etkilemeyi amaçlar. Ruh sağlığını iyileştirme aktiviteleri optimal psikolojik ve psikososyal gelişimi sağlayan bireysel, sosyal ve çevresel faktörleri yaratmayı amaçlar. Bu girişimler pozitif ruh sağlığı oluşturmak, yaşam kalitesini artırmak ve ülkeler ve gruplar arasındaki sağlık beklentilerini azaltmayı hedefler. Ruhsal bozuklukların önlenmesi geniş kapsamlı ruh sağlığını iyileştirme stratejisinin amaç ve sonuçlarından biri olarak düşünülebilir.[15]

Ruhsal Bozuklukların Belirleyicileri

Ruhsal bozuklukların çok sayıda belirleyicisi mevcut olup önleme çok yönlü bir çabayı gerektirir: Sosyal, biyolojik ve nörolojik bilimler ruhsal bozukluk ve ruhsal sorunların gelişiminde koruyucu ve risk faktörlerini kavramamıza önemli katkılar yaptılar. Ruhsal bozukluklar arasındaki yüksek birliktelik ve onların fiziksel hastalıklarla ilişkisi ve sosyal problemler toplum sağlığına bütüncül yaklaşım gerektirir.

Ruhsal sorunlar; ruh sağlığı problemleri, semptomları ve bozukluklarını içerir. Önleyici müdahaleler ruhsal sorunlarla ilgili risk faktörlerini azaltma ve koruyucu faktörleri artırmayı amaçlar. Risk faktörleri hastalık başlama olasılığını artıran, şiddetini artıran ve süresinin uzamasına yol açan faktörlerdir. Koruyucu faktörler ise kişinin risk faktörlerine ve hastalıklara karşı direncini artıran koşullardır. Rutter tarafından "olumsuz sonuçlara yol açabilecek bazı çevresel sorunlara karşı bireyin yanıtını değiştiren, iyileştiren ve uyumunu artıran faktörler" olarak tanımlanmıştır.[16] Risk faktörleri, koruyucu faktörler ve bunların ilişkisinin ruhsal bozuklukların gelişmesine yol açtığına dair güçlü kanıtlar vardır.[17,18] Hem risk hem de koruyucu faktörler bireysel,

aileyle ilişkili, sosyal, ekonomik ve çevresel olabilir. Çoğu kez de risk faktörlerinin varlığı buna karşın koruyucu faktörlerin eksikliğinin birlikte bulunmasının kümülatif etkisi sonucu ruhsal olarak sağlıklı olan bireyi ruhsal sorunlara yatkınlığa, sonrasında ruhsal bir soruna ve en sonunda tam bir bozukluğa yol açmaktadır. Risk faktörlerinin bir kısmı değiştirilebilir bir kısmı ise değiştirilemez risk faktörleridir (doğum komplikasyonları, kromozom anomalileri vb.). Koruyucu müdahalelerde ele alınan faktörlerin değiştirilebilir olması ve hastalığa özel ya da genel risk ve koruyucu faktörleri kapsamaması zorunludur. Örneğin yoksulluk ve cinsel istismar depresyon, anksiyete ve madde kötüye kullanımında ortak bir faktörken negatif düşünme daha çok depresyonla daha yakın ilişkilidir.

Sosyal, Çevresel ve Ekonomik Belirleyiciler

Başlıca sosyoekonomik ve çevresel belirleyiciler yoksulluk, savaş ve adaletsizliktir. Örneğin savaş ve benzeri travmalar travma sonrası stres bozukluğuna, depresyona, anksiyeteye ve alkol kullanım bozukluklarına yol açmaktadır.[19] Ayrıca travmaya uğrayan insanların çocuklarında ruhsal sorunlara yatkınlığa yol açmaktadır.

Bireysel ve Aileyle İlişkili Faktörler

Bireysel ve aileyle ilişkili risk ve koruyucu faktörler biyolojik, duygusal, bilişsel, davranışsal, kişilerarası ya da aile yapısıyla ilişkili olabilir. Bunların yaşamın belirli dönemlerinde çok belirleyici olabilir hatta sonraki kuşakları etkileyebilir. Örneğin cinsel istismar veya hamilelik/çocukluk dönemi ebeveyn ruhsal hastalıkları yaşamın ileri dönemlerinde ve sonraki kuşaklarda anksiyete ve depresyona yol açabilmekte buna karşın güvenli bağlanma aile sosyal desteği bu risk faktörlerini azaltabilmektedir.[16,17] Çelikkol [22] ise ruhsal bozukluklar hakkında bilinen risk faktörlerini demografik özellikler (yaş, cins, sosyoekonomik durum vb), bedensel, toplumsal-çevresel etkenler ve fiziksel çevredeki hastalandırıcı etkenler olarak dört grupta toplamıştır

Sartorius (23), risk faktörleri sayısının fazlalığıyla ruhsal bozukluğun ortaya çıkma olasılığının paralellik gösterdiğini ve aynı zamanda risk faktörlerinin sayısının tipinden daha önemli olduğunu belirtmiş ve ruhsal bozuklukları önleme çabalarının dört yönden önemli olduğunu belirtmiştir:

1. Ruhsal bozuklukları önlemek yararlı ve gereklidir.
2. Ruhsal sorunların ortaya çıkmasında risk faktörlerinin sayısı önemli bir faktördür. Risk faktörlerinin değiştirilebilir olanlarını değiştirmek risk faktörlerinin sayısını azaltacak, ortaya çıkmasını engelleyebilecektir.

3. Ruhsal sorunların ortaya çıkmasındaki kompleks patogeneze nedeniyle önleme araştırmalarının etyolojiden çok farklı sosyal sektörlerdeki risk faktörlerini önlemeye kaydırılmasının daha yararlı olacağını belirtmektedir.
4. Bu aynı zamanda diğeri ruhsal olan/olmayan sorunların oluşmasını engelleyecektir.

Ruhsal Bozuklukların Önlenmesinde Sınıflandırmalar

Ruhsal bozuklukları önlemede iki sınıflandırma biçimi vardır. İki birincil, ikincil ve üçüncül şeklinde klasik halk sağılığı sınıflaması, diğeri ise genel, seçici ve gerekli önleyici müdahaleleri içeren daha yeni olan ve 1994 yılında Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) tarafından geliştirilmiş bir sınıflamadır. Klasik halk sağılığı sınıflaması tedavi de dahil olmak üzere hastalığın her aşamasına müdahaleyi içerirken, Tıp Enstitüsü tarafından geliştirilen yeni sınıflama hastalık DSM'deki tanı ölçütleri oluşuncaya kadarki süreçte yani hastalık tam oluşmadan önceki süreçte müdahaleyi hedeflemektedir.[2,9]

Klasik Halk Sağılığı Önleme Sınıflandırması

Birincil Önleme (Primer Önleme)

Ruh sağılığı sorunları ortaya çıkmadan gerekli önleyici tedbirleri alarak hastalığın ortaya çıkmasını önlemektir. Amaç, risk faktörlerini azaltmak, hastalık nedeni olan faktörleri yok etmek ve direnci artırmaktır. Hastalık/sorun/olumsuz olaylardan kaynaklanan yeni olguların (insidans) sayısını azaltmayı hedefler. Genellikle bireysel ve toplumsal çabalarla sağılığı korur ve genelde halk sağılığı uğraşı alanıdır. Ekonomik farklılık ve olumsuz yaşam olayları gibi sosyal ve ekonomik faktörleri azaltarak depresyon ve anksiyete gibi yaygın psikiyatrik hastalıkların oluşmasını engellemek ya da çocukluk çağı olumsuz yaşam olaylarını engelleyerek sonraki dönemde olası ruhsal bozuklukları engelleme örnek olarak gösterilebilir. Weich ve arkadaşları birinci basamak başvurusu sonrası yüksek risk gruplarına yapılacak sosyal müdahalelerin hastalığın yaygınlığını azaltma kapasitesinin son derece sınırlı olduğunu buna karşın toplum temelli risk azaltma stratejilerin/ müdahalelerin daha etkin olduğu göstermişlerdir.[24]

İkincil Önleme (Sekonder Önleme)

Hastalık oluşma sürecini semptomatik hale gelmeden durdurmayı dolayısıyla hastalığın ileri evrelerine müdahaleyi hedefler.[25] Erken tanı ve tedaviyle ruhsal hastalıkların prevalans ve süresini azaltmayı hedefler, İkincil önleme için toplumda tarayıcı programlar yapılarak riskli bireyler ya da ortamlar belirlenebilir.[26] Erken tanı ve tedaviyle toplumdaki hastalığın/ bozuklu-

ğün/olumsuz sonuçların görülme sıklığını/yaygınlığını (prevalans) azaltmayı hedefler. Psikiyatride örnekleri; depresyon semptomlarının taranması yoluyla tam bir depresyonun oluşumunun engellenmesi ya da özkıyım düşüncelerinin taranarak özkıyım girişim ya da tamamlanmış özkıyımların önlenmesidir.

Üçüncül Önleme (Tersiyer Önleme)

Mevcut hastalık, bozukluk ve sorunların fiziksel ve sosyal sonuçlarını ya da yeti kaybını azaltmayı hedefler. Bu haliyle de hastalığın semptomatik evresinde müdahaleyi hedefleyerek yeti kaybını azaltmayı, rehabilitasyonu, hastalıkların tekrarlaması ve depreşmesini önlemeyi amaçlar.[2] Psikiyatride daha çok hastalıkların depreşmesini önlemeyi, ikincil eştanıların gelişmesini önlemeyi, tedaviyle psikososyal işlevselliği artırmayı, tekrarlayan hasta yatışlarını önlemeyi, sosyal iletişimi artırmayı, vasıflı iş sihibi olmalarını hedefler. Özellikle şizofreni, ciddi duygudurum bozuklukları ve kişilik bozukluklarında üçüncül müdahale önemlidir. Bunların yeniden topluma katılmasının sağlanması, eğitimlerini tamamlamalarına yardım edilmesi, sosyal destek sistemlerini kurulması önemlidir. Bu çerçevede ülkemizde de Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesine bağlı olarak kurulan Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde psikotik hastalara yönelik olarak yapılan sosyal beceri, eğitim, iletişim, grup terapileri örnek verilebilir.

Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine) Önleme Sınıflandırması

Tıp Enstitüsü 1994 yılında ruhsal bozuklukların önlenmesinde yeni bir sınıflandırma önermiştir.[8] Öne sürülen yeni sınıflama hastalık oluşmadan önceki süreçte müdahaleyi hedefler ve bu boyutuyla klasik sınıflamadaki birincil önlemeye karşılık gelebilir. Bazı yazarlar tarafından birincil önleminin üç alt grubu olarak değerlendirilmiştir. Bu sınıflamada üç gruba ayrılmaktadır.

Genel Önleme (Universal Prevention)

Risk seviyesine bakılmaksızın tüm toplum üyelerine uygulanır. Madde kullanımı ya da sigara kullanımını azaltmak amacıyla yapılan medya kampanyaları örnek olarak verilebilir.[8]

Seçici Önleme (Selective Prevention)

Bir ruhsal bozukluk geliştirme riski toplum geneline göre yüksek olan kişilere uygulanır. Bu müdahale ile bozukluğun gelişimi ya da ilerlemesi durulmuş olur. Biyolojik, psikolojik ya da sosyal risk faktörlerini taşıyanlar hedef gruptur. Ebeveynleri depresyon gibi ruhsal bozukluğu olan çocuklara yapılan psikolojik tedavi örnek olarak verilebilir.[2,9]

Gerekli Önleme (Indicated Prevention)

Henüz hastalık tanı ölçütlerini karşılamayan ancak ruhsal bozukluğu gösteren biyolojik markerlerin varlığı ya da ruhsal bozukluğun habercisi olan minimum ancak saptanabilen semptom ve bulguların saptandığı yüksek risk gruplarını hedefler. Metabolik sendrom riski olanlara yapılan müdahale ya da prodromal şizofrenilere yapılan müdahale önemli müdahale örnekleridir.[2,9]

Ruhsal Bozuklukları Önlemede Birinci Basamağın Rolü

Birinci basamak sağlık sistemine giriş noktası olması bakımından ruhsal bozuklukları önlemede diğer sağlık hizmet basamaklarına göre ayrı bir öneme sahiptir. Birinci basamak kolay ulaşılabilmesi, diğer hizmet veren kurumlara göre daha fazla insanla iletişim kurabilmesi nedeniyle önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle erken tanı ve tedavideki önemli rolü nedeniyle daha çok ikincil korumada oldukça önemlidir. On dört ülkeden 26.000 kişinin katıldığı bir çalışmada birinci basamakta depresyon %10.4 oranında, yaygın anksiyete bozukluğu %7.4 oranında görülmesi ruhsal bozuklukları önlemede birinci basamağın rolünün ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Dünyanın çoğu bölgesinde her 3-4 tedavi edilebilir ruhsal sorunları olan kişiden birinin birinci basamağa başvurduğu düşünülürse birinci basamağın merkezi rolü yeterince anlaşılabilir. Ruhsal bozuklukların oluşumuna genetik faktörlerin belirgin etkisi birinci basamakta önleyici tedbirlerin etkisini sınırlamasına rağmen belirli alanlarda umut verici uygulamalar mevcuttur. Bu alanlar çocukluk çağı ruhsal problemlerin önlenmesi, doğum sonu depresyon, yas, alkolle ilişkili problemler, özkiyim vb. dir.[27]

Sonuç

Her dört kişiden biri yaşamı boyunca bir ya da daha fazla ruhsal ve davranışsal sorunlar yaşaması, dünyada yeti yitimi ve erken ölüme en sık yol açan 10 hastalıktan 5'ini psikiyatrik sorunların oluşturması ruhsal sorunları bir halk sağlığı önceliği haline getirmiştir. Önemli oranda ekonomik kayıplara da yol açmaktadır. Son yıllarda ruhsal sorunlar/ bozukluklarla ilgili risk ve koruyucu faktörlerle ilgili artan bilgi ve kanıta dayalı önleme müdahalelerinin olumlu sonuçları önleme çalışmalarının ön plana çıkmasına neden oldu. Önleme çalışmaları ruhsal bozuklukların sıklığını, yaygınlığı azaltma, hastalıkların tekrarlamasını önleme ya da geciktirme, hastalığın etkilenen birey, aileleri ve toplum üzerine etkisini azaltmayı amaçlar. Ruhsal bozuklukların sağlık, sosyal ve ekonomik yükünü azaltmak isteyen ülke ve toplumlar sağlık/ruh sağlığı politika oluştururken, yasaları hazırlarken ve karar verirken

ruh sağlığında önleme ve iyileştirmeye daha fazla yer vermelidirler. Ruhsal bozuklukları önleme hastalıkların ülkeye yüklerini önlemede en etkili yollar-dan biridir.

Kaynaklar

1. World Health Organization. WHO Basic documents, 143rd ed. Geneva, World Health Organization, 2001.
2. Compton MT, Koplan C, Oleskey C, Povers RA, Pruitt D, Wissow L. Prevention in mental health. In Clinical Manual of Prevention in Mental Health (Ed MT Compton): 1-22. Arlington, American Psychiatric Publishing, 2010.
3. Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, National Academy Press, 1994.
4. Tyrer P, Tyrer F. Public mental health In Oxford Textbook of Public Health. 3rd ed (Eds R Detels, J McEwen, R Beaglehole, H Tanaka): 1309-1328. Oxford, Oxford University Press, 2002
5. World Health Organization (WHO). The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva, World Health Organization, 2001.
6. World Health Organization (WHO). The world health report 2004: Changing history. Geneva, World Health Organization, 2004.
7. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020. Geneva, World Bank, World Health Organization and Harvard School of Public Health, 1996.
8. Institute of Medicine. Utilization management by third parties: Controlling costs and changing patient care? The role of utilization management. Washington DC, Institute of Medicine, 1989.
9. World Health Organization . Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options, Summary Reports. Geneva, WHO, 2004.
10. Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman, A. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. Am J Psychiatry 2008; 165:1272-1280.
11. Kelam SG, Brown CH, Poduska JM, Lalongo NS, Wang W, Toyinbo P. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. Drug Alcohol Depend 2008; 95 (Suppl 1):5-28.
12. Nasrallah HA, Newcomer JW. Atypical antipsychotics and metabolic dysregulation: evaluating the risk/benefit equation and improving the standard of care. J Clin Psychopharmacol 2004; 24 (Suppl 1):7-14.
13. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005; 62:593-602.
14. Cooper D, Moisan J, Gregoire JP. Adherence to atypical antipsychotic treatment among newly treated patients: a population-based study in schizophrenia. J Clin Psychiatry 2007; 68:818-825.

15. Hosman C, Jané-Llopis E. Political challenges 2: mental health. In *The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe* (Ed International Union for Health Promotion and Education): 29-41. Brussels, ECSC-EC-EAEC, 1999.
16. Rutter M Resilience in the face of adversity. *Br J Psychiatry* 1985; 147:598-561.
17. Coie JD, Watt NF, West SG, Hawkins JD, Asarnov JR, Markman HJ et al. The science of prevention: a conceptual framework and some directions for a national research program. *Am Psychol* 1993; 48:1013-1022.
18. Ingram RE, Price JM. *Handbook of Vulnerability to Psychopathology: Risk Across The Lifespan*. New York, Guilford, 2000.
19. Musisi S, Mollica R, Weiss M. Supporting refugees and victims of war. In *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options* (Eds C Hosman, E Jané-Llopis, S Saxena). Oxford, Oxford University Press, 2005.
20. Hoefnagels C. Preventing child abuse and neglect. In *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*. (Eds C Hosman, E Jané-Llopis, S Saxena). Oxford, Oxford University Press, 2005.
21. Beardslee W, Solantaus T, van Doesum K. Coping with parental mental illness. In *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options* (Eds C Hosman, E Jané-Llopis, S Saxena S). Oxford, Oxford University Press, 2005.
22. Çelikkol A. *Ruh Hastalıklarından Korunma*. İstanbul, Gendaş, 1999.
23. Sartorius N. Primary prevention of mental disorders. In *Textbook of Community Psychiatry* (Eds G Thornicroft, G Szukler):487-494. Oxford, Oxford University Press, 2001.
24. Weich S, Lewis G, Churchill R, Mann A. Strategies for the prevention of psychiatric disorder in primary care in south London. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51:304-309.
25. Katz DL. *Epidemiology, Biostatistics, and Preventive Medicine Review*. New York, WB Saunders, 1997.
26. Last JM. *A Dictionary of Epidemiology*, 4 th Ed. New York, Oxford University Press, 2001.
27. Mavreas VG. Prevention of mental disorders in primary care. In *Issues in Preventive Psychiatry* (Eds Christodoulou GN, Lecic-Tosevski D, Kontaxakis VP):17-29. Basel, Karger, 1999.