

Yatış Süresinin Klinik-Demografik Özelliklerle İlişkisi: Bir Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Yataklı Servis Bulguları

The Relationship Between Length of Stay and Clinical-Demographic Features: A Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Clinic Findings

Ömer Uçur¹, Nusret Soylu², Sümeyra Güngören³, Özlem Doğan³, Zehra Alğan³, Serdar Karatoprak³, Özlem Özel Özcan³

¹Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Malatya, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

ÖZ

Amaç: Çocuk ve ergen psikiyatrisinde hastaların yatırılarak takip edilmeleri sağaltımda önemlidir. Olguların yatış sürelerinin uzunluğu demografik ve klinik özelliklere bağlı olarak değişebilir. Bu çalışmada bir çocuk ve ergen psikiyatri yataklı servisinde olguların yatış süresinin klinik ve demografik özellikler ile ilişkisine ait verilerin paylaşılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Yataklı Servisi'nde yatırılarak takip ve tedavi edilmiş olguların kayıtları incelendi. 2013 sonundan 2017 ortasına kadar yatırılmış ve taburcu edilmiş 379 olgunun demografik ve klinik özellikleri (ruhsal tanılar, bilişsel davranışçı terapi ve psikofarmakolojik tedavi, yatış özellikleri, psikometrik ölçek puanları) kaydedildi. Tüm değişkenlerin yatış süresine olan etkisi değerlendirildi. Yatış sürelerinin karşılaştırmalarında non-parametrik bir test olan Mann-Whitney U testi kullanıldı. Uygulanan psikometrik testlerin yatış süresi ile ilişkisine Pearson korelasyon katsayısı ile bakıldı.

Bulgular: Tüm olguların ortalama yatış süresi 20,05±19,69 gün idi. Olguların en kısa yatış süresi 1 gün iken en uzun yatış süresi 135 gündü. Adölesanlarda, örgün eğitimine devam edenlerde, ruhsal tanılardan şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, beslenme ve yeme bozuklukları ile travma ve stres ile ilişkili bozuklukları olanlarda, bilişsel davranışçı terapi ve psikofarmakolojik tedavi (antipsikotik, antidepressan, anksiyolitik) alan olgularda yatış süresi anlamlı olarak daha uzundu. Nörogelişimsel bozukluklar ve anlıksal yeti yitimi olan olgularda yatış süresi daha kısaydı. Çocuklarda Depresyon Ölçeği, Çocuklar için Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri, Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçek'leri puanlarının yatış süresinin uzunluğu ile pozitif yönde korele olduğu saptandı.

Sonuç: Ruhsal tanılar ve tedavi şekilleri yatış süresinin uzunluğunda belirleyici olabilir. Ülkemizde çocuk ve ergenlerde yataklı psikiyatri servisleri oldukça kısıtlı sayıdadır. Yatış süresinin demografik ve klinik özelliklerle ilişkisinin incelendiği daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, adölesan, psikiyatrik hastaneler, yatış süresi

ABSTRACT

Objectives: In psychiatry, the inpatient observational follow-up model is important in the treatment of children and adolescents. The length of stay may vary depending on demographic and clinical features. In this study, it was aimed to share data on the relationship between the duration of hospitalization and clinical and demographic characteristics of a child and adolescent psychiatric inpatient clinic.

Materials and Methods: The records of the patients who were followed up and treated after being hospitalized at İnönü University Faculty of Medicine, Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Clinic were examined. The demographic and clinical features (psychiatric diagnoses, psychotherapy and psychopharmacological treatment, hospitalization features, psychometric scale scores) of 379 patients who were hospitalized and discharged from late 2013 to mid-2017 were recorded. The effects of all variables on the length of stay were evaluated. The Mann-Whitney U test, which is a non-parametric test, was used for the comparison of length of stay. The relationship of the applied psychometric tests with the length of stay was evaluated by the Pearson correlation coefficient.

Results: The average length of stay was 20.05±19.69 days. The shortest hospital stay was 1 day, while the longest hospital stay was 135 days. The length of stay was significantly longer in adolescents, in those continuing education, in those having schizophrenia spectrum and other psychotic disorders, feeding and eating disorders, trauma and stressor related disorders, and in those taking cognitive behavioral therapy and psychopharmacological treatment (antipsychotic, antidepressant, anxiolytic). The length of stay was shorter in patients with neurodevelopmental disorders and intellectual disability. Children's Depression Scale, State-Trait Anxiety Inventories And Scores Of Post-Traumatic Stress Reaction Index were found to be positively correlated with length of stay.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Ömer Uçur, Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Malatya, Türkiye

Tel.: +90 530 376 63 70 E-posta: dr.omer.crs@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-7303-248X

Geliş Tarihi/Received: 24.04.2020 Kabul Tarihi/Accepted: 28.08.2020

©Telif Hakkı 2021 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayinevi tarafından yayınlanmıştır.



Conclusion: Psychiatric diagnoses and treatment modalities can be decisive in the length of stay. In our country, inpatient psychiatric clinics in children and adolescents are very limited. More studies are needed to examine the relationship between the duration of hospitalization and demographic and clinical features.

Keywords: Child, adolescent, psychiatric hospitals, length of stay

Giriş

Çocuk ve ergen psikiyatrisinde yataklı servisler klinik yakın takibin yapılması ve en uygun tedavinin belirlenmesinde önemlidir. Araştırmalar çoğunlukla çocuk ve ergenlerin ayaktan takip ve tedavilerine odaklanmıştır ve ülkemizde yatırılarak tedavi edilen olgular hakkında bilinenler kısıtlıdır. Yatış süresi hakkında yapılmış yaygın çalışmalar vardır, ancak çocuk ve ergen psikiyatri servislerinde yapılmış çalışmalar sınırlı görünmektedir. Yapılan çalışmaların önemli bir bölümü erişkin psikiyatri servislerinde yatırılarak takip edilmiş ergen hastalardan oluşmaktadır.¹⁻⁴

Çocuk ve ergen psikiyatri servislerinde yatış süresinin uzunluğu önemli bir veri olarak görülmektedir. Hatta yatış süreleri hakkında yazında sıklıkla hastanede kalış süresi “*Length of Stay*” ifadesi kullanılmıştır ve bu yatış süresi ifadesinin kavramlaştığını göstermektedir.^{1,2,5} Yatış süresinin ölçüldüğü bu çalışmalarda çocuk ve ergenlerin yatış süresinin 16-32 gün aralığında olduğu görülmektedir. Genellikle yatış süresinin uzunluğunu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Çocuk ve ergen psikiyatri hastalarının yataklı serviste yatışını etkileyen birçok faktör olduğu düşünülmektedir.¹⁻⁷

Çocuk ve ergen psikiyatrisinde yapılmış çalışmaların çoğunluğu yatış süresinin klinik ve sosyodemografik değişkenler ve klinik olmayan değişkenlerle ilişkisi hakkındadır. Klinik ve sosyodemografik değişkenlerin araştırıldığı çalışmalarda yatış süresi ile demografik özellikler, ruhsal tanılar, intihar, psikofarmakolojik tedavi, psikoterapi ve yatış özellikleri ilişkisine bakılmıştır.^{1,6,7} Mevcut çalışmalarda ergen olma, psikoz, yeme bozukluğu, affektif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu, nöroleptikler, trisiklik antidepressan ve lityum kullanımı, uygulanan çeşitli psikoterapi yöntemleri gibi değişkenlerin yatış süresi ile ilişkisi olduğu ifade edilmektedir.⁶⁻⁸

Çocuk ve ergenlerde yatış süresinin sosyodemografik değişkenler ve ruhsal tanılar ile ilişkisi hakkında yapılmış bazı çalışmalar mevcuttur. Yapılan az sayıda çalışmada sosyodemografik veriler ile yatış süresi ilişkisi hakkında tutarlı sonuçların oluşmadığı gözlemlenmiştir. Ancak konulan psikiyatrik tanıların yatış süresi ile ilişkisinin bildirildiği mevcut çalışmalarda; yıkıcı davranış bozukluklarında kısa, anksiyete ve affektif bozukluklarda orta, psikotik/organik bozukluklarda uzun yatış süresinin olduğu, antipsikotik kullanımında daha uzun yatış süreleri saptandığı bildirilmiştir.^{6,8} Özellikle de şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ile uzun yatış süresi ilişkisinin belirtildiği çok sayıda çalışma olduğu görülmektedir.^{3,8,9}

Ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatri servisleri kısıtlı sayıda olduğundan yatış sürelerinin klinik değişkenlerle ilişkisini bildiren sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Usta ve ark.⁴ tarafından yapılan çalışmada erişkin psikiyatri yataklı

servisine yatırılan 118 ergen hastanın yatış süresinin klinik ve sosyodemografik veriler ile ilişkisi araştırılmıştır. Çoklu yatış için risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmada majör depresif bozukluk ve kız cinsiyetin çoklu yatış açısından risk oluşturduğu saptanmıştır. Ayrıca psikotik bozukluğu bulunan olgularda daha uzun yatış süresi olduğu ifade edilmiştir.⁴ Ülkemizdeki çocuk ve ergen yataklı psikiyatri servislerinde yatış süresinin sosyodemografik ve ruhsal tanılar ile ilişkisinin araştırıldığı henüz başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmada İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Yataklı Servisi’nde yatırılarak takip edilmiş olan olguların yatış sürelerine ait verilerin paylaşılmasının yanı sıra klinik ve sosyodemografik özelliklerin yatış süreleriyle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma çocuk ve ergen hastaların yatırıldığı, başka servislerden izole edilmiş, 9 yatağı bulunan yarı kapalı bir hasta takip servisinde yapıldı. Hasta kayıtları incelenerek 2013’ün sonu ile 2017’nin ortası arasında sağaltım görmüş 379 olgunun veri kayıtları kullanıldı. Retrospektif olarak el yazması yatış dosyaları ile bilgisayar veritabanı incelenerek yatış değişkenleri ile ilgili tüm veriler bir veritabanına kaydedildi. Sosyodemografik özellikler, ruhsal tanılar, uygulanan tedavi şekilleri ve tedavi içeriği, yatış şekli ve yatış sayısı gibi değişkenler ile uygulanan psikometrik test sonuçları kaydedildi.

Demografik özellikler içerisinde cinsiyet, yaş grubu, örgün eğitime devam etme, ailesi ile yaşama, sosyoekonomik düzey ve birinci derece akrabalarda ruhsal bozukluk başlıkları belirlendi. Tüm olguların ruhsal tanısı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5’e (DSM-5) göre konuldu.¹⁰ Komorbid tanılar ayrı ayrı yazıldı ve her bir olguya ait ruhsal tanı ayrıca not edildi. Poliklinik ya da acilden yatırılmış, en az 1 gün takip ve tedavi edilmiş 379 olgunun tümü çalışmaya dahil edildi. Herhangi bir dışlama kriteri kullanılmadı. Olguların yatışına ait yatış şekli ve yatış sayısı not edildi. Ayrıca yatışı sırasında uygulanan tedavi şekli bilişsel davranışçı terapi ve farmakoterapi olmak üzere belirlendi. Farmakoterapide uygulanan ilaç çeşitliği; antidepressan, antipsikotik, anksiyolitik, duygudurum düzenleyici ve psikostimülan olarak belirlendi.

Yatışı sırasında uygulanan psikometrik testlerin sonuçları kaydedildi. Kullanılan ölçekler şöyle idi:

- **Çocuklarda Depresyon Ölçeği:** Kovacs¹¹ tarafından geliştirilen, 6-17 yaşları arasındaki çocuklara uygulanabilen, 27 maddelik öz bildirim ölçeğidir. Ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Öy¹² tarafından yapılmış ve depresif belirtileri ölçmektedir.

- Çocuklar için Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri:

Durumluk kaygı formu (ÇDSKE-D) sadece o anda hissedilenler ile ilgili bilgi verirken, sürekli kaygı formu (ÇDSKE-S) son 7 gündür hissedilenleri ölçmek üzere geliştirilmiştir. Her biri yirmişer maddeden oluşan likert tipi öz bildirim ölçekleridir.¹³

- Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği:

Ölçekte yeniden yaşama, kaçınma ve uyarılma olmak üzere travma sonrası stres bozukluğunun üç alt boyutuna ait sorular yer almaktadır. Tanılama ve travmanın şiddetini ölçmede kullanılmaktadır.¹⁴

- Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği Geliştirilmiş

Formu: Sözel ve performans olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Sözel puan, performans puanı ve toplam zeka puanını vermektedir. Türk çocukları üzerinde Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu'nun (WISC-R) standardizasyonu Savaşır ve Şahin¹⁵ tarafından 6-16 yaş grubunda gerçekleştirilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23 paket programı kullanıldı. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk normalite testi ile incelendi. Nicel değişkenlere ilişkin veriler %25, medyan, %75 olarak ifade edildi. Yapılan değerlendirmede yatış süresinin normal dağılıma uymadığı gözlemlendiğinden bağımsız iki grup karşılaştırmalarında non-parametrik bir test olan Mann-Whitney U testi kullanıldı. Uygulanan psikometrik testlerin yatış süresi ile ilişkisine Pearson korelasyon katsayısı ile bakıldı. Sosyodemografik özellikler, ruhsal tanılar, uygulanan tedavi şekilleri ve tedavi içeriği, yatış şekli ve yatış sayısı gibi tüm değişkenlerin yatış süresi ile olan ilişkisi istatistiksel olarak değerlendirildi. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Olguların yaş ortalamaları $14,6 \pm 2,7$ yıl idi. Kız cinsiyete ($n=246$) sahip olguların yaş ortalaması $14,9 \pm 2,0$ yıl idi. Erkek cinsiyete ($n=133$) sahip olguların yaş ortalaması $14,0 \pm 3,6$ yıl idi. Olguların yatış süreleri ortalama $20,05 \pm 19,69$ gün idi. En kısa yatış süresi 1 gün iken, en uzun yatış süresi 135 gün idi. Kızlarda ortalama yatış süresi $19,9 \pm 19,2$ gün iken erkeklerde ortalama yatış süresi $19,7 \pm 20,9$ gün idi. Kız ve erkekler arasında yatış süresinde anlamlı fark saptanmadı ($Z=-0,441$ $p=0,660$). Yatırılan olguların 334 'ü (%88,2) ergen, 45 'i (%11,8) çocuklardan oluşuyordu. Ergenlerin yatış süreleri, çocukların yatış sürelerine göre anlamlı olarak daha uzun idi ($Z=-2,971$ $p=0,003$). Örgün eğitimine devam edenler ile örgün eğitimine devam etmeyenler arasında yatış sürelerine ilişkin anlamlı fark saptandı ($Z=-2,315$ $p=0,020$). Olguların kiminle yaşadığı, sosyoekonomik düzeyi ve birinci derece akrabalarında ruhsal bozuklukta yatış süreleri açısından anlamlı fark saptanmadı. Yatış sürelerinin sosyodemografik değişkenlerle olan ilişkisine ait veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Ruhsal tanılarında şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar ($Z=-2,720$ $p=0,008$), beslenme ve yeme bozuklukları ($Z=-2,695$ $p=0,008$), travma ve stresle ilişkili bozukluklar ($Z=-3,893$ $p < 0,001$) olan olguların yatış süreleri diğer ruhsal tanılar olanlara göre anlamlı olarak daha uzun idi. Nörogelişimsel bozukluklar ($Z=-2,528$ $p=0,015$) ve anlıksal yeti yitimi ($Z=-2,999$ $p=0,002$) olanlarda yatış süreleri diğer ruhsal tanılar olanlara göre anlamlı olarak daha kısa idi. Diğer ruhsal tanılar (depresif bozukluklar, bipolar ve ilişkili bozukluklar, yıkıcı, dürtü kontrol ve davranım bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar, somatik semptom ve ilişkili bozukluklar, obsesif kompulsif ve ilişkili bozukluklar, anksiyete bozuklukları) açısından yatış sürelerinde anlamlı fark saptanmadı. Yatış sürelerinin ruhsal tanılarla olan ilişkisine ait veriler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. Sosyodemografik özelliklerin yatış sürelerine göre karşılaştırılması

Sosyodemografik değişkenler	n	Yatış süresi			Z	p*	
		Medyan	%25	%75			
Cinsiyet	Kız	246	14	7	27	-0,441	0,660
	Erkek	133	14	6	26,50		
Yaş grubu	Çocuk	45	9	3	16	-2,971	0,003*
	Ergen	334	15	7	27,25		
Örgün eğitim	Devam etmiyor	60	11	4,50	19,75	-2,315	0,020*
	Devam ediyor	314	15	7	28,25		
Kiminle yaşıyor	Her iki ebeveynle birlikte	297	14	6	26,50	-1,611	0,100
	Bir ya da iki ebeveynden ayrı	82	16	9,75	29,50		
Sosyoekonomik düzey	Düşük	194	14	7	27	-0,290	0,708
	Orta-yüksek	151	14	7	30		
Birinci derece akrabalarında ruhsal bozukluk	Var	149	16	8	27	-0,985	0,305
	Yok	189	14	6	27,50		

*Mann-Whitney U testi

Yatış özelliklerinde uygulanan tedavi yöntemleri içerisinde bilişsel davranışçı terapi ($Z=-4,299$ $p<0,001$), farmakoterapi ($Z=-6,244$ $p<0,001$), antidepresan kullanımı ($Z=-2,052$ $p=0,033$), antipsikotik kullanımı ($Z=-6,088$ $p<0,001$), anksiyolitik kullanımı ($Z=-2,927$ $p=0,003$) olan olguların yatış süreleri anlamlı olarak daha uzun saptandı. Duygudurum düzenleyici kullanımı ve psikostimülan kullanımında yatış süreleri açısından anlamlı fark saptanmadı. Olguların yatış şekli ve yatış sayısında yatış süreleri açısından anlamlı fark saptanmadı. Yatış özelliklerinin yatış süresiyle ilişkisine ait veriler Tablo 3'te verilmiştir.

Uygulanan ölçeklerden Çocuklarda Depresyon Ölçeği (KDÖ) ($r=0,175$ $p=0,006$), ÇDSKE-D ($r=0,150$ $p=0,024$), ÇDSKE-S ($r=0,180$ $p=0,007$) ve Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSSTÖ) ($r=0,419$ $p=0,024$) puanlarının yatış süreleri ile ilişkisinin pozitif yönde korele olduğu saptandı. Uygulanan diğer psikometrik testlerden WISC-R sözel testi, WISC-R performans testi ve WISC-R toplam puanları yatış süreleriyle korele değildi. Yatış sırasında uygulanan psikometrik ölçeklerin yatış süreleriyle ilişki korelasyonunu Tablo 4'te verilmiştir.

Tartışma

Bu çalışmanın amacı çocuk ve ergen psikiyatrisinde yatırılarak takip edilen olguların yatış süresi ve bunu etkileyen değişkenlerle ilişkisine bakmaktır. Bu amaçla yatış süresinin sosyodemografik veriler, ruhsal tanı ve tedaviler, yatış özellikleri ve psikometrik testlerle ilişkisi incelendi. Uzun yatış süresinin ergen olma, örgün eğitime devam etme, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, beslenme ve yeme bozuklukları, travma ve stresle ilişkili bozukluklar, bilişsel davranışçı terapi alma, psikofarmakolojik tedavi alma, antidepresan, antipsikotik, anksiyolitik ilaç kullanımı ile ilişkili olduğu saptandı. Nörogelişimsel bozukluklar ve anlalsal yeti yitimi ruhsal tanılarında daha kısa yatış süresi olduğu belirlendi. Ayrıca uzun yatış süresinin KDÖ, ÇDSKE-D, ÇDSKE-S ve ÇTSSTÖ ölçek puanları ile korele olduğu görüldü.

Çocuk ve ergen psikiyatri servislerinde ortalama yatış süresi bir çalışmada $18,56\pm 11,11$ gün ve ülkemizde yapılan bir çalışmada $24,4$ gün olarak bildirilmiştir.^{5,16} Sadece ergenlerde ortalama yatış süresi ise $21,17\pm 18,50$ gün, $32,8\pm 12,88$ gün, $16,31\pm 24,59$ gün olarak bildirilirken ülkemizde yapılan bir çalışmada ise $22,2\pm 17,48$ gün olarak bildirilmiştir.^{2,3,9,17} Çocuk ve ergenlerde

Tablo 2. Ruhsal tanılarının yatış sürelerine göre karşılaştırılması

Ruhsal bozukluklar		n	Yatış süresi			Z	p*
			Medyan	%25	%75		
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	Yok	307	14	6	25	-2,720	0,008*
	Var	72	18,50	10	40		
Depresif bozukluklar	Yok	228	14	7	27	-0,347	0,863
	Var	151	14	6	26		
Beslenme ve yeme bozuklukları	Yok	361	14	6	26	-2,695	0,008*
	Var	18	31,50	10,75	50,75		
Bipolar ve ilişkili bozukluklar	Yok	361	14	7	26	-1,747	0,080
	Var	18	26,50	7,75	45,50		
Yıkıcı, dürtü kontrol ve davranım bozukluğu	Yok	326	14	7	28	-1,839	0,069
	Var	53	11	5,50	20,50		
Disosiyatif bozukluklar	Yok	364	14	7	27	-0,369	0,794
	Var	15	17	4	25		
Somatik semptom ve ilişkili bozukluklar	Yok	356	14	6,25	26,75	-1,326	0,189
	Var	23	19	11	27		
Nörogelişimsel bozukluklar	Yok	367	14	7	27	-2,528	0,015*
	Var	12	6	2,50	13		
Travma ve stresle ilişkili bozukluklar	Yok	343	14	6	25	-3,893	<0,001*
	Var	36	29	13	44		
Obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar	Yok	364	14	7	27	-0,137	0,861
	Var	15	18	7	23		
Anksiyete bozuklukları	Yok	356	14	7	27	-1,969	0,051
	Var	23	11	4	14		
Anlalsal yeti yitimi	Yok	339	14	8	27	-2,999	0,002*
	Var	40	7,50	2	20,75		

*Mann-Whitney U testi

Tablo 3. Yatış ile ilişkili değişkenlerin yatış süreleri açısından karşılaştırması

Yatış özellikleri		n	Yatış süresi			Z	p*
			Medyan	%25	%75		
Bilişsel davranışçı terapi	Yok	181	10	3	22	-4,299	<0,001*
	Var	198	17	10	31		
Farmakoterapi	Yok	39	1	1	5	-6,244	<0,001*
	Var	340	15	9	28,75		
Antidepresan kullanımı	Yok	173	12	4	26	-2,052	0,033*
	Var	206	15	9	28		
Antipsikotik kullanımı	Yok	105	8	3	14	-6,088	<0,001*
	Var	274	17	9	31,25		
Anksiyolitik kullanımı	Yok	288	13	6	25	-2,927	0,003*
	Var	91	18	9	31		
Duygudurum düzenleyici kullanımı	Yok	346	14	7	26	-1,574	0,129
	Var	33	22	8,50	34,50		
Psikostimülan kullanımı	Yok	363	14	7	27	-0,470	0,623
	Var	16	12,50	6	26,75		
Yatış şekli	Poliklinikten	292	14	7	26,75	-0,843	0,463
	Acilden, il dışı ya da diğer servislerden	87	15	7	27,50		
Yatış sayısı	Bir kez	312	14	6	26	-1,917	0,053
	Birden fazla	67	21	8	33,25		

*Mann-Whitney U testi

Tablo 4. Yatış sürelerinin uygulanan psikometrik testlerle korelasyonu

Psikometrik testler	Yatış süresi	KDÖ	ÇDSKE-D	ÇDSKE-S	ÇTSSTÖ	WISC-R sözel	WISC-R performans
KDÖ	r 0,175**	-	-	-	-	-	-
ÇDSKE-D	r 0,150*	0,567	-	-	-	-	-
ÇDSKE-S	r 0,180**	0,716	0,578	-	-	-	-
ÇTSSTÖ	r 0,419*	0,806	0,826	0,813	-	-	-
WISC-R sözel	r 0,163	0,213	0,011	0,382	0,696	-	-
WISC-R performans	r 0,033	0,230	0,046	0,405	0,563	0,794	-
WISC-R toplam	r 0,069	0,062	-0,454	0,079	-0,062	0,922	0,930

KDÖ: Çocuklarda Depresyon Ölçeği, ÇDSKE-D: Durumluk Kaygı Envanteri, ÇDSKE-S: Sürekli Kaygı Envanteri, ÇTSSTÖ: Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği, WISC-R: Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu, *Pearson korelasyon katsayısı, *p<0.05, **p<0.01

ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarla benzer yatış süresine sahip olduğumuz söylenebilir.^{4,5,16} Sadece ergenler hakkında yapılmış çalışmalarda daha uzun yatış süresi bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Çalışmaların çoğunluğu ergenlerin yatış süresinin çocuklardan daha uzun olduğunu bildirmiştir.^{3,18,19} Ergenlerde yaş ile yatış süreleri arasında bir ilişki bulmayan sadece bir çalışma bulunmaktadır.⁶

Yazında yatış süresinin cinsiyet ile ilişkisi hakkında çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. Çalışmaların bir kısmı erkek cinsiyetin uzun yatış süresiyle korele olduğunu bildirirken, cinsiyetin yatış süresiyle ilişkisiz olduğunu bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.^{2,3,6} Bazı erişkin çalışmalarında yatış süresi

kız cinsiyet ile ilişkilendirilmiştir.⁸ Bizim çalışmamızda ise erkek ve kız olguların yatış sürelerinin oldukça benzer olduğu görülmektedir. Ancak çalışmamızda yatırılan kız olguların sayısının üstünlüğüne dikkat edersek tutarlı bir yorum yapmak zordur.

Demografik verilerin yatış süreleri ile ilişkisiz olduğunu bildiren çalışmalar bulunsa da aile ile yaşamının yatış süresi ile ilişkili olduğu, örgün eğitimin daha uzun yatış süresini predikte ettiği bildirilmiştir.^{3,6,9} Örgün eğitimin yatış süresi ile ilişkisini bildiren bir çalışmada, eğitimine devam edenlerde daha uzun yatış süresi olduğu ifade edilmiştir.³ Bizim çalışmamız bu çalışma ile uyumlu görünmektedir.

Yatış süresinin ruhsal tanılar ile ilişkisi hakkında çeşitli çalışmalar mevcuttur. Hem çocuk ve ergenlerde hem de erişkin psikiyatride şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarla uzun yatış süresi arasında bir ilişki olduğu bildirilmektedir. Hatta neredeyse tüm çalışmaların bu yönde ilişki saptadığı görülmektedir.^{3,4,8,9} Az sayıda birkaç çalışmada psikoz ile yatış süresi ilişkisinin olmadığı bildirilmektedir.^{20,21} Beslenme ve yeme bozuklukları ile travma ve stresle ilişkili bozukluklarda yatış süresinin uzadığını ifade eden çalışmalar yaygın görülmektedir.^{2,3,7,20} Bizim çalışmamızda da bu çalışmalara benzer sonuçlar saptanmıştır. Bu tanıların doğası gereği uzun yatış süresi gerektirdiği düşünülmüştür. Özellikle şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda psikopatolojinin ciddiyetinin yüksek olması ve uygulanan tedavi sürecinin uzun olması daha uzun yatış süresine sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalarda psikopatolojinin ciddiyetinin uzun yatış süreleri ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir.^{7,19} Zeshan ve ark.⁹ diğer ruhsal tanılardan nörogelişimsel bozuklukların yatış süresi ile ilişkisine dair yaptıkları çalışmada, anlamlı bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir. Ancak biz çalışmamızda daha kısa yatış süresi saptadık. Nörogelişimsel bozuklukların yatış süresi ile ilişkisinin araştırıldığı başka çalışmaya rastlanmamıştır. Anlıksal yeti yitiminin yatış süresi ile ilişkisine bakıldığı Stewart ve ark.³ tarafından yapılan bir çalışmada daha uzun yatış süresi saptanmıştır. Ancak bizim çalışmamız bunun aksini göstermektedir. Çalışmamızda anlıksal yeti yitimi bulunan olgu sayımız Stewart ve ark.'nın³ yaptıkları çalışmadan azdır. Bu konuda yorum yapmak güç görünüyor. Mevcut diğer ruhsal tanılara bakıldığında; Stewart ve ark.³ ile Reddy ve ark.² yaptıkları çalışmalarda affektif bozuklukların daha uzun yatış süresiyle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir. Ancak bizim çalışmamızda DSM-5'e göre belirlenen depresif bozukluk ve bipolar ve ilişkili bozukluklarının yatış süresiyle anlamlı ilişkisi yoktu. Bu dikkate değer bir bulgudur. Ancak bu farklılık tanı koymada kullanılan ölçek ve tanılama araçlarının farklılığından kaynaklanabilir. Kaldı ki DSM-5'te affektif bozukluk kategorisi depresif bozukluklar ile bipolar ve ilişkili bozukluklar olmak üzere bölümlenmiştir.

Psikoterapi ve psikofarmakolojik tedavi çocuk ve ergenlerin sağaltımında temel tedavi seçenekleridir. Uzun yatış süresinin psikoterapi ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmalarda psikoterapinin daha uzun yatış süreleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.^{20,22} Bizim çalışmamızda ise bilişsel davranışçı terapi uygulanan olgularda daha uzun yatış süresi saptanmıştır. Diyalektik davranış terapisinin etkinliğinin araştırıldığı bir derlemede ergenlerde yatış süresinin daha uzun olduğu ifade edilmiştir.²¹ Yatış süresinin bilişsel davranışçı terapi ile ilişkisine dair herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Psikoterapi uygulamalarının çoğunluğunun uzun süre gerektirdiği bilinmektedir. Psikoterapinin etkin uygulanabilmesi daha uzun yatış süresi gerektirebilir.

Psikofarmakolojik tedavinin yatış süreleriyle ilişkisine dair yapılmış çalışmalarda antipsikotik ilaç kullanımının uzun yatış süresi ile ilişkisi ifade edilmiştir.^{2,6} Mevcut çalışmalar ile bizim çalışmamız benzerdir. Antipsikotik kullanımı konusunda yazın tutarlı görülmektedir. Ancak antidepresan kullanımının

uzun yatış süresi ile ilişkisi hakkında yapılmış çalışmalar tutarlı değildir. Borchardt ve Garfinkel⁶ tarafından yapılan bir çalışmada bizim çalışmamız ile benzer şekilde antidepresan kullanımı daha uzun yatış süresi ile ilişkili bulunmuştur, ancak Reddy ve ark.² tarafından yapılan bir çalışmada ilişkisiz olduğu bildirilmiştir. Yaptıkları çalışmada antidepresan kullanımının yanı sıra anksiyolitik kullanımını da yatış süreleri ile ilişkisiz bulmuşlardır. Duygudurum düzenleyici kullanımının yatış süreleri ile ilişkisini bildiren çalışmalar olsa da bizim çalışmamıza benzer şekilde ilişki saptamayan çalışmalar da bulunmaktadır.^{2,6,23} Borchardt ve Garfinkel⁶ yaptıkları çalışmada lityum kullanımını yatış süresiyle ilişkili olduğunu bildirir de duygudurum düzenleyici kullanımının ilişkisinin olmadığını ifade etmiştir. Reddy ve ark.'nın² yaptıkları çalışmada duygudurum düzenleyici kullanımının daha uzun yatış süresiyle ilişkili bulmaları, yaptıkları çalışmanın metodolojisinin bizim çalışmamızdan farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Yaptıkları çalışmada antidepresan ve anksiyolitik kullanımını yatış süresiyle ilişkisiz bulmalarının aynı nedenden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Çocuk ve ergen yataklı servislerinde yatış süresinin psikometrik test puanlarıyla ilişkisine dair sadece WISC-R testinin uygulandığı bir çalışmaya rastlanmıştır.² Zeka ölçeği WISC-R testinin uygulandığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde test puanları ile yatış süresi arasında anlamlı ilişki bildirilmemiştir.² Uygulanan diğer ölçeklerden KDÖ, ÇDSKE-D, ÇDSKE-S ve ÇTSSTÖ'nün yatış süreleri ile ilişkisine dair bir çalışmaya yazında rastlanmamıştır. Bu yönüyle bizim çalışmamız bu ölçek puanlarının yatış süresi ile korele olduğunu bildiren ilk çalışma özelliği taşımaktadır. Bu ölçeklerin her biri sırasıyla depresyon, durumluk ve sürekli anksiyete, travma sonrası stres bozukluğuna ait psikopatolojinin ciddiyetini ölçmektedir. Daha yüksek puanlar daha fazla sorun olduğunu ifade etmektedir. Bu bağlamda psikopatolojinin ciddiyetinin daha uzun yatış süreleriyle ilişkisini bildiren çalışmalara göre değerlendirildiğinde bu pozitif korelasyon ilişkisi olasıdır.^{7,19}

Ülkemizde Usta ve ark.⁴ tarafından yatış süresine ilişkin yapılan tek çalışmanın erişkin psikiyatri servisinde takip edilen olgulardan oluştuğu görülmüştür. Bizim çalışmamız ise çocuk ve ergen yataklı psikiyatri servisi bulgularını içermektedir. Ve bizim çalışmamız daha büyük bir örneklem ile yapılmıştır. Bu açıdan bakıldığında çalışmamız; çocuk ve ergen yataklı servisinde yatış süresi uzunluğunun demografik özellikler, ruhsal tanılar, uygulanan tedavi, yatış özellikleri ve psikometrik ölçeklerle ilişkisinin incelendiği ülkemizdeki ilk çalışma özelliği taşımaktadır.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Temel olarak çalışmamız geriye dönük olarak yapılmıştır. Bu, uzunlamasına yapılan çalışmalara göre daha az güvenilirdir. El yazması ve bilgisayardan geriye dönük incelemede bazı eksik verilerle karşılaşmıştır, ancak eksik veriler sadece demografik verilerdedir. İkinci olarak çalışma desenimiz kontrol grubu

oluşturulmasına izin vermemiştir. Kontrol grubunun olmaması faktörlerin karşılaştırılmasında sınırlılık olarak görülebilir.

Sonuç

Özetle, çocuk ve ergenlerde yatış süresinin klinik ve sosyodemografik değişkenlerle ilişkisine dair yaptığımız bu çalışmada ergen olma, örgün eğitime devam etme, ruhsal tanılardan şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, beslenme ve yeme bozuklukları ile travma ve stresle ilişkili bozuklukların olması, bilişsel davranışçı terapi ve psikofarmakolojik tedavi alınmasının daha uzun yatış süresi ile ilişkili olan klinik ve demografik değişkenler olduğunu vurguluyoruz. Bu çalışma yataklı servisimize dair verilerin paylaşılmasını içermektedir. Yatış süreleri ilişkisini bildiren yapılacak başka çalışmalar ile desteklenmesinin yararları olacağını düşünmekteyiz. Yataklı servislerde tedavi gören çocuk ve ergenler hakkında klinik ve sosyodemografik özelliklerle ilgili çalışmaların artması ve deneyimlerin paylaşılması yazına önemli katkılar sağlayacaktır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Retrospektif çalışmadır.

Hasta Onayı: Retrospektif çalışmadır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Konsept: Ö.U., N.S., Dizayn: Ö.U., N.S., Veri Toplama veya İşleme: Ö.U., N.S., S.G., Z.A., Ö.D., S.K., Ö.Ö.Ö., Analiz veya Yorumlama: Ö.U., N.S., Literatür Arama: Ö.U., N.S., Yazan: Ö.U.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

- Leon SC, Snowden J, Bryant FB, Lyons JS. The hospital as predictor of children's and adolescents' length of stay. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006;45:322-8.
- Reddy R, Ha C, Newlin E, Sharp C. Predictors of Length of Stay in a Psychiatric Adolescent Treatment Program. *J Psychiatr Pract*. 2017;23:342-51.
- Stewart SL, Kam C, Baiden P. Predicting length of stay and readmission for psychiatric inpatient youth admitted to adult mental health beds in Ontario, Canada. *Child Adolesc Ment Health*. 2014;19:115-21.
- Usta MB, Ürer E, Aral A, Say GN, Karabekiroğlu K. Çocuk Psikiyatrisi Hastalarında Yatış Süresine Etki Eden Faktörler. *Klin Psikiyat*. 2017;20:263-7.
- Kavanaugh B, Studeny J, Cancelliere MK, Holler KA. Neurocognitive predictors of length of stay within a children's psychiatric inpatient program. *Child Neuropsychol*. 2020;26:129-36.
- Borchardt CM, Garfinkel BD. Predictors of length of stay of psychiatric adolescent inpatients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1991;30:994-8.
- Gold J, Shera D, Clarkson B Jr. Private psychiatric hospitalization of children: predictors of length of stay. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993;32:135-43.
- Tulloch AD, Fearon P, David AS. Length of stay of general psychiatric inpatients in the United States: systematic review. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38:155-68.
- Zeshan M, Waqas A, Naveed S, Ghulam H, Manocha P. Factors Predicting Length of Stay in an Adolescent Psychiatric Unit, South Bronx, NY: A Short Report. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2018;27:142-7.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub. 2013.
- Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr*. 1981;46:305-15.
- Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyat* Derg. 1991;2:132-6.
- Özusta HS. Çocuklar için durumluk-sürekli kaygı envanterinin uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikol Derg*. 1995;10:32-44.
- Erden G, Kılıç EZ, Uslu Rİ, Kerimoğlu E. Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği: Türkçe geçerlilik, güvenilirlik ön çalışması. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 1999;6:143-9.
- Savaşır I, Şahin N. Wechsler çocuklar için zeka ölçeği (WISC-R) el kitabı. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları*, Ankara: 1995.
- Coşkun M, Bozkurt H, Ayaydın H, Karakoc S, Süleyman F, Üçok A, Zoroğlu S. Clinical and sociodemographic features of adolescents hospitalized in the psychiatric inpatient unit of a university hospital. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2012;19:17-24.
- Özbaran B, Köse S, Yılmaz E, Aydın AN, Aydın C. Evaluation of the contribution of inpatient services and experiences on improvement in child and adolescent psychiatry practice. *Anadolu Psikiyat* Derg. 2016;17:120-6.
- Wallen J, Pincus HA. Care of children with psychiatric disorders at community hospitals. *Hosp Community Psychiatry*. 1988;39:167-72.
- Pottick KJ, Hansell S, Miller JE, Davis DM. Factors associated with inpatient length of stay for children and adolescents with serious mental illness. *Soc Work*. 1999;23:213-24.
- Höger C, Zieger H, Presting G, Witte-Lakemann G, Specht F, Rothenberger A. Predictors of length of stay in inpatient child and adolescent psychiatry: failure to validate an evidence-based model. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2002;11:281-8.
- Zhang J, Harvey C, Andrew C. Factors associated with length of stay and the risk of readmission in an acute psychiatric inpatient facility: a retrospective study. *Aust N Z J Psychiatry*. 2011;45:578-85.
- Memel B. A quality improvement project to decrease the length of stay on a psychiatric adolescent partial hospital program. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2012;25:207-18.
- Meagher SM, Rajan A, Wyshak G, Goldstein J. Changing trends in inpatient care for psychiatrically hospitalized youth: 1991-2008. *Psychiatr Q*. 2013;84:159-68.