

Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde Hasta Yatış Sürelerini Etkileyen Faktörler

Ayşegül Yıldız¹, Elif Onur², Kübra Turgut², Zeliha Tunca³

ÖZET:

Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde hasta yatış sürelerini etkileyen faktörler

Amaç: Bu çalışmada bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniği (ÜHPK)'nde ortalama hasta yatış sürelerini, bu sürelerin hastaların tanınal ve demografik özellikleri ile ilişkisini ve yatış sürelerinin yeniden yatış üzerindeki etkilerini incelemesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kasım 1999 - Kasım 2001 tarihleri arasında ÜHPK'nde yatarak tedavi gören tüm olguların DSM-IV tanıları, yaşları, cinsiyetleri, yatış süreleri ve yatış süreleri ile yeniden yatış oranları arasında bir ilişki bulunup bulunmadığı incelendi.

Bulgular: Çalışma süresi olan iki yıl boyunca toplam 342 hasta ÜHPK'nde yatarak tedavi görmüştür. Bu hastaların 201'i kadındır (%58.8). Bu hastalarda görülen en sık tanılar, 113 hastada unipolar depresyon (%33); 73 hastada şizofreni (%21.3) ve 48 hastada bipolar bozukluk (%14) olarak bulunmuştur. Bu 342 hastanın ortalama yatış süreleri 35,36 (SS:24.7) gün olup, bu hastaların %20'sinin çalışma süresi boyunca iki ya da daha fazla sıklıkta ÜHPK'nde yatırılarak tedavi gördükleri saptanmıştır. Yapılan istatistik incelemelerde hastaların yatış süreleri ile psikopatolojinin şiddeti arasında bir korelasyon saptanırken, yatış süreleri ile yeniden yatış oranları arasında bir ilişki bulunmamıştır.

Tartışma: Psikiyatrik hospitalizasyonda amaç, hastanın en doğru tanıyı alması ve en uygun tedaviyi almaya başlamasını ve mümkün olduğunca toplum içi işlevselliğini sürdürmesini sağlamaktır. Bunu yaparken, hastaları tamamen izole eden ve bağımlı kılan gereğinden uzun yatışlar kadar ve ekonomik kaygılarla hızlı yatış-çıkış sağlamak adına planlanan gerekenden kısa yatışlardan da kaçınmak gerekir.

Anahtar sözcükler: psikiyatri servisleri, psikiyatri hastaları, hastane yatış süreleri

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2003;13:122-128

ABSTRACT:

Factors affecting duration of hospital stay for the psychiatric patients at an urban university hospital

Objective: We attempted to investigate the duration of hospital stay, demographics, and diagnostic features of the patients, and the association between length of hospital stay and the risk of readmission at in a university hospital psychiatry clinic.

Method: All the patients admitted to the inpatient unit of an urban university hospital, psychiatry department (UHPD) between November 1999 and November 2001 were evaluated for in terms of demographics, DSM IV diagnosis, duration and number of hospitalizations.

Results: A total of 342 patients, of which 201 (58,8%) female were admitted to the inpatient unit of the UHPD during the study period of two years. Most frequent diagnoses were found as unipolar depression in 113 patients (33%) schizophrenia in 73 patients (21,3%) and bipolar disorder in 48 patients (14%). The mean duration of hospital stay were found as 35,36 (SD:24.7) days. Among the 342 patients, 20% were readmitted to the inpatient unit. Statistical analyses revealed an association between the degree of psychopathology and the duration of hospital stay. However, there was no such association between the rates of readmission and the length of hospital stay.

Conclusions: The goal of psychiatric hospitalization should be offering the patient most accurate diagnosis, most appropriate treatment, and of course, an optimum level of social and occupational functioning. To achieve this objective, we should avoid unnecessarily long hospitalizations that keep the patient isolated and dependent, and also avoid ones that are shorter than needed due to financial considerations.

Key words: psychiatry services, psychiatric patients, duration of hospital stay

Bull Clin Psychopharmacol 2003;13:122-128

GİRİŞ

Psikiyatri hastaları için uygulanan tedavi yaklaşımları gibi, bu hastalar için uygun görülen hastanede yatarak tedavi görme süreleri de zaman içinde önemli ölçüde değişiklik göstermiştir. "custodial hospitalization"-tedavi etmeye değil, gözleyip korumaya dayalı hospitalizasyon- hastanın dezorganize davrandığı, psikotik özellikler gösterdiği ya da ya-

şamını evde sürdürmesinin zorlaştığı durumlarda uygulanan bir yaklaşım olup; 19. yy da Pinel tarafından desteklenen "moral tedavi" kavramının kabul edilmesi ile oluşmuştur. Bu yaklaşıma göre hastaya, uzun süreli hastane yatışları ile, ilaç tedavisinin (o dönemlerde ilaç tedavisi olarak kullanılan yaklaşımlar) mümkün olduğunca kısıtlanmasına, dış ortamda daha yoğun yaşanan anksiyetenin azaltılmasına ve yeniden dış ortama uyumun sağlanmasına yönelik bir tedavi ve bakım imkanı sağ-

¹Yrd. Doç. Dr., ²Dr., ³Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Psikiyatri Anabilim Dalı - Balçova - İzmir

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Yıldız, 9109 Sok. Halil Nevzat Şen Apt. 12/6, PK: 35370, Yeşilyurt, İzmir, TÜRKİYE

Telefon / Phone: +90-232-244-4724
Faks / Fax: +90-232-259-9723

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

Kabul tarihi / Date of acceptance: 22 Temmuz 2003 / July 22, 2003

lanmaktadır (1). Yine bu yaklaşıma göre, psikiyatri servisleri/hastaneleri, büyük ölçüde evde yaşayamayacak durumdaki psikiyatri hastalarının sığınma mekanı olarak hizmet görmektedir (1). Etkin psikotrop ilaçların keşfi "custodial hospitalization" ihtiyacını büyük ölçüde azaltmış olmakla birlikte, evde bakımın güç olduğu hastaların kurumlarda yatırılarak tedavi edilmesi halen küçümsenemeyecek bir oranda, psikiyatrik hastaneye yatış endikasyonları arasında yerini korumaktadır (1). Tüm dünyada daha çok bu anlamda bakım/hizmet veren psikiyatri hastaneleri-depo hastaneler- önemli ölçüde azaltıldıysa da psikiyatri hastalarının bakım sorunları hâlâ güncelliğini korumaktadır. Aynı bir tartışma konusu olmakla beraber, psikiyatri hastaları için bakım evleri gibi, bu ihtiyacı karşılamaya yönelik hastane dışı kurumlar bazı ülkelerde hizmet vermektedir. Bu yaklaşımın psikiyatrik hastalar için uzun süreli bakım/sığınma problemini ne ölçüde çözeceği zaman içinde belli olacaktır.

Geçmiş yıllarda uzun süreli psikiyatrik yatışları destekleyen bir başka gerekçe ise, analitik teorilerin gelişmesi ile birlikte yoğun analitik yönelimli tedavilerin uygulanması olmuştur. Analitik yönelimli tedavilerin hasta için en yararlı yaklaşım olduğuna inanılan bu dönemlerde uzun süreli yatışları mümkün kılan ve yatarak analitik yönelimli tedaviler uygulayan pek çok psikiyatrik merkez açılmıştır (1).

Daha sonraları etkin farmakolojik ajanların geliştirilip zenginleştirilmesi ve psikofarmakolojik yaklaşımın özellikle şizofreni, bipolar bozukluk ve unipolar depresyon gibi bazı psikiyatrik hastalıklarda büyük ölçüde analitik terapilerin yerini alması, psikiyatrik hastaların ayaktan tedavi gören hasta (outpatient) kliniklerinde sağaltımını önemli ölçüde mümkün kılmış ve psikiyatrik hastane yatışlarının sürelerini kısaltmıştır (1-5). Bu durum, 19. yy daki tedaviden çok bakım olanağı sağlayan geniş yatak kapasiteli hastanelerin azaltılmasına yol açmıştır. Ayrıca hastaların aylar, yıllar boyu bu tür hastanelerde tutulması büyük ölçüde azalırken, ekonomik kaygılar ve kısa hospitalizasyona yönelik güncel eğilimler, psikiyatrik hasta yatış sürelerinin haftalarla ölçülebilecek düzeyden günler düzeyine indirilmesine yol açmıştır. Psikotrop ilaçların etki mekanizmaları ve sürelerine ilişkin güncel bilgiler ve bu hastalarda görülen yüksek intihar eğilimi ve yaşam kalitesinin hızla bozulması yönündeki riskler, bu kez de psikiyatrik yatış sürelerinin gereğinden fazla kısaltılmış olabileceği sorusunu akla getirmektedir.

Literatürde konuya ilişkin çalışmaların bazıları kısa hospitalizasyonu önerirken, bazıları da yatış süresinin uzaması ile teröpatik uyumun ve taburculuk sonrası işlevselliğin daha çok düzelme gösterebileceğini iddia etmektedirler (1-6). Bir çalışmada şizofreni tanılı has-

talarda yatış sürelerinin gidiş üzerine olan etkisi randomize bir biçimde hastalara farklı yatış süreleri uygulanarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada 75 günlük yatışla 21 günlük yatış karşılaştırılmış; 6. ve 12. aylarda yapılan izlemlerde hastaların tekrar başvuru oranları benzer bulunmuştur (4). Diğer bir çalışmada ise 60 günlük standart yatış süresi ve 11 günlük kısa yatış süresi karşılaştırılmıştır. Bir yıllık izlemde kısa yatış süresi olanların daha az semptom gösterdiği bildirilmiş; 2 yıllık izlemde ise fark bulunmamıştır (3). Kısa süreli hastane yatışları ve yararlanım üzerine yapılan bir başka çalışmada da, bir aylık bir yatış süresinin, tüm tanı grupları için, kognitif yetiler, benlik saygısı ve kişiler arası ilişkiler gibi alanlarda belirgin bir iyileşmeyle sonuçlandığı bildirilmiştir (6). Kısa yatış süresi etkinliğini değerlendiren çalışmalar için en çok eleştiri ise, etkinlik değerlendirmesinin kısıtlı alanlarda yapılması olmuştur (6). Uzun dönem yatış etkinliğinin ego fonksiyonları üzerine olan etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada ortalama yatış süresi 10.6 ay olan farklı tanılarda hastalar değerlendirmeye alınmıştır. Bu çalışmaya katılan 37 hastada bozulmanın en çok olduğu alanlarda en fazla olmak üzere ego fonksiyonlarında belirgin düzelme olduğu, uzun dönem yatışın teröpatik işbirliğini artırdığı bildirilmiştir (2).

Biz bu çalışmada bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde ortalama hasta yatış sürelerini, bu sürelerin hastaların tanıl ve demografik özellikleri ile ilişkisini ve yatış sürelerinin yeniden yatış üzerindeki etkilerini incelemeyi ve "en uygun psikiyatrik yatış süresi ne olmalıdır?" şeklinde bir tartışma sunmayı amaçladık.

YÖNTEM

Kasım 1999 ile Kasım 2001 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği Yatan Hasta Birimi'nde yatarak tedavi gören tüm olguların, DSM-IV tanıları (7), yaşları, cinsiyetleri, ilaç tedavisi/EKT (elektrokonvülsif tedavi) alıp almadıkları ve yatış süreleri incelendi. Bu olguların taburculuk ardından yeniden yatış oranları, yeniden yatış süreleri, ilk yatış süreleri ile yeniden yatış oranı arasındaki ilişki incelendi. Benzer şekilde bu olguların yüzde kaçında çalışma süresi boyunca üçüncü, dördüncü ve beşinci kez yatış gerektiği ve yine bu yatışların ne kadar sürdüğü incelendi. Ayrıca, birden çok yatışı bulunan hastaların oranı ve yatış sayısı ile ilk yatıştaki hastanede yatış süresi arasındaki ilişki incelendi. Tüm bu veriler retrospektif olarak psikiyatrik hasta takip dosyalarından ve hastane bilgisayar kayıtlarından elde edildi ve bilgisayar ortamında hazırlanmış olan veri tabanına aktarıldı. Hastaların tanılarının yatış süresine ve sayısına olan etkisini incelemek için tanılar; unipolar dep-

resyon, bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer (obsesif kompulsif bozukluk, yeme bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, demans, patolojik yas, madde kullanım bozukluğu, kişilik bozukluğu, psikoz başka türlü adlandırılmayan, konversiyon bozukluğu, uyum bozukluğu, kimlik karmaşası, yapay bozukluk, ilişki sorunları, distimik bozukluk, somatoform bozukluk, davranım bozukluğu, panik bozukluk, marital sorunlar, dürtü denetim bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu) olmak üzere dört grupta toplandı.

İstatistiksel analizler, veriler için uygun olan biçimde student t testi, ki-kare testi, lojistik regresyon analizi, varyans analizi (ANOVA) ve Benferroni testi kullanılarak yapıldı. İstatistiksel hesapların yapılmasında SPSS 11.0 kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak belirlendi.

BULGULAR

Kasım 1999 ile Kasım 2001 arasındaki iki yıllık süre içinde Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde toplam 342 hasta yatarak tedavi görmüştür. Bu hastaların 201'i kadın (%58,8), 141'i erkek (%41,2)'tir. Hastaların DSM-IV tanıları incelendiğinde, en sık belirlenen tanı; 113 hastada unipolar depresyon (%33), 73 hastada şizofreni (%21,3) ve 48 hastada bipolar bozukluk (%14) olduğu saptanmıştır. Hastaların cinsiyete göre tanı dağılımları Tablo 1'de verilmiştir. 342 hastanın yaş ortalaması 38,67 [Standart sapma: (SS)=14,73]; kadınların yaş ortalaması 38,71

(SS=15,22); erkeklerin yaş ortalaması 38,62 (SS=14,06) olup, kadınlar ve erkeklerin yaş ortalamaları arasında bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,954$).

Toplam 342 hastanın ortalama klinikte yatış süreleri 35,3 gün (SS=24,7) olarak hesaplandı. Kadın ve erkek hastalar arasında yatış süreleri açısından bir farklılık saptanmadı. Kadın hastalar ilk yatışlarında 36,9±23,7 gün, erkek hastalar ise 33,1±26,1 gün yatmışlardı ($p=0,162$). Hastaların toplam 317'si ilaç tedavisi ile, 25'i ise EKT ile tedavi edilmişti. Tanı gruplarına göre bakıldığında ise, 48 bipolar hastanın 41'i ilaç, 7'si EKT; 113 unipolar depresyon hastasının 99'u ilaç, 14'ü EKT; 73 şizofreni hastasının 69'u ilaç, 4'ü EKT ile tedavi edilmişlerdi.

Hastaların %16'sı (n=55) çalışma süresi boyunca kliniğimizde en az iki kez yatırılarak tedavi edilmişti. İkinci yatış sürelerinin ortalaması 32,7 (SS=20,4) olup, yine kadın (33,9±21,9 gün) ve erkekler (31,4±18,2 gün) arasında bir farklılık saptanmadı ($p=0,658$). Olguların %3,2'si (n=11) en az üç kez (ortalama=34,5; SS=19,5); %0,6'sı (n=2) en az dört kez (ortalama=14,5; SS=9,1 gün) ve %0,6'sı (n=2) en az beş kez (ortalama=26,5; SS=12,0 gün) yatırılarak tedavi edilmişti.

Bu hastaların 286'sı (%83,6), çalışma süresi boyunca kliniğimizde yalnızca bir kez yatarak tedavi görmüş; 45'i (%13,2) toplam iki kez; 9'u (%2,6) toplam üç kez ve son olarak 2 (%0,6) hasta da toplam beş kez yatarak tedavi görmüşlerdi. Hastaların tanılarının yatış sayısını etkileyip etkilemediği incelendiğinde, herhangi bir tanı grubu ile (unipolar depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer), birden çok yatış arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($\chi^2=8,834$, s.d.=9, $p=0,453$).

Tablo 1. Hastaların cinsiyete göre tanı dağılımları.

Tanı	Kadın (n=201)	Erkek (n=141)	Toplam (n=342)
Bipolar Bozukluk	29 (%14)	19 (%14)	48 (%14)
Unipolar depresyon	78 (%39)	35 (%25)	113 (%33)
Şizofreni	36 (%18)	37 (%26)	73 (%21)
Diğer	58 (%29)	50 (%35)	108 (%32)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	4	2	6
Yeme Bozukluğu	2	-	2
Alkol Kullanım Bozukluğu	1	20	21
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	1	1	2
Demans	3	3	6
Patolojik yas	1	-	1
Madde Kullanım Bozukluğu	1	3	4
Kişilik Bozukluğu	10	3	13
Psikoz Başka Türlü Adlandırılmayan	16	8	24
Konversiyon Bozukluğu	4	1	5
Uyum Bozukluğu	1	3	4
Kimlik Karmaşası	3	3	6
Yapay Bozukluk	3	-	3
İlişki Sorunları	2	-	2
Distimik Bozukluk	2	-	2
Somatoform Bozukluk	1	-	1
Davranım Bozukluğu	-	1	1
Panik Bozukluk	1	-	1
Marital Sorunlar	1	-	1
Dürtü Denetim Bozukluğu	1	1	2
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	-	1	1

Hastaların tanılarının yatış sürelerini etkileyip etkilemediği ANOVA testi ile incelendiğinde, tanılarının ilk yatış sürelerini etkilediği gözlemlendi ($F=19,085$; $p<0,0001$). Yapılan “post-hoc” incelemeler ile, bu farkın hangi tanıdan kaynaklandığı incelendiğinde, bipolar bozukluk hastalarının ilk yatış sürelerinin, unipolar depresyon hastalarından ve “diğer tanılar” şeklinde kodlanan “unipolar depresyon, bipolar bozukluk, ve şizofreni” dışında kalan tanı gruplarından anlamlı bir şekilde uzun olduğu görüldü. İlk yatış sürelerinin tanı gruplarına göre dağılımı ve yapılan “post-hoc” Benferroni testinin sonuçları Tablo 2 ve Tablo 3’de verilmektedir.

Tablo 2. İlk yatış sürelerinin (gün) tanı gruplarına göre dağılımı

Tanımlar	n	İlk Yatış Sürelerinin Ortalamaları (gün)	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Bipolar Bozukluk	48	45,0	33,6	1	172
Unipolar Bozukluk	113	31,3	18,4	0	96
Şizofreni	73	49,3	28,5	7	141
Diğer	108	25,9	16,4	1	107

$F= 19,085$; sd (serbestlik derecesi)= 3; $p< 0,0001$.

Tablo 3. İlk yatış süreleri ile psikiyatrik tanımlar arasındaki ilişkinin “post-hoc” Benferroni testi ile incelenmesi.

Tanımlar	Karşılaştırılan Tanı	İlk Yatış Süresi Ortalamaları Farkı (Standart Hata)	Anlamlılık, P değeri	Güven Aralığı alt/üst
Bipolar Bozukluk	Unipolar D	13,7 (4,0)	,004	3,2 24,2
	Şizofreni	-4,3 (4,3)	a.d.	-15,6 7,0
	Diğer	19,1 (4,0)	,000	8,6 29,7
Unipolar Bozukluk	Bipolar B	-13,7 (4,0)	,004	-24,2 -3,2
	Şizofreni	-18,0 (3,5)	,000	-27,2 -8,9
	Diğer	5,4 (3,1)	a.d.	-2,8 13,6
Şizofreni	Bipolar B	4,3 (4,3)	a.d.	-7,0 15,6
	Unipolar B	18,0 (3,5)	,000	8,9 27,2
	Diğer	23,4 (3,5)	,000	14,2 32,7

a.d.= anlamlı değil

Yeniden yatışlardaki yatış süreleri ile tanımlar arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (ikinci yatışlar, ANOVA, $F=0,164$, $p=0,920$; üçüncü yatışlar, ANOVA, $F=0,814$, $p=0,525$).

Birden çok yatış ile cinsiyet arasında bir ilişki olup olmadığı incelendiğinde, cinsiyet ile tekrar yatışlar arasında bir ilişki bulunmamıştır ($\chi^2= 0,073$, s.d.=1, $p=0,787$). Yatış süresi uzunluğunun yeniden yatış sıklığını etkileyip etkilemediğini değerlendirmek için ilk yatış süresi, kısa yatışlar ≤ 21 gün; ve uzun yatışlar > 21 gün olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Ki-kare testi ve Pearson korelasyon testi ile yaptığımız analizler, yatış süresi uzunluğunun yeniden yatış sıklığını etkilemediğini göstermiştir ($\chi^2=0,100$, s.d.=1, $p=0,752$; Pearson korelasyon, $p=0,909$).

Yatış süresi ile yeniden yatış oranları arasında bir ilişki olup olmadığını belirlemek için bipolar bozukluk, unipolar depresyon ve şizofreni tanımlı hastalar

kendi içlerinde de kısa süreli (≤ 21 gün) ve uzun süreli (> 21 gün) yatanlar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Toplam 48 bipolar bozukluk tanımlı hastanın 39’u bir kez, 9’u ise birden çok kez yatırılmış olup, yeniden yatış ile kısa ve uzun süreli yatışlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Fisher’in kesin ki kare testi; $p=0,671$). Benzer şekilde unipolar depresyon ve şizofreni hastaları için de yeniden yatış ile kısa ve uzun süreli yatışlar arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi (sırasıyla Fisher’in kesin ki kare testi; $p=0,417$; Fisher’in kesin ki kare testi; $p=0,467$) (bakınız Tablo 4).

İlaç veya ilaç dışı somatik tedavi (EKT) uygulamasının yatış süresini (≤ 21 gün ve > 21 gün) ve sayı-

Tablo 4. Tanı kategorilerine göre kısa ve uzun yatışların yeniden yatışa etkisi.

	Yatış süresi 21 gün veya daha kısa	Yatış süresi 21 günden uzun
Bipolar Bozukluk, (n=48)		
Tek yatış	9	30
Birden çok yatış	3	6
Unipolar Depresyon, (n=113)		
Tek yatış	32	63
Birden çok yatış	4	14
Şizofreni, (n=73)		
Tek yatış	11	48
Birden çok yatış	4	10

sını (tek yatış, birden çok yatış) etkileyip etkilemediği incelendiğinde, ilaç tedavisi alan toplam 317 hastanın 106’sının 21 gün veya daha az yatıştığı, 51’inin birden

çok kez yattığı; EKT uygulanan toplam 25 hastanın ise 4'ünün 21 gün veya daha az yattığı, 5'inin birden çok kez yattığı gözlemlendi. Bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (sırasıyla, Fisher'in kesin ki-kare testi; $p=0,079$; $\chi^2=0,259$, s.d.=1, $p=0,611$).

Son olarak birden fazla yatışla cinsiyet, ilk yatışın 21 gün veya daha kısa olup olmaması, hastalık tanısı ve ilaç/ilaç dışı tedavi arasındaki ilişki lojistik regresyon analizi ile incelendi. Bu analizde yatış sıklığı (tek yatış ve birden fazla yatış) bağımlı değişken olarak alınırken, cinsiyet, ilk yatış süresi (≤ 21 gün ve > 21 gün), hastalık tanısı (4 grup) ve ilaç/EKT tedavisi alıp almadığı ise bağımsız değişkenler olarak modele alındı. Lojistik regresyon analizi söz konusu değişkenler arasında anlamlı bir etkileşim olmadığını gösterdi (bakınız Tablo 5).

ilişkili olabilir. Bu çalışmada yatış süreleri, psikiyatrik tanılara göre ayrı ayrı değerlendirildiğinde, şizofreni tanısı olan olgularda ortalama yatış süresi 49 gün, bipolar bozukluk olgularında 45 gün ve unipolar depresyon olgularında ise 31 gün olarak bulunmuştur. Özetle, psikiyatrik tanılarını yatış sürelerinin uzunluğu ile doğru orantılı bir biçimde sıraya sokacak olursak diğer tanılar < unipolar depresyon < bipolar bozukluk ve < şizofreni şeklinde bir sıralama yapmak uygun olacaktır ki, bu durumda psikopatolojinin derecesi arttıkça yatış süresi uzamaktadır şeklinde bir yorum yapılabilir.

Psikiyatrik hospitalizasyon süresine ilişkin literatürde mevcut çalışmaların çoğu, kısa yatış süreli tedavilerin de uzun yatış süreli olanlar kadar etkin olduğunu vurgulamaktadır (3-5). Kısa süreli hastane yatış-

Tablo 5. Yatış sıklığı (tek yatış ve birden fazla yatış) ile cinsiyet, ilk yatış süresi (≤ 21 gün ve > 21 gün), hastalık tanısı (4 grup) ve ilaç/ilaç dışı tedavi arasındaki ilişkinin lojistik regresyon analizi ile incelenmesi.

Değişkenler	β	Standart hata	Anlamlılık	Olasılık Oranı/ Odds Ratio
Tanı		0,821		
Bipolar Bozukluk	0,325	0,474	0,494	1,383
Unipolar Depresyon	0,142	0,390	0,716	1,152
Şizofreni	0,361	0,415	0,385	1,435
Cinsiyet	- 0,080	0,303	0,792	0,923
Kısa ve uzun yatışlar	- 0,043	0,328	0,896	0,958
EKT/ilaç	- 0,203	0,539	0,707	0,816
Sabit	- 1,561	0,636	0,014	0,210

Tablo 6. Birden çok kez yatan olgularda ardışık yatışlar arasındaki süreler.

	n	Yatışlar Arası Sürelerin Ortalamaları (gün)	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
1. ve 2. yatış Arası Süre	55	199,3	155,8	2	664
2. ve 3. yatış Arası Süre	11	148,8	149,5	7	446
3. ve 4. yatış Arası Süre	2	73	11,3	65	81
4. ve 5. yatış Arası Süre	2	192,5	119,5	108	277

Çalışma süresi içinde yeniden kliniğimize yatırılarak tedavi edilen olguların taburculuğu takiben ne kadar süre sonra yeniden kabul edildiklerine ilişkin veriler Tablo 6'da özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nde yatış süresi ortalaması 35 gün, yani 5 hafta olarak bulunmuştur. Her ne kadar, yatış süresi ile yeniden yatış oranları arasında doğrudan bir ilişki bulunmadıysa da, genel olarak ne çok kısa ne de çok uzun sayılabilecek bu 5 haftalık ortalama yatış süresi uzunluğu, hastaların %84'ünde, çalışma süresi olan iki yıl boyunca yeniden yatış gerekmemiş olması ile

ları ve yararlanım üzerine yapılan bir çalışmada, bir aylık bir yatış süresinin, tüm tanı grupları için, kognitif yetiler, benlik saygısı ve kişiler arası ilişkiler gibi alanlarda belirgin bir iyileşmeyle sonuçlandığı bildirilmiştir (6). Mattes ve ark.'nın yatış süresi ile klinik etkinliği sekiz farklı tanı grubu içinde değerlendirdikleri çalışmalarında demografik değişkenler ile yatış süreleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Yatış süreleri ile psikiyatrik tanılarının ilişkisi incelendiğinde psikotik olguların, uzun süreli yatıştan (ortalama 179 gün) daha fazla faydalandıkları, depresif nevrozlar ve diğer nevrozların ise kısa süreli yatışlardan (en fazla 90 gün) daha fazla yararlandıkları bildirilmiştir (8). Taburculuk sonrası takiplerde ise, uzun süreli yatış uygulanan hastalarda çalışma süresi içindeki tekrar yatış

oranları daha yüksek bulunmuştur (8).

Liebermann ve arkadaşları yatış sürelerinin kısalması ile psikiyatrik gidiş ilişkisini 1988-1996 (kohort 1: 1988-1991; kohort 2: 1992-1993; kohort 3: 1995-1996) yılları arasında depresyon tanısı ile hastaneye yatırılan hastalarda yaptıkları bir –kohort- çalışması ile değerlendirmişlerdir (9). Bu çalışmada, hastaların semptom düzeyleri, global işlevsellik düzeyleri, benlik saygıları, mesleki, sosyal işlevsellikleri ve ego savunmaları değerlendirilmiş, yıllar içinde yatış sürelerinin gittikçe kısalacağı (kohort 1: 26.5±1.5 gün, kohort 2: 19.5±2.4 gün, kohort 3: 8.3±1.5 gün) ancak, en kısa süreli yatış grubu da dahil olmak üzere her üç kohortta da taburculukta ve sonraki takiplerde tüm işlevsellik alanlarında ve psikopatolojinin şiddetinde belirgin düzelenin olduğu bildirilmiştir (9). Üç kohort arasında yeniden psikiyatrik yatış oranlarına yönelik bir farklılık bulunmamıştır (9). Yatış sürelerinin kısalması ile tekrar yatış oranlarının artması arasında bir ilişki olup olmadığını inceleyen bir çalışmada ise, tanılar arasında en fazla şizofreni tanısı alan hastalarda tekrar yatış görüldüğü ancak, tekrar yatış oranlarının yüksek olmasının yalnızca yatış sürelerinin kısalması ile açıklanamayacağı bildirilmiştir (10). Yakın zamanlarda yatış süresinin kısalması ile, yeniden yatış oranlarının artması arasında bir ilişki bulunup bulunmadığını araştırmaya yönelik bir başka çalışmada ise, 1980-1990 yılları arasında toplam 20 merkezde tedavi gören 5520 hasta değerlendirilmiştir (11). Bu çalışmada, yüksek yatış-çıkış hızının (taburculuk sayısı/yatak/yıl), erken yeniden yatışı (ilk 30 gün içinde) arttırdığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada, 45 yaşın altında olmanın, psikotik bozukluk gibi daha ciddi bir tanının bulunmasının yeniden yatış için riski arttırdığı ancak, yataklı servisin genel bir hastane mi yoksa, psikiyatrik bir hastane mi olduğunun riski etkilemediği bildirilmiştir (11).

Bulgularımızı literatürde mevcut bulgular ışığında yorumladığımızda, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğindeki hasta yatış sürelerinin, diğer çalışmaların bir kısmında önerilen kısa yatış süreleri-

ne yakın sürelerde olduğunu, ancak bazı çalışmalarda önerilen 9 (5) veya 11 (3) gün gibi –kısa yatış- sürelerinden uzun olduğunu görmekteyiz. Hastayı hastaneye bağımlı hale getiren aylar veya mevsimler süren, etkin psikofarmakoloji öncesi çağlardaki psikiyatrik hastane yatışlarının, psikiyatrik hastanın açık/net bir klinik tanı alması ve uygun tedavinin planlanmasını amaçlayan yatışlar için uygun olmadığı açıktır. Ancak, özellikle psikiyatrik hastalara verilecek tıbbi bakımı sınırlandıran, hasta ihtiyacından çok, ekonomik kaygılar zemininde geliştirilmiş sağlık politikalarından hastalarımızı korumak da psikiyatri hekimleri olarak bizim görevimizdir. Her ne kadar, literatürde psikiyatri için optimum yatış süresine ilişkin bir uzlaşma bulunmaktaysa da 9 veya 11 gün gibi psikiyatrik semptomatolojinin net bir biçimde ayırd edilmesi için bile kısa sayılabilecek bir sürede hastalara optimum bir tanı ve tedavi hizmeti sunmak, güvene dayalı bir terapötik ilişkinin sağlam temellerini atmak kanaatimizce biraz güçtür. Belki optimum bir yatış süresini bir ölçüde aşmış olmakla birlikte, psikiyatrik yatışın hedefini, hastanın açık/net bir klinik tanı alması ve uygun tedavinin planlanıp başlatılması olarak benimsemiş olan Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde gösterilen yatış süreleri, daha sonraki yeniden yatış oranlarına yansdığı şekilde, ideal olan psikiyatrik yatış süresine nispeten yakın olabilir. Tedaviden ziyade bakım vermeye yönelik psikiyatrik bakım evleri ile psikiyatrik hastanelerin hedefleri ve hizmet anlayışları birbirlerinden ayrı olmalı, bu anlamda bakım amaçlı kurumlar kurularak, psikiyatri servislerinin yeniden yapılmasına yönelik çalışmalar sürdürülmelidir. Unutulmamalıdır ki, amaç hastanın en uygun tedavi planı altında kalmasını ve mümkün olduğunca, toplum içi işlevselliğini sürdürmesini sağlamaktır. Bunu yaparken, hastaları tamamen bağımlı ve izole kılan gereğinden uzun yatışlardan olduğu kadar, ekonomik kaygılar ile hızlı “turnover”-yatış çıkış hızı- sağlamak adına planlanan gerekenden kısa yatışlardan da kaçınmak gerekir.

Kaynaklar:

1. Mattes JA The optimal length of hospitalization for psychiatric patients: a review of the literature. *Hospital & Community Psychiatry* 1982;33:824-828
2. Allen JG, Tarnoff G, Coyne L, Spohn HE, Buskirk JR, Keller MW An innovative approach to assessing outcome of long term psychiatric hospitalization. *Hospital & Community Psychiatry* 1986;37:376-380
3. Herz MI, Endicott J, Spitzer RL Brief hospitalization two year follow up. *Am J Psychiatry* 1977;134:502-507
4. Caffey EM, Galbrecht CR, Klett CJ Brief hospitalization and aftercare in the treatment of schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* 1971;24:81-86
5. Hirsch SR, Platt S, Knights A, Weyman A Shortening hospital stay for psychiatric care: effect on patients and their families. *BMJ* 1979;1:442-446
6. Liebermann PB, Strauss JS Brief psychiatric hospitalization: what are its effects? *Am J Psychiatry* 1986;143:1557-1562

7. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, American Psychiatric Association, Washington DC, 1994
8. Mattes JA, Klein DF, Millan D, Rosen B Clinical effectiveness of short versus long stay psychiatric hospitalization IV. Predictors of differential benefit. J Nerv Ment Dis 1979;167:175-181
9. Liebermann PB, Stephen AW, Elliott B, McCormick S, Goyette SB Decreasing length of stay: Are there effects on outcomes of psychiatric hospitalization. Am J Psychiatry 1998;155:7:905-909
10. Voineskos G, Denault S Recurent psychiatric Hospitalization. CMA Journal 1978;4:247-250
11. Heggstad T Operating conditions of psychiatric hospitals effects of high patient turnover. Acta Psychiatr Scand 2001;103:196-202