

Çocuk ve ergen psikiyatrisi uygulamasında yataklı servis deneyimi ve yatışın iyileşmeye katkısının değerlendirilmesi

Burcu ÖZBARAN,¹ Sezen KÖSE,¹ Ebru YILMAZ,² Ayşe Nur AYDIN,² Cahide AYDIN³

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada Mart 2013-Eylül 2014 tarihleri arasındaki dönemde çocuk ve ergen psikiyatrisi yataklı servisinde tedavi görmüş olan hastaların, sosyodemografik özellikleri, psikiyatrik tanıları, tedavi seçenekleri ve yatış sonrası iyileşme düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Mart 2013-Eylül 2014 tarihleri arasında, Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Yataklı Servisi'nde yatarak tedavi gören ve taburcu edilen 149 hasta değerlendirmeye alınmıştır. Verilerin elde edilmesinde, yatış sırasında her hasta için ayrı olarak hazırlanmış olan hasta dosyalarından yararlanılmış, uygun hastalar Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli ile değerlendirilmiştir. Yatış sırasında ve taburculukta hastalık şiddetini ve iyileşme düzeylerini değerlendirmek için Klinik Global İzlenim Ölçeği-Şiddet (KGİÖ-Ş) ve Klinik Global İzlenim Ölçeği-Iyileşme (KGİÖ-İ) kullanılmıştır. **Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 14.2 idi. Hastaların %63.1'i kız, %36.9'u erkekti. Hastaların tanı dağılımlarına bakıldığında en sık tanıları duygudurum bozuklukları %57.7, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu %10.7, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar %8.1 idi. Hastaların ortalama yatış süreleri 24.4 gündü. Yatış süresi uzadıkça KGİÖ-İ'de iyileşme düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Hastaların tümünde yatışı sırasında psikotrop ilaçlar kullanılmış, en sık kullanılan ilaç grubu antipsikotik ilaçlar olarak belirlenmiştir. İlk yatış sırasındaki muayenede değerlendirilen KGİÖ-Ş ortalama değeri 5 (belirgin hasta) (aralık: 3-7); taburculuk sonrası KGİÖ-Ş ortalama değeri 3 (hafif düzeyde hasta) olarak saptanmıştır. Hastaların yatış ve çıkış KGİÖ-Ş puanları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur. **Sonuç:** Türkiye'de sınırlı sayıda bulunan çocuk ve ergen psikiyatrisi yataklı servislerinin, çocuk ve gençlerin ruh sağlığına olumlu katkısı tartışılmazdır. Bu çalışma yataklı servislerle yapılacak ileriki çalışmalar için bir ön çalışma niteliğindedir. (*Anadolu Psikiyatri Derg* 2016; 17(2):120-126)

Anahtar sözcükler: Çocuk ve ergen psikiyatrisi, hastalık şiddeti, yataklı servis

Evaluation of the contribution of inpatient services and experiences on improvement in child and adolescent psychiatry practice

ABSTRACT

Objective: In this study it's aimed to evaluate the sociodemographic characteristics, psychiatric diagnoses, treatment options and improvement levels of the patients who were treated in Child and Adolescent Psychiatry inpatient service. **Methods:** One hundred and forty-nine patients between who were treated in Ege University Child and Adolescent Psychiatry inpatient service between March 2013 and September 2014 were evaluated. The patients' files were used for data collection and Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS) was used for appropriate patients. Clinic Global Impression Scale-Severity (CGIS-S) was used for all cases for determining the psychiatric disorder severity and Clinic Global Impression Scale-Improvement (CGIS-I) was used for evaluating the treatment effect. **Results:** The age mean was 14.2. %63.1 of the patients were girls and %36.9 boys. The common diagnoses were mood disorders %57.7, attention

¹ Doç. Dr., ² Dr., ³ Prof. Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Bornova/İzmir
Yazışma Adresi / Correspondence address:

Doç. Dr. Burcu ÖZBARAN, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ABD, Bornova/İzmir, Türkiye
E-mail: drbbeker@yahoo.com

Geliş tarihi: 06.02.2015, Kabul tarihi: 20.03.2015, doi: 10.5455/apd.184670

Anatolian Journal of Psychiatry 2016; 17(2):120-126

deficit and hyperactivity disorder %10.7, schizophrenia and other psychotic disorders %8.1. The mean treatment duration was 24.4 days. It is founded that the longer duration of hospitalization has positive effect on CGI improvement scores. All patients get psychopharmacological medication during inpatient follow up. The most used medication were antipsychotics. First CGIS-S median level of the patients was 5 (markedly ill) (range: 3-7) and 3 when discharging. When we compare the hospitalization and discharge CGI-S score medians of patients', a statistically significant difference was founded. **Results:** Although there is a limited number of inpatient services for children, the positive contribution of inpatient services on children and adolescents' mental health is incontrovertible unquestionable. This study is a preliminary report for forthcoming studies with special inpatient services for children and adolescent. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2016; 17(2):120-126)

Keywords: child and adolescent psychiatry, disorder severity, inpatient services

GİRİŞ

Psikiyatrik bozuklukların toplumda görülme oranı %26 olarak bildirilmiştir.¹ Bu bozuklukların önemli bir kısmı çocukluk ve ergenlik çağında başlamaktadır. Ergen yaş grubundaki psikiyatrik bozukluk yaygınlığının %13-21 oranlarında olduğu belirtilmiştir;^{2,3} kızların %31'inin, erkeklerin %42'sinin 16 yaşına gelene kadar en az bir psikiyatrik bozukluk geçirdiği belirlenmiştir.² On sekiz yaşından önce ortaya çıkan psikiyatrik tabloların bir kısmı ise yatırılarak tedavi edilmeyi gerektirmektedir. Çalışmalar çocuk ve ergenlik döneminde psikiyatri servislere yatış oranlarında artış olduğunu göstermiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1991-2008 yılları arasında psikiyatrik sorunlar nedeniyle hastaneye yatırılan 4-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin hastanede yatış süreleri, klinik profilleri ve ilaç kullanımları açısından değerlendirildiği çalışmada; özellikle son 10 yılda çocuk ve ergenlerin hastanede kalış sürelerinde azalma (ortalama 44 günden 10 güne düşüş) olmakla beraber, hastaneye yatış sayılarında yaklaşık üç kat ve psikotrop ilaç kullanımlarında sekiz kat artış olduğu belirlenmiştir.⁴ Son yıllardaki bu değişikliklerin çocuk psikiyatrisi yataklı servislerine başvuru oranlarında azalmaya yol açmadığı belirtilmiştir.⁴

1988-1994 yılları arasında, ayaktan tedavi edilen 2-19 yaşları arasındaki çocuklar ve ergenlerde antidepresan kullanımının 3.5 kat arttığı bildirilmiştir.^{5,6} 1987-1996 yılları arasında ayaktan tedavi edilen hastalarda, tüm psikotrop ilaç kullanımının 2-3 kat arttığı belirlenmiştir.⁷ 1994-2001 yılları arasında, 14-18 yaşları arasındakilerin ilaç kullanımındaki değişiklikleri değerlendiren bir başka çalışmada ise, araştırmacılar ilaç kullanımında 2.5 kat artış olduğunu saptamışlardır. Artışın en çok uyarıcılar ve seçici serotonin geri alım inhibitörlerinde (SSGİ) olduğu belirlenmiştir.⁸

Türkiye'de, çocuk ve ergen yaş grubunda uygulanan psikotrop tedavilerle ilgili az sayıda çalışma vardır. Aras ve arkadaşları, ayaktan tedavi

edilen hastaların %24.0'ına ilaç tedavisi başlandığı, en sık kullanılan ilaç grubunun antidepresanlar (%15.5) olduğu belirtilmiştir.⁹ Bir başka çalışmada okul öncesi dönemdeki çocukların ilaç kullanımları değerlendirilmiş ve çocukların %6.3'ünün ilaç kullandığı, en sık kullanılan ilaç grubunun antipsikotikler (%40.2) olduğu, olguların %3.3'ünde ikili ilaç kullanımının bulunduğu bildirilmiştir.¹⁰ Taş ve arkadaşları, yatan hastaların tümünde en az bir psikotrop ilacın kullanıldığını, en sık yeğlenen ilaç grubunun antipsikotikler (%80.4) olduğunu bulmuşlardır.¹¹

Türkiye'de çocuk ve ergen psikiyatrisine yönelik yataklı hizmet veren hastane ve kliniklerin sayısı az olduğundan bu alanda yapılan çalışmaların sayısı da azdır. Güvenir ve arkadaşları bir çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servisinde yatan hastaların tedavi sonuçlarını değerlendirmişlerdir.¹² Hastaların değerlendirme ölçütlerinin hepsinde yatış ve taburculuk arasında anlamlı düzeyde fark olduğu gösterilmiştir.¹² Yataklı servise kabul edilen genç hastaların yatış zamanından taburculuğa kadar geçen süreçte kişisel, ailesel ve diğer sosyal alanlarda önemli ölçüde ilerleme gösterdiklerini belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada ise, erişkin psikiyatri kliniğine yatırılan ergenlerin sosyodemografik özellikleri, tanıları, yatış sayıları ve süreleri geriye dönük olarak incelenmiştir.¹³ Hastaların klinikte yatış süreleri ile eksen V (son bir yıl içindeki uyum işlev düzeyi) tanıları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Klinikte kısa süre yatan ergenlerin uyum-ışlev düzeyleri orta düzeyde bulunurken, uzun süre yatan ergenlerin uyum-ışlev düzeylerinin bozuk olduğu görülmüş; bu alanda yapılacak başka çalışmalarla çocuk ve ergenlerin hastanede yatış sürelerini etkileyebilecek diğer etkenlerin de incelenmesi gerektiği belirtilmiştir.¹³

Günümüzde, çocuk ve ergenlerin yataklı tedavisi belli koşullarda başvuru, çocuk ve ergenin tedavisi sırasında bireysel olarak değerlendirilip hasta çocuk, ergen ve ailelerinin gereksinmelerini dikkate alan, poliklinik, kurum tedavisi ve uyumlandırma (rehabilitasyonla) birlikte

toplam tedavinin bir parçası olarak kullanılmaktadır.¹⁴

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Yataklı Servisi, 18 yaş ve altındaki çocuk ve ergenlerin izlenerek tedavi edildiği, 11 yatak kapasitesine sahip bir klinikdir. İleri düzeyde güvenli bir psikiyatrik bakım gereken hastalar (madde bağımlılığı, ağır yıkıcı davranış sorunları, kendine ve başkasına zarar verme riski yüksek durumlar) ile ileri düzeyde hemşirelik bakımı ve genel tıbbi destek gerektiren bedensel hastalığı olanlar, birinci derece yakın kadın refakatçisi olmayanlar servise kabul edilmemektedir.

Yataklı servisimiz, farmakoterapi ve davranışsal modellerin temel alındığı, birçok disiplini içeren ve çok modelli bir tedavi hizmeti vermektedir. Bu tedavi hizmetlerini, akran grubu ve akran ilişkilerini temel alan bir terapötik ortam oluşturarak sunmaktadır. Tedavi ekibi, çocuk ve ergen psikiyatristleri, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, aile terapisti ve hemşirelik hizmetleri gibi farklı disiplinlerde çalışan kişilerden oluşmaktadır. Psikotrop ilaç tedavisine ek olarak tüm hastalara psikiyatrik bozukluklarına göre sosyal beceri eğitimi, destekleyici veya bilişsel davranışçı terapi uygulanmaktadır. Hasta ve ailesine yönelik ayrıntılı ruhsal eğitim tedavinin önemli bir parçasıdır. Hastalar yattıkları sürede uğraş terapisi, spor etkinlikleri (yüzme, pilates, latin dansları vb.) ve tiyatro/drama etkinliklerine de katılmaktadır. Hastalar refakatçi eşliğinde yatmakta ve bu sayede refakatçilerin de gerekli tedaviye yönlendirilmesi ve çocuklarının tedavisine katkıda bulunması sağlanmaktadır.

Bu çalışmada, Mart 2013-Eylül 2014 tarihleri arasındaki dönemde kliniğimizde yatarak tedavi almış olan 149 hastanın, sosyodemografik özellikleri, psikiyatrik tanılarının ve tedavi şekillerinin gözden geçirilmesi ve hastalık şiddetinin yatış öncesi ve taburculuk sonrası değerlendirilerek, yatıştan sağlanan faydanın değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Mart 2013-Eylül 2014 tarihleri arasında, Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Yataklı Servisi'nde yatarak tedavi gören ve taburcu edilen 149 hasta değerlendirmeye alınmıştır. Verilerin elde edilmesinde, servis yatışı sırasında her hasta için ayrı olarak hazırlanmış olan dosyalardan yararlanılmıştır. Olguların bilgileri araştırmacılar tarafından oluşturulan veri formu kullanılarak yaş, cinsiyet, yatış süresi, tanıları, ilaç dağılımları ve yatış sırasında

ve taburculuk sonrasındaki Klinik Global İzlenim Ölçeği-Şiddet (KGİÖ-Ş) puanları açısından değerlendirilmiştir.¹⁵

Olguların taburculuğunda, yatış sırasındaki durumuna göre gelişmeyi gösteren KGİÖ-İyileşme (KGİÖ-I) puanları ile değerlendirilmiştir. Olgulara tanılar DSM-IV ölçütlerine göre klinik görüşmeyle konmuştur.¹⁶ Yaşı uygun hastalar için Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version; K-SADS) kullanılmıştır.^{17,18} Kiddie SADS-Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (K-SADS-PL), 6-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerde psikiyatrik bozuklukları DSM-III ve DSM-IV'e göre taramak amacıyla Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir ölçektir. K-SADS-PL ile çocuk ve ergendeki geçmiş ve şu andaki psikiyatrik bozukluklar anne-babadan ve çocuktan alınan bilgiler doğrultusunda sorgulanmakta ve klinik tanı klinisyenin gözlemleriyle de birleştirilerek konulmaktadır. Form üç bölümden oluşmaktadır: 'Yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi' olarak adlandırılan ilk bölümde çocuğun demografik bilgileri, sağlık durumu, şu andaki yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgilerle birlikte çocuğun okuldaki durumu, hobileri, arkadaş ve aile ilişkileri gibi bilgiler edinilir. İkinci bölüm olan 'tanı amaçlı tarama görüşmesi' 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Her belirtiyi değerlendirmek için belli tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri verilmiştir. Her belirti kendisine özgü dereceleme yöntemiyle 0-3 puan arasında değerlendirilmektedir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler saptanırsa, tanıyı doğrulamak amacıyla sorulan tanı alanında ek sorulara geçilir. Her ek belirti listesi, tarama soruları ve bozukluğun şimdiki ve geçmişteki en ağır ataklarını değerlendirmek üzere ölçütler içermekte ve ek puanlama yapılmaktadır. Kullanılan ilaçlar, gruplarına (antipsikotikler, antidepresanlar) göre kaydedilmiştir.

KGİÖ-Ş, ilk yatış sırasında ve taburculuk öncesi tüm hastaların psikiyatrik hastalıklarının şiddetinin değerlendirilmesi için kullanılmıştır. Puanlar şu şekildedir: 1=normal, hasta değil; 2=hastalık sınırında; 3=hafif düzeyde hasta; 4=orta düzeyde hasta; 5=belirgin düzeyde hasta; 6=ağır hasta; 7=çok ağır hasta.

KGİÖ-İ, tüm hastaların taburculuk öncesinde doldurulmuştur. Puanlar şu şekildedir: 1=çok

düzelde; 2=oldukça düzelde; 3=biraz düzelde; 4=hiç değişiklik yok; 5=biraz kötüleşti; 6=oldukça kötüleşti; 7=çok kötüleşti.¹⁵

İstatistiksel değerlendirme

Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi SPSS Windows 16.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Dosya incelemesi sonucu hastaların sosyodemografik özellikleri, tanı dağılımları, psikotropik ilaç kullanma oranları tanımlayıcı istatistiksel analiz yöntemleri-frekans analizleri ile değerlendirilmiştir. Yataklı tedavi öncesi ve sonrası KGİÖ-Ş puanları non-parametrik Wilcoxon signed-rank testi ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Mart 2013-Eylül 2014 tarihleri arasında yataklı birimimizde tedavi gören ve taburcu edilen 149 çocuk ve ergen değerlendirmeye alınmıştır. Hastaların %5.36'sı (s=8) 0-6 yaşları arasında, %6.71'i (s=10) 7-10 yaşları arasında, %36.91'i (s=55) 11-14 yaşları arasında, %52.34'ü' (n=78) 15-18 yaşları arasındaydı. Hastaların %63.1'i kız hasta iken (s=94), %36.9'u erkek hastaydı (s=55). Hastaların yaş ortalaması 14.2 (yaş aralığı 5-18) yıl idi. Erkeklerin yaş ortalaması 13.6, kızların yaş ortalaması 14.5'ti. Sosyodemografik veriler Tablo 1'de sunulmuştur. Hastaların eğitim durumları göz önüne alındığında, 36 olgu (%24.2) eğitimini lise veya daha öncesi dönemde bırakmıştı. Eğitimini sürdürenlerden 55'i (%36.9) lise, üçü (%2.0) açık lise, 35'i (%23.5) ortaokul ve 12'si (%8.1) ilkokul öğrencisi, dördü (% 2.7'u) özel eğitim veya kaynaştırma öğrencisiydi.

Tablo 1. Örneklem sosyodemografik verileri

	Erkek		Kız		Toplam Sayı
	Sayı	%	Sayı	%	
Sayı	55	36.9	94	63.1	149
Yaş ortalaması (yıl)	13.6		14.5		14.2

Hastaların tanı dağılımlarına bakıldığında en sık ilk tanıları duygudurum bozuklukları %57.7 (s=86) (depresif bozukluklar s=67 [%45.0]; bipolar bozukluk s=9 [%6.0]; duygudurum bozukluğu, başka türlü adlandırılmayan s=10 [%6.7]), bu tanıyı sırasıyla dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) %10.7 (s=16), şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar %8.1 (s=12), yaygın gelişimsel bozukluklar %6.1 (s=9), konversiyon

Tablo 2. Psikiyatrik tanı dağılımları

Tanı	Sayı	%
Duygudurum bozuklukları	86	57.7
Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluk	16	10.7
Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar	12	8.1
Yaygın gelişimsel bozukluklar	9	6.1
Konversiyon bozukluğu	5	3.4
Obsesif kompulsif bozukluk	7	4.7
Davranım bozukluğu	4	2.0
Yeme bozuklukları	2	1.3
Diğer*	8	5.4

* Mental retardasyona bağlı davranış sorunları, uyku bozuklukları, akut ve geçici psikotik bozukluklar ve kriz tablolarına bağlı sorunlar ile yatırılan hastalardır.

Tablo 3. Kullanılan ilaç grupları ve etkin maddeleri

	Sayı	%
Antipsikotikler	99	91.6
Risperidone	54	50.4
Aripiprazol	56	51.8
Antidepresanlar	71	65.7
Sertralin	34	31.5
Essitalopram	21	19.4
Sitalopram	10	9.2
Uyarıcılar	18	16.6
Duygudurum düzenleyiciler	15	13.8
Antianksiyete ilaçlar	14	12.9

bozukluğu %3.4 (s=5), obsesif kompulsif bozukluk %4.7 (s=7), davranım bozukluğu %2.7 (s=4), yeme bozuklukları %1.3 (s=2) izlenmiştir. Eşlik eden tanıları ise sıklık sırasıyla davranım bozukluğu %14.8 (s=22), DEHB %13.4 (s=20), zeka geriliği %5.4 (s=8) ve depresyonu %2.7 (s=4). Tanı dağılımları Tablo 2'de sunulmuştur.

Hastaların 106'sının (%71.1) daha önce hiçbir özkıyım (intihar) girişimi bulunmazken; 16'sının (10.7) bir kez, 16'sının (%10.7) iki kez ve 11'inin (%7.4) üç ve üzerinde özkıyım girişimi olmuştur. Hastaların 35'inde (%23.5) madde kullanım öyküsü vardır. Servisimiz madde bağımlılığı tedavi eden bir merkez olmadığı için madde bağımlılığı olan bir hastamız yoktur.

Hastaların ortalama yatış süreleri 24.4 gün (aralık: 1-93) olarak belirlenmiştir. Bir günlük yatışlar genellikle hastanın ve ailesinin kendi isteği ile taburcu olduğu durumlar olarak kaydedilmiştir. Yatış süresi uzadıkça KGİÖ-İ düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. En çok düzelme olan grubun yatış

süresi 25-30 gün arasındadır ($\chi^2=12.95$, $p<0.05$).

Belirtilen tarihler arasında yatan hastaların tümünde yatışları sırasında psikotrop ilaçlar kullanılmıştır. Yatan hastalarda en sık kullanılan ilaç grubu antipsikotik ilaçlar %91.6 (s=99) olup bu grubu sırasıyla antidepresanlar %65.7 (s=71), uyarıcı ilaçlar %16.6 (s=18), duygudurum düzenleyiciler %13.8 (s=15) ve antianksiyete ilaçları %12.9 (s=14). Antipsikotik ilaç grubunda en sık aripiprazol %51.8 (s=56) ve risperidon %50 (s=54) yeğlenmiş olup, antidepresan ilaç grubunda en sık sertralin %31.5 (s=34), essitalopram %19.4 (s=21) ve sitalopram %9.2 (s=10) yeğlenmiştir. İlaç gruplarına ve uygulanan etken maddelerine göre kullanım oranları Tablo 3'de gösterilmiştir.

Yataklı servisler, çeşitli ruhsal sorunlar yaşayan çocuk ve ergenlere güvenli, ilgili ve anlayan bir ortam sunarak tedavi edici çalışmaların gerçekleşmesine olanak sağlar. Yatarak tedavi deneyimi çocuk ve ergen için sadece belirti düzeyinde düzelme değil, aynı zamanda kişilik gelişiminde ve benlik saygısında da olumlu bir etki sağlar. Kliniğimizde yatarak tedavi görmüş olan 149 hastanın yatış öncesi ve taburculuk sonrası durumları KGİÖ'ye göre değerlendirilmiştir. İlk yatış sırasındaki muayenede değerlendirilen KGİÖ-Ş median puanı 5 (belirgin hasta) (aralık: 3-7), taburculuk sonrası KGİÖ-Ş median değeri 3 (hafif düzeyde hasta) olarak saptanmıştır. Yatış ve çıkış KGİÖ-Ş puanları karşılaştırıldığında, aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

TARTIŞMA

Bu çalışmada çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları yataklı servisinde tedavi gören çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri, yatış süreleri, tanıları, uygulanan ilaç tedavileri ile yatış sırasında ve taburculuk sonrasındaki KGİÖ-Ş puanları değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda yatış yapılarak tedavi gören ergen olgular arasında kız cinsiyet oranı daha yüksek bulunmuştur. Son yıllarda bazı çalışmalarda özellikle ergenlik döneminde yataklı serviste tedavi gören hastalarda kız cinsiyette biraz daha artış olduğu belirtilmiştir.^{19,20} Türkiye'de yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur.^{11,21}

Hastaların yaklaşık yarısında duygudurum bozuklukları saptanmış olup bunların arasında en sık olarak depresif bozukluk görülmüştür. Duygudurum bozukluklarını izleyen en yaygın tanımlar sırasıyla yıkıcı davranış bozuklukları ve

psikotik bozukluklardır. Türkiye'de bu yaş grubunda yatan hastalarla yapılan diğer çalışmalarda da benzer tanımlar söz konusudur. Güvenir ve arkadaşları, bir çocuk ve ergen psikiyatrisi yataklı servisinde izlenen olgularda en çok duygudurum bozuklukları ve psikotik bozukluklar saptamıştır.¹² Coşkun ve arkadaşlarının çalışmasında, hastaların yaklaşık üçte ikisinin duygudurum bozuklukları ve psikotik bozukluklar nedeniyle izlendiği görülmektedir.²¹ Bu çalışmada dissosiyatif bozukluklar üçüncü en sık görülen tanı grubu olmuştur. Uluslararası veriler bu bulguları desteklese de, yataklı servisin tipinin yatan hastaların tanı dağılımını etkilediği düşünülmektedir. Meagher ve arkadaşları ABD'de 1991, 1998 ve 2008 yıllarında Boston bölgesinde çocuk ve ergen psikiyatrisi yataklı birimlerine kabul edilen 233 olgunun klinik profillerini incelemişlerdir.⁴ Yaptıkları çalışmada üç değerlendirmede de duygudurum bozuklukları en fazla görülen tanı grubu olurken, bunu travma ile ilişkili anksiyete bozuklukları izlemiştir. Bizim çalışmamızdaki bulgulara benzer olarak dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve özel öğrenme güçlükleri (ÖÖG) ile diğer yıkıcı davranış bozuklukları üçüncü ve dördüncü sıklıkta saptanan tanımlar olmuştur. Bu sonuçlar hastaların yönlendirildiği yataklı servis yaş grubunun tanı dağılımında belirleyici olabileceğine işaret etmektedir. Çocuk ve ergen psikiyatrisi klinik uygulamasında DEHB ve diğer yıkıcı davranış bozuklukları en sık rastlanan tanı grubu olduğundan bu bozukluklarla ilişkili önemli sorunlarda çocuk ve ergen yataklı servislerine başvuru daha kolay olmaktadır.

Bizim çalışmamızda hastaların ortalama yatış süresi 24.4 gün olarak saptanmıştır. Coşkun ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastane yatış süresi ortalaması 22.2 ± 17.48 gün olarak bulunmuştur.²¹ Literatürde çocuk ve ergenlerde hastane yatış süreleri farklılık göstermektedir. ABD, Avustralya veya Yeni Zelanda gibi ülkelerde sağlık sigortası sistemlerine bağlı olarak yatış süreleri genellikle dört haftadan daha kısa sürerken; Avrupa'daki yataklı hizmetlerde ortalama 97 ve 128 gün gibi süreler bildirilmiştir.²²⁻²⁴

Çalışmamızda yer alan hastaların tümünde servis yatışı sırasında psikotrop ilaçlar kullanılmıştır ve en sık yeğlenen ilaç grubu antipsikotikler olmuştur. Benzer şekilde Taş ve arkadaşları Türkiye'de bir çocuk ergen ruh sağlığı servisinde yatarak tedavi gören 46 hastanın tümünde psikotrop ilaç kullanıldığını (%100) ve en fazla kullanılan ilaç grubunun antipsikotikler (%80.4) olduğunu saptamışlardır.¹¹ Coşkun ve arkadaşları, 84 ergen hastanın %92'sinde psikotrop ilaç

kullanıldığını ve en sık kullanılan ilaç grubunun antipsikotikler olduğunu saptamışlardır.²¹ Çalışmalar arasındaki bu küçük farklılıkların, Coşkun ve arkadaşlarının çalışmasının yalnız erişkin psikiyatri servisinde tedavi gören ergen hastalarla yapılmasından ve tedavide elektrokonvülfif terapinin de kullanılmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Yataklı serviste tedavi gören çocuk ve ergen hastalara ilişkin bulguları inceleyen çalışmamızın bazı sınırlılıkları vardır. Çalışmanın, henüz bir buçuk yıllık deneyime sahip yeni bir klinikte yapılmış olması temel sınırlılıktır. Tanı dağılımlarının geniş bir yelpazede dağılmış olması yatış ve taburculuk sonrası KGIÖ-Ş puanlarındaki değişimin nelerden etkilenmiş olduğunu değerlendirmeyi güçleştirmiştir.

Çocuk ve ergen psikiyatrisi yataklı tedavi birimleri Türkiye'de yeni gelişmekte olan bir tedavi seçeneği durumundadır. Daha önceki yıllarda yatış gerektiren ruhsal bozukluğu bulunan, özellikle ergen grubundaki hastaların izleme ve tedariki

visi yetişkin psikiyatrisi yataklı tedavi birimlerinde sürdürülmekteydi. Çocukların bu tür servislerde tedavilerinin zor olması nedeniyle sağaltımdan yararlanamamaları, çocuk ve ergenlerin gelişim dönemlerine özgü klinik sorunların yetişkin psikiyatri servislerinde yeterince tanınıp uygun tedavi planının yapılamaması, yetişkin hastalardan olumsuz etkilenme gibi sorunlar vardı. Bu nedenle hastaların sadece çocuk ve ergenlere yönelik merkezlerinde tedavi edilmeleri, önerilen ve gelişmiş ülkelerde yerleşmiş bir sistemdir. Kliniğimiz yeni bir birim olmasına karşın izlediğimiz hastalarda KGIÖ'ye göre yaptığımız değerlendirme sonuçları göz önüne alındığında, anlamlı iyileşme olmuş olması umut vericidir. Ülkemizde yataklı tedavi birimlerinin artırılması hem hastalarımız, hem de uzmanlık eğitimi açısından faydalı olacaktır. Ülkemizde çocuk ve ergenlerde yataklı tedavi ile ilgili araştırma sayısı oldukça azdır. Bu konuyla ilişkili çalışmaların artması ve deneyimlerin paylaşılması, gelişmekte olan çocuk ve ergen ruh sağlığı için önemli katkılar sağlayacaktır.

Yazarların katkıları

B.Ö.: Konuyu bulma, planlama, araştırmanın yürütülmesi, istatistik, makaleyi yazma; **S.K.:** Planlama, araştırmanın yürütülmesi, istatistik; **E.Y.:** Araştırmanın yürütülmesi, istatistik, makaleyi yazma; **A.A.:** Literatür tarama, araştırmanın yürütülmesi; **C.A.:** Planlama, araştırmanın yürütülmesi

KAYNAKLAR

1. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:617-627.
2. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:837-844.
3. Schaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Lucas CP, Schwab-Stone ME. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study: methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35:865-877.
4. Meagher SM, Rajan A, Wyshak G, Goldstein J. Changing trends in inpatient care for psychiatrically hospitalized youth: 1991-2008. *Psychiatr Q* 2013; 84(2):159-168.
5. Zito JM, Safer DJ. Services and prevention: Pharmacoeconomics of antidepressant use. *Biol Psychiatry* 2001; 49:1121-1127.
6. Zito JM, Safer DJ, DosReis S, Gardner JF, Soeken K, Boles M ve ark. Rising prevalence of antidepressant among US youths. *Pediatrics* 2002; 109:721-727.
7. Zito JM, Safer DJ, DosReis S, Gardner JF, Magder L, Soeken K, et al. Psychotropic practice patterns for youth: A 10-year perspective. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157:17-25.
8. Thomas CP, Conrad P, Casler R, Goodman E. Trends in the use of psychotropic medications among adolescents, 1994 to 2001. *Psychiatr Serv* 2006; 57:63-69.
9. Aras Ş, Varol Taş F, Ünlü G. Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde ilaç tedavisi uygulamalarının değişimi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2005; 15:127-133.
10. Özbek A, Gencer Bozabalı Ö. Okul öncesi çocuklarda psikotrop ilaç kullanımı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003; 13:57-64.
11. Varol Taş F, Güvenir T, Miral S. Bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda ilaç kullanımı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2007; 14:139-150.

12. Güvenir T, Varol Taş F, Özbek A. Child and adolescent mental health inpatient services in Turkey: Is there a need and are they effective? *Noro Psikiyatri Ars* 2009; 46:143-148.
13. Arslan S, Evlice Y, Alparslan N, Diler S. Yatarak sağaltım gören ergenlerin sosyodemografik özellikleri: Yatış süresini etkileyen faktörler. *Düşünen Adam Psikiyatri Noroloji Bilim Dergi* 1996; 9:44-49.
14. Delaney KR. Milieu therapy: a therapeutic loophole. *Perspect Psychiatric Care* 1997; 33(2):19-28.
15. National Institute of Mental Health. CGI (Clinic Global Impression) Scale. *Psychopharmacology Bull* 1985; 21:839.
16. Amerikan Psikiyatri Birliği. *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev. ed.: E Köroğlu)*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1994.
17. Kaufman J, Birmaher B, Brent DA, Ryan ND, Rao U. K-SADS-PL *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(10):1208.
18. Gökler B, Unal F, Pehlivanurk B, Kültür E, Akdemir D, Taner Y. Reliability and Validity of Schedule for affective disorders and schizophrenia for school age children -present and lifetime version-Turkish version (K-SASD-PL-T). *Turk J Child Adolesc Mental Health* 2004; 11:109-116.
19. Green J, Jacobs B, Beecham J, Dunn G, Kroll L, Tobias C ve ark. Inpatient treatment in child and adolescent psychiatry-a prospective study of health gain and costs. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48:1259-1267.
20. Van Kessel K, Myers E, Stanley S, Reed LW. Trends in child and adolescent discharges at a New Zealand psychiatric inpatient unit between 1998 and 2007. *N Z Med J* 2012; 125:55-61.
21. Coşkun M, Bozkurt H, Ayaydın H, Karakoç S, Süleyman F, Üçok A, et al. Clinical and socio-demographic features of adolescents hospitalized in the psychiatric inpatient unit of a university hospital, *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2012; 19(1):17-24.
22. Mayes DS, Calhoun SL, Krecko VF, Vesell HP, Hu J. Outcome following child psychiatric hospitalization. *J Behav Health Serv Res* 2001; 28:96-103.
23. Gavidia-Payne S, Littlefield L, Hallgren M, Jenkins P, Coventry N. Outcome evaluation of a statewide child inpatient mental health unit. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37:204-211
24. Swadi H, Bobier C. Hospital admission in adolescents with acute psychiatric disorders: how long should it be? *Australas Psychiatry* 2005; 13:165-168.