

Psikotik belirtili psikiyatrik hastalıklarda hastanede kalışı ve bir yıl içindeki tekrarlayan kabulü ön gören değişkenler: Retrospektif bir çalışma

The variables predicting the length of hospital stay and within one year recurrent admission in psychiatric disorders with psychotic symptoms: A retrospective study

Çiğdem Geniş¹, Muhammed Hakan Aksu², Behcet Coşar³

¹Hemş., Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü, Aile Hekimliği Birimi, Kocaeli, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0003-2244-1547>

²Dr. Öğr. Üyesi, ³Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye, <https://orcid.org/0000-0003-2930-5337>, <https://orcid.org/0000-0002-6422-499X>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, psikotik belirtili psikiyatrik bozukluklarda hastanede kalış süresini ve taburculuk sonrası bir yıl içindeki tekrarlayan kabulü öngören değişkenleri araştırmayı amaçladık. **Yöntem:** Çalışma, 2005-2016 yılları arasında Gazi Üniversitesi psikiyatri bölümünde yatarak tedavi gören hastaların verileri ile gerçekleştirildi. Psikotik semptomları olan psikiyatrik bozukluklar çalışmaya dahil edildi. Tanı için temel olarak ICD-10 kullanıldı. 1301 tek başvuru ve 369 tekrarlayan kabul olmak üzere toplam 1670 hasta verisi analize dahil edildi. Analizde sadece ilk başvuru kayıt verileri kullanıldı. **Bulgular:** Hastanede kalış süresini uzatan anlamlı değişkenler önem sırasına göre şizofreni tanısının olması ($\beta=0.186$), kadın cinsiyet ($\beta=-0.129$), depresyon tanısının olması ($\beta=0.106$), tekrarlayan kabulün olması ($\beta=0.099$), şizoafektif bozukluk tanısının olması ($\beta=0.055$) ve ileri yaş ($\beta=0.053$) idi. Tekrarlayan kabulü olan hastaların %33,9'u ilk yıl içinde yeniden kabul edildi. Psikotik belirtileri olan hastalarda ilk kabul sonrası ilk bir yıl içinde tekrarlayan kabulü yordayan değişkenler ise önem sırasına göre; şizofreni tanısının olmaması ($OR=0.368$, $p=0.002$), hastanede kalış süresinin kısa olması ($OR=0.981$, $p=0.007$) ve şizoafektif bozukluk tanısının olmamasıdır ($OR=0.333$, $p=0.011$). **Sonuç:** Şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısı hastanede kalış süresini uzatan yordayıcılar olmakla birlikte, tekrarlayan yatışı azaltan önemli yordayıcılardır. Bu hastalıkların varlığı ilk bakışta çelişkili görünse de hastanede kalış süresinin uzaması bu hastalıkların ilk yıl yeniden hastaneye yatmasını engelleyebilir. Bu bir öngörü olmakla birlikte, hastanede kalış süresinin uzaması nedeniyle tekrarlayan başvuruların azalması bu öngörüye desteklemektedir. Başta şizofreni ve şizoafektif bozukluk olmak üzere psikotik belirtilerin eşlik ettiği psikiyatrik bozukluklarda kalış süresi ile tekrarlayan hastanede kalış arasındaki ilişki ilerideki çalışmalarda dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: yatış süresi, şizofreni, depresyon, tekrarlayan kabul, mental bozukluklar

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2022;25:386-394)

DOI: 10.5505/kpd.2022.61224

SUMMARY

Objective: In this study, we aimed to investigate the variables that predict the length of hospital stay and recurrent admission within one year after discharge in psychiatric disorders with psychotic symptoms.

Method: The study was conducted with the data of patients who were treated in the inpatient department of the psychiatry department of Gazi University between 2005-2016. Psychiatric disorders with psychotic symptoms were included in the study. ICD-10 was used as the basis for diagnosis. A total of 1670 data of patients were included in the analysis, including 1301 single admission and 369 recurrent admissions. Only the initial admission record data of the patients were used in the analysis. **Results:** Significant variables that prolong the duration of hospital stay are schizophrenia diagnosis ($\beta=0.186$), female gender ($\beta=-0.129$), depression diagnosis ($\beta=0.106$), recurrent admission ($\beta=0.099$), diagnosis of schizoaffective disorder ($\beta=0.055$), and advanced age ($\beta=0.053$). 33.9% of patients with recurrent admission were readmitted within the first year. Variables predicting recurrent admission in the first year after first admission in patients with psychotic symptoms are, in order of importance; The absence of a diagnosis of schizophrenia ($OR=0.368$, $p=0.002$), a short hospital stay ($OR=0.981$, $p=0.007$) and no diagnosis of schizoaffective disorder ($OR=0.333$, $p=0.011$). **Conclusion:** Although the diagnosis of schizophrenia and schizoaffective disorder are predictors that prolong hospital stay, they are significant predictors that reduce recurrent admission. Although the presence of these disorders may seem contradictory at first glance, the prolonged hospital stay may prevent the re-hospitalization of these disorders in the first year. Although this is a prediction, the decrease in recurrent admission as the length of hospitalization supports this prediction. The relationship between the length of stay and recurrent hospitalization in psychiatric disorders accompanied by psychotic symptoms, especially schizophrenia and schizoaffective disorder, should be considered in further studies.

Key Words: length of stay, schizophrenia, depression, recurrent admission, mental disorders

GİRİŞ

Psikotik bozukluk, bireyin gerçeği değerlendirmesinin bozulduğu ciddi bir ruhsal hastalık grubudur (1). Bu hastalık grubunun birçok alt grubu vardır. Bu alt gruplardan en çok bilineni ise şizofrenidir. Şizofreniye ek olarak, sanrısız bozukluk, organik olmayan psikoz, akut ve geçici psikotik bozukluklar diğer psikotik bozukluklardır. Psikotik belirtiler bazen bir hastalığın temel belirtisi iken bazen de diğer bir ruhsal hastalığa komorbid olarak seyredebilir (1).

Küresel hastalık yükü raporunda (GBD) ilk yirmi hastalık içinde beş tane akıl hastalığı vardır. Bu raporda major depresyon ikinci, anksiyete bozuklukları yedinci, şizofreni on birinci, distimi on altıncı ve bipolar bozukluk ise on yedinci sırada yer almaktadır (2). Psikotik belirtili olan psikiyatrik bozukluklar ise daha ciddi ve kronik bir seyir göstermektedir (1, 3). Bu bozukluklarda hastalık seyrinin uzun olması, tedaviye direnç, işlevsellik kaybı, sosyal iletişim sorunları ve aile yükü gibi sorunlar bu ciddiyeti oluşturan bazı nedenlerdir. Bundan dolayı bu hastalıkların hastaya ve yakınlarına (özellikle birincil bakım verenlere) ciddi bir yükü vardır. Bu durumun ayrıca bir mali yükü de vardır. Hasta yatışları ve tedavi masrafları sonucunda oluşan mali yüke doğrudan (direkt) maliyet denirken erken emeklilik, kalıcı sakatlık ve erken ölümden kaynaklanan üretim kayıpları sonucunda oluşan mali yüke ise dolaylı maliyet denmektedir (4).

Psikiyatri hastanelerinde yatış süreleri zaman içinde azalmasına rağmen bazı hastalar yataklı serviste daha uzun süre kalmaktadır (5). Farklı demografik ve klinik özelliklerin daha önce hastanede uzun süreli kalışlarla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bunlar arasında hastaneye istemsiz kabul, bağımlılık varlığı, hastalığın şiddeti, ECT uygulanması, işsizlik, evsizlik, psikoz tanısı ve kadın cinsiyet yer almaktadır (6-9).

Şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar affektif bozukluk gibi psikotik bozukluklar genellikle sık sık tekrarlar ve remisyon gösterir. Bu nedenle, yatan hastaların taburculuklarından sonra tekrar tekrar hastaneye yatışlarının yapıldığı görülmektedir. Bu durum “döner kapı fenomeni” olarak tanımlanmaktadır. Bazı araştırmacılar 5-10 yıl içinde 3-4 kez hastaneye yatışın olmasını “döner kapı fenomeni” olarak belirtirken, bazı

araştırmacılar da 2 yıl gibi daha kısa bir süre içinde 3-4 kez hastaneye yatışı temel almıştır (10). Birden fazla hastaneye yatışla karakterize bu durum hem bakım süreci hem de maliyet açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle yeniden hastaneye yatış nedenlerine yönelik analizler ve değerlendirmeler yapılmalıdır (11).

Güncel ruh sağlığı politikaları yataklı serviste geçen gün sayısını azaltmayı ve toplum içinde bakım sürecine odaklanmayı savunmaktadır (12). Ülkemizde, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların yeniden hastaneye yatışı ile ilgili alanyazın çalışmaları (10, 13) olmakla birlikte, uzun bir dönem değerlendirilen çalışmaların eksikliği göze çarpmaktadır. Biz de bu çalışmamızda, 2005-2016 yılları arasında Gazi Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servisi’nde takip edilen psikotik belirtili psikiyatrik bozukluğu olan hastaların demografik özelliklerini, tanı dağılımlarını, hastanede kalış sürelerini ve taburculuk sonrası bir yıl içindeki tekrarlayan kabulü etkileyen değişkenleri araştırmayı amaçladık. Bu konularda elde edilen sonuçların sağlık sistemlerinin düzenlenmesi, sağlık kaynaklarının paylaşımı ve ciddi psikiyatrik bozuklukların gidişatı hakkında alana katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

Bu çalışma retrospektif tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır. Çalışma verileri hastane yönetiminden izin alınarak arşiv kayıtlarından elde edilmiştir. Veriler dijital ortamda bir excel dosyası halinde alınmıştır. Hastanede veri işleme sistemindeki değişikliklerden dolayı çalışmanın bitiş tarihi 2016 yılının sonu olarak belirlenmiştir. Bu tarihten sonraki kayıtlar analize uygun formatta aktarılamadığı için çalışmaya dâhil edilememiştir. Dijital ortamda elde edilen bu verilerde, hasta yaşı, cinsiyeti, doğum tarihi, hastaneye başvuru tarihi, hastaneye yatış tarihi, hastaneden taburculuk tarihi, hastalık tanıları, hastaneye geliş şekli gibi değişkenleri içermektedir.

Üniversitemizdeki psikiyatri servisi 1985 yılında hizmete açılmış olup açık servis niteliğindedir. Klinikte 15 kadın, 16 erkek hasta ve tarihler arasında değişmekle birlikte 14-20 arasında değişen alkol/madde kullanım bozukluğuna yönelik tedavi merkezi bulunmaktadır. Her yıl klinikte ortalama 500-600 hasta kabulü yapılmaktadır.

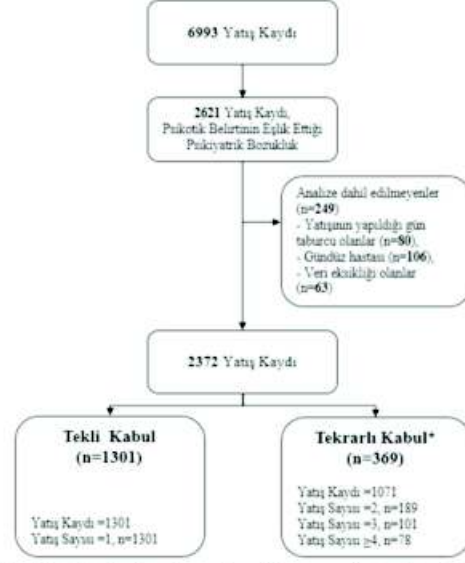
Çalışmada, Gazi Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde 01 Ocak 2005-31 Aralık 2016 tarihleri arasında tedavi gören hastaların toplamda 6693 yatış kaydı takip eden yılın ilk altı ayında incelenmiştir. Bu yatış kayıtlarının 2621 tanesinin psikotik belirtili bir psikiyatrik bozukluk (şizofreni, depresif nöbet, bipolar duygulanım bozukluğu gibi) olduğu saptandı. Gündüz hastası olarak takip edilen, kabulünün yapıldığı gün taburcu olan ve verisi eksik olan hasta kayıtları analize dahil edilmedi. Kalan 2372 kayıt tek ve tekrarlayan kabul şeklinde gruplara ayrıldığında 1301 hastanın tek kabulü, 369 hastanın tekrarlayan kabulü (toplam 1071 hasta kaydı) vardı. Toplamda analize 1670 hastanın ilk kabul verileri alınmıştır. Çalışma örnekleminin oluşturulduğu akış şeması Şekil 1'de gösterilmiştir.

Hasta kayıtlarının alındığı tanı sistemi oldukça güvenilirdir. Hastaların tanıları DSM-IV TR'ye göre psikiyatri hekimleri tarafından değerlendirildi. Ancak, tüm hastalık gruplarının evrensel bir şekilde değerlendirilme ihtiyacından dolayı hastane yönetimi ICD-10 tanı sınıflandırmasını kullanmaktadır. Bundan dolayı değerlendirilen psikiyatrik tanı sistemine en uygun ICD-kodu ile kayıtlanmıştır. Hastanemizde yapılan tanısal değerlendirmeler birçok defa gözden geçirilmektedir. Servise kabul edilen hasta ilk olarak araştırma görevlisi doktor tarafından muayene edilir. Yataklı servis kıdemlisi öğretim üyesine tanı ve tedavi planlaması açısından danışılır. Servis vizitlerinde ise hastalar birlikte değerlendirilir. Tanısıyla ilgili şüphe duyulan hastalar, tüm öğretim üyelerinin katılımıyla yapılan genel vizitlerde yeniden değerlendirilir. Bundan dolayı hastaların tanı değerlendirmeleri oldukça kapsamlı ve detaylı bir şekilde ele alınmıştır.

Çalışma örneklemini psikotik bozukluklar (şizofreni, sanrısız bozukluk vb.) ve psikotik belirtili diğer psikiyatrik hastalıklar (depresyon, bipolar affektif bozukluk, alkol ve madde bağımlılıkları vb.) oluşturmaktadır. Herhangi bir bedensel hastalığı olanlar komorbid bedensel hastalık var olarak değerlendirildi. Tekrarlayan kabulü olan hastaların ilk kabul verileri kullanıldı. Böylece bir hastaya ait farklı verilerinin oluşturabileceği etkiler sınırlandırıldı.

On iki yıllık zaman periyodu, büyük miktarda veri sağladı. Bu uzun zaman dilimi, kronik psikiyatrik

Şekil 1. Çalışma akış şeması



*Tekrarlı kabulü olan hastaların sadece ilk yatış verileri analize dahil edilmiştir.

bozuklukların yanı sıra akut psikotik belirtili psikiyatrik bozukluklara da ulaşmamızı sağladı. Bu da çalışmadaki örneklemin genellenebilirliğini arttırmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizi için SPSS for Windows 23.0 kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler için ortalama, standart sapma, ortanca, en küçük değer, en büyük değer, sıklık ve yüzdeler sunuldu. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi, gereken durumlarda Fisher's exact testi kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Kolmogorov Smirnov testinden yararlandı.

Hastanın kabul tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki geçen süre gün olarak hesaplandı ve hastanede kalış süresi olarak kabul edildi. Hastanede kalış süresinin yordayıcılarını saptamak için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanıldı. Bu analizde yaş gibi nicel bir değişkenle birlikte cinsiyet, kabul durumu, tıbbi komorbidite ve psikiyatrik hastalıklar gibi nitel değişkenlerde yer almıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizinde sıklıkla nicel değişkenler değerlendirilir. Ancak iki kategorili nitel değişkenlerde değerlendirilebilmektedir (14). Örneğin tıbbi komorbidite yokluğu "0", tıbbi komorbidite varlığı ise "1" olarak kodlanmıştır. Beta (β) katsayının pozitif olması hastanede kalış süresinin uzaması ile ilişkili olduğunu, negatif olması ile hastanede kalış süresinin kısalması ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Hastanede kalış süresinin değerlendirilmesinde özellikle çoklu

doğrusal regresyon analizinin kullanılmasının temel amacı sürekli bir değişken olan hastanede kalış süresini daha açık bir şekilde analiz etmektir. Diğer bir yöntem, çalışma örnekleminde ortalama bir hastanede kalış süresi bulunması ve bu değer için altına kısa yatış, üzerine ise uzun yatış olarak değerlendirilmiştir. Ancak bu analiz metodu sürekli bir değişken olan hastanede kalış süresini, nitel bir değişken olarak değerlendirerek analizde bir kısıtlılık oluşturacaktı. Bundan dolayı biz çalışmamızda hastanede kalış süresini çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirdik ve iki kategorili nitel değişkenleri analize ekledik. Hastanede kalış süresi için oluşturulan modelin koşul indeksi (Condition Index) 12,840'dir. Tolerans değerlerinin 0,1'in üzerinde olması ve VIF (Variance Inflation Factor) değerlerinin 10'un altında olması oluşturulan modelde çoklu bağlantı (multicollinearity) probleminin olmadığını göstermektedir (14).

Tekrarlayan kabulü olan hastaların ilk kabul sonrası ilk bir yıl içinde yeniden kabulünü yordayan değişkenlerin saptanması için logistik regresyon analizi kullanıldı. Tek kabul "0", tekrarlayan kabul ise "1" olarak kodlandı.

Etik Onay

Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan etik onayı alındıktan sonra yapılmıştır. Ayrıca, çalışmada hastane kayıtları kullanılacağından dolayı hastane başhekimliğinden de çalışma izni alınmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların demografik ve hastalık özelliklerinin değerlendirilmesi Tablo 1'de gösterilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $44,96 \pm 13,68$ idi (Ortanca=44,00). Örneklemin % 59,1'i (n=987) erkek olup % 7'si (n=117) fiziksel bir ek hastalığa sahipti. Bu hastalıkların %40'ı (n=47) baş ağrısı, %19'u (n=22) epilepsi, %11'i (n=13) parkinson, %10'u (n=11) karın ağrısı, %4'ü (n=5) serebrovasküler hastalık ve %16'sı (n=19) ise diğer hastalıklardan oluşmaktaydı. Örneklemden hastaların 3,7'sinin acil servisten kabul edildiği, %22,1'inin ise tekrarlayan kabulün olduğu saptandı (Tablo 1).

Psikotik belirtilerin görüldüğü psikiyatrik hastalıkların dağılımı ve bu hastalıklardaki yaş ve

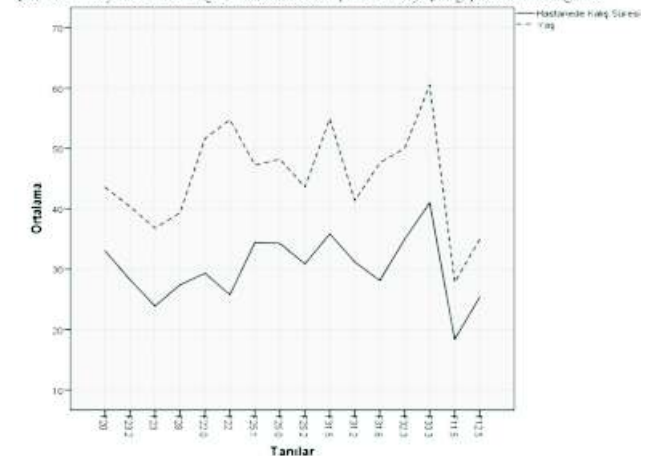
Tablo 1 Katılımcıların demografik ve bazı hastalık özellikleri

Değişken	n	%
Yaş		
Ortalama ± Standart Sapma	44,96	13,68
Ortanca (minimum-maksimum)	44 (18-94)	
Yaş Grupları		
18-25	103	6,2
26-35	348	20,8
36-45	478	28,6
46-55	373	22,3
56-65	222	13,3
66 ve üzeri	146	8,7
Cinsiyet		
Kadın	683	40,9
Erkek	987	59,1
Kabul Durumu		
Tek	1301	77,9
Tekrarlayan	369	22,1
Tıbbi Komorbidite		
Yok	1553	93,0
Var	117	7,0
Geliş şekli		
Acil	61	3,7
Adli Vaka	8	0,5
Normal	1601	95,9

hastanede kalış süresi değişkenlerinin ortalama ve standart sapmaları Tablo 2'de gösterildi. Hastalıkların % 51,4'ünü şizofreni, % 8,8'ini depresif nöbet ve % 7,8'ini delüzyonel bozukluklar oluşturdu. Hastanede kalış süresi en uzun psikotik belirtili psikiyatrik hastalık yineleyen depresif bozukluk ($41,00 \pm 10,690$) iken en kısa olan hastalık opioid bağımlılığıydı. ($18,38 \pm 10,054$). Benzer şekilde en yaşlı grubu yineleyen depresif bozukluk ($60,53 \pm 16,414$) oluştururken en genç yaş grubunu ise opioid bağımlılığı ($27,85 \pm 4,913$) oluşturdu. Tanılara göre hastanede kalış süresi ve yaş değişkenlerinin dağılımı Şekil 2'de gösterilmiştir.

Hastaların hastanede kalış süresinin çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi Tablo 3'te gösterildi. Hastanede kalış süresinin bağımlı değişken olarak değerlendirildiği modelde önem

Şekil 2. Psikiyatrik tanıları göre hastanede kalış süresi ve yaş değişkenlerinin dağılımı



Tablo 2 Psikotik belirtileri eşlik ettiği psikiyatrik hastalıkların dağılımı

ICD-10 Tanı Kodu	Hastalıklar	n (%)	Yatış günü	Yaş
			Ort. ± ss (Ortanca, Min.-Maks.)	Ort. ± ss (Ortanca, Min.-Maks.)
F20	Şizofreni	858 (51,4)	34,13±18,032 (29, 6-85)	44,37±12,051 (44, 19-86)
F23.2	Şizofreni/benzersiz akut psikotik bozukluk	19 (1,1)	28,42±12,217 (29, 9-59)	37,95±11,960 (34, 25-76)
F23	Akut ve geçici Psikotik Bozukluk	127 (7,6)	25,63±17,107 (23, 1-100)	38,17±11,905 (36, 13-75)
F28	Organik Olmayan Psikotik Bozukluklar	38 (3,5)	27,40±14,557 (26, 1-66)	39,31±15,031 (37, 19-84)
F22.0	Delüzyonel Bozukluk	130 (7,8)	29,32±15,334 (29, 6-85)	51,64±13,643 (52, 22-81)
F22	Persistan Delüzyonel Bozukluklar	21 (1,3)	25,76±11,113 (24, 10-53)	54,76±12,458 (52, 34-79)
F25.1	SAB, Depresif Tip	32 (1,9)	34,41±19,397 (31, 1-83)	47,25±11,767 (46, 28-75)
F25.0	SAB, Manik Tip	75 (4,5)	34,27±14,316 (34, 6-79)	48,23±12,633 (48, 22-74)
F25.2	SAB, Karma Tip	29 (1,7)	30,86±11,886 (28, 6-51)	43,59±11,128 (42, 25-71)
F31.5	BDB, Şimdiki nöbet psikotik belirtili ağır depresyon	19 (1,1)	35,84±20,683 (35, 6-79)	54,95±19,831 (45, 23-94)
F31.2	BDB, Psikotik belirtili şimdiki nöbet manik	38 (3,5)	31,19±13,861 (29, 4-65)	41,34±13,464 (39, 22-74)
F31.6	BDB, Şimdiki nöbet karışık	26 (1,6)	28,12±17,344 (23, 3-69)	47,62±15,158 (47, 23-86)
F32.3	Psikotik belirtili ağır depresif nöbet	147 (8,8)	34,99±17,664 (34, 1-95)	50,05±16,806 (47, 20-84)
F33.3	Yineleyen depresif bozukluk, şimdiki nöbet psikotik belirtili ağır	15 (0,9)	41,00±10,690 (38, 23-58)	60,53±16,414 (60, 34-92)
F10.5	Alkol kullanımına bağlı psikotik bozukluk	6 (0,4)	27,67±15,055 (27, 12-47)	48,00±14,697 (49,32-71)
F11.5	Opoid kullanımına bağlı psikotik bozukluk	13 (0,8)	18,38±10,054 (19, 2-33)	27,85±4,913 (29, 21-35)
F12.5	Kannabinoid kullanımına bağlı psikotik bozukluk	27 (1,6)	25,37±10,459 (23, 2-46)	34,93±10,626 (34, 20-63)
F19.5	Birden fazla ilaç ve diğer psikotik madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk	10 (0,6)	23,90±13,852 (24, 6-42)	36,80±7,021 (36, 28-49)
Toplam		1670 (100,0)	32,27±17,212 (30, 1-119)	44,96±13,687 (44, 18-94)

Ort., Ortalama, ss-standart sapma, BDB, Bipolar Duygulanım Bozukluğu, SAB, Şizoaffektif Bozukluk, ICD-10 International Classification of Disease-10 (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-10)

sirasına göre; şizofreni tanısının olması ($\beta=0,186$), kadın cinsiyet ($\beta=-0,129$), depresyon tanısının olması ($\beta=0,106$), tekrarlayan kabulün olması ($\beta=0,099$), şizoaffektif bozukluk tanısının olması ($\beta=0,055$) ve ileri yaş ($\beta=0,053$) değişkenleri anlamlı birer yordayıcı olarak saptandı (Tablo 3).

Tekrarlayan kabulü olan hastaların ilk kabul sonrası bir yıl içinde yeniden kabul durumunun lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi Tablo 4'te gösterilmiştir. Psikotik belirtileri olan hastalarda ilk kabul sonrası ilk bir yıl içinde tekrarlayan kabulü yordayan değişkenler önem sırasına göre;

şizofreni tanısının olmaması ($OR=0,368$, $p=0,002$), hastanede kalış süresinin kısa olması ($OR=0,981$, $p=0,007$) ve şizoaffektif bozukluk tanısının olmamasıdır ($OR=0,333$, $p=0,011$). Buna göre şizofreni tanısı olmayanların ilk kabul sonrası bir yıl içindeki tekrarlayan kabul riski şizofreni tanısı olanlara göre 2,71 (1/0,368) kat fazladır. Şizoaffektif bozukluğun olmaması durumunda (şizoaffektif bozukluk tanısı olanlara göre) ise bu oran 3 (1/0,333) kattır (Tablo 4). Tekrarlayan kabulü olan hastaların % 5,1'i (19/369) ilk bir ay içinde, %11,7'si (43/369) ilk üç ay içinde, % 33,9'u (125/369) ilk bir yıl içinde ve % 73,2'si (270/369) ilk üç yıl içinde yeniden yataklı servise kabul edilmiştir.

TARTIŞMA

On iki yıllık uzun bir dönemi değerlendiren çalışmamızda, yaklaşık her dört hastadan birinin (%22,1) tekrarlayan kabulünün olduğu ve psikotik belirtili psikiyatrik bozuklukların içinde %54 oranı ile şizofreni tanısının en sık gözlemlendiği saptanmıştır. Hastaların şizofreni, şizoaffektif bozukluk veya depresyon tanılarında birinin olması, kadın olması, tekrarlayan kabulünün olması ve ileri yaşta olması hastanede kalış sürelerini uzatan öngörücüler olarak belirlenmiştir. Taburculuk sonrası ilk bir yıl içinde yeniden yatışı şizofreni veya şizoaffektif bozukluk tanılarında birisinin olmaması ve önceki yatış süresinin kısa olması öngörmektedir. Tekrarlayan kabulü olan her üç hastadan biri (%33,9) ise ilk bir yıl içinde yeniden

Tablo 3. Hastanede kalış süresinin çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Değişkenler	B	Standart Hata	Beta	t	p	B için %95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
(Sabit)	22,553	2,095	-	10,767	<0,001	18,444	26,661
Yaş	0,067	0,032	0,053	2,108	0,035	0,005	0,128
Cinsiyet (Kadın=1 /Erkek=2)	-4,529	0,854	-0,129	-5,305	<0,001	-6,204	-2,855
Kabul Durumu (Tek=1/ Tekrarlayan=2)	4,087	0,989	0,099	4,131	<0,001	2,147	6,028
Tıbbi komorbidite*	0,244	1,607	0,004	0,152	0,879	-2,908	3,396
Şizofreni*	6,409	1,182	0,186	5,421	<0,001	4,090	8,727
Sanrsal Bozukluk*	0,384	1,694	0,006	0,227	0,821	-2,939	3,707
Şizoaffektif Bozukluk*	3,434	1,692	0,055	2,029	0,043	0,114	6,753
Bipolar Duygulanım Bozukluğu*	-2,078	1,892	0,029	1,098	0,272	-1,633	5,788
Depresyon*	5,031	1,331	0,106	3,781	<0,001	2,421	7,641
Alkol Bağımlılığı*	-1,518	3,805	-0,010	-0,399	0,690	-8,982	5,946
Madde Bağımlılığı*	-3,210	2,249	-0,036	-1,428	0,154	-7,620	1,200
Kişilik Bozukluğu*	5,866	5,625	0,025	1,043	0,297	-5,167	16,898

F=9,394; p<0,001; R²:0,064; Düzeltilmiş R²:0,057

* Yok=0 /Var=1

Tablo 4. Tekrarlayan kabulü olan hastaların ilk kabul sonrası ilk bir yıl içinde yeniden kabul durumunun lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi

Değişkenler	B	Standart Hata	Wald	p	OR	OR için %95 Güven Aralığı	
						Alt Sınır	Üst Sınır
Yaş	0,004	0,010	0,189	0,663	1,004	0,985	1,023
Cinsiyet*	-0,115	0,242	0,228	0,633	0,891	0,555	1,431
Hastanede kalış süresi	-0,019	0,007	7,237	0,007	0,981	0,968	0,995
Tıbbi komorbidite**	0,642	0,427	2,258	0,133	1,900	0,823	4,387
Bipolar Duygulanım Bozukluğu**	-0,746	0,482	2,395	0,122	0,474	0,184	1,220
Şizofreni**	-1,000	0,331	9,145	0,002	0,368	0,192	0,703
Sanırsal Bozukluk**	-0,152	0,477	0,102	0,749	0,859	0,337	2,185
Şizoafektif Bozukluk**	-1,101	0,435	6,415	0,011	0,333	0,142	0,780
Depresyon**	0,155	0,345	0,203	0,652	1,168	0,594	2,297
Madde Bağımlılığı**	-0,646	0,630	1,052	0,305	0,524	0,153	1,801
Alkol Bağımlılığı**	0,199	0,977	0,041	0,839	1,220	0,180	8,277
Sabit	-0,906	0,951	0,908	0,341	0,404	-	-

$X^2=28,883$; $p=0,002$; Nagelkerke $R^2=0,104$

*Erkek olmanın kadın olmaya göre ** Hastalıkların var olmasının yok olmasına göre

servise yatmaktadır.

Psikotik belirti varlığının hastanede kalış süresini uzattığı alanyazındaki ortak bir kanıdır (12, 15). Bu çalışmadaki örnekleme sadece psikotik belirtileri olan psikiyatrik bozukluklar oluşturmaktadır. Örneklemin büyük bir kısmı (%51,4) ise şizofreni tanılı hastalardır. Bu hastaların hastanede kalış süresi $34,13 \pm 18,032$ olup genel ortalamanın ($32,27 \pm 17,212$) biraz üstündedir. Hasta gruplarında ortalama hastanede kalış süresi 3-6 hafta arasında değişmektedir (Tablo 2). Çalışmamızda uzun hastanede kalış süresine etki eden en önemli değişkenler, şizofreni tanısının olması, kadın cinsiyet, depresyon tanısının olması, tekrarlayan kabulün olması, şizoafektif bozukluk tanısının olması ve ileri yaşır (Tablo 3). 2007-2014 yılları arasında bipolar duyulanım bozukluğu tanılı hastaların yataklı servisteki yatış sürelerini araştıran bir çalışmada, hastanede kalış süresi $21,0 \pm 27,1$ iken psikotik belirtilerin eşlik ettiği depresyon ve mani dönemlerinde yatış süresi sırasıyla $31,8 \pm 28,7$ ve $31,0 \pm 28,2$ olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada hastalarda psikotik belirti varlığının hastanede kalış süresini kabul başına yaklaşık % 50 oranında arttırdığı bildirilmektedir (9). Benzer bir sonuç da Masters ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada saptanmıştır. Bu çalışmada uzun süreli hastanede kalışı şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısının olması önemli şekilde yordamıştır (15). Çalışmamızda da hastanede kalış süresini yordayan en önemli değişkenin şizofreni tanısının varlığı olarak saptanması bu literatür verilerini desteklemektedir (Tablo 3).

Çalışmamızda depresyonu olan hastaların yatış sürelerinin diğer tanılara göre daha uzun olduğu

görülmektedir. Hastanede kalış süresi en uzun olan ilk üç tanı; yineleyen depresyon ($41,00 \pm 10,690$), bipolar depresyon ($35,84 \pm 20,683$) ve unipolar depresyon ($34,99 \pm 17,664$) şeklindedir. Bu sonuç psikotik belirtilerin eşlik ettiği depresyonda hastanede kalış süresinin belirgin olarak arttığını göstermektedir. Literatürde affektif bozukluklar ve şizofreni hastanede kalış süresi en uzun olan psikiyatrik hastalıklar olarak gözükmektedir (7, 9). Affektif bozukluklar içinde ise mani ve depresyon dönemleri hakkında farklı sonuçlar bildirilmiştir. Hallak ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada majör depresyon tanısı ($67,09 \pm 58,15$) olan hastalardaki hastanede kalış süresinin, şizofreni ($44,16 \pm 15,64$), şizoafektif bozukluk ($35,88 \pm 16,12$) ve mani ($49,92 \pm 29,17$) dönemlerindeki süreye göre daha uzun olduğunu saptanmıştır (7). Bu çalışmayı destekleyen bir çalışmada (16) bipolar duyulanım bozukluğu (BDB) tanısı olan hastalarda psikotik belirtili depresif dönemin hastanede kalış süresinin psikotik belirtili maniye göre daha uzun olduğu gösterilmiştir ($68,69$ güne $44,56$ gün). Bu çalışmaların aksini öne süren çalışmalarda vardır (16). Ragazan ve arkadaşları (2019) mani ve depresyon döneminde hastanede kalış süresini benzer olarak bulurken, psikotik belirtilerin bu süreleri uzattığını göstermiştir (9). Creed ve arkadaşları (1997) ise mani döneminde hastanede kalış süresini depresyon ve şizofreni hastalarına göre daha uzun olarak belirtmiştir (6). Literatüre bakıldığında çalışmalar arasında belirgin farklılıklar gözlenmektedir. Bu farklılıkların oluşmasında; çalışma örnekleme, çalışmanın metodolojisi, tanı değerlendirme sistemi, çalışmaların yapıldığı zaman ve hastanede kalış süresini etkileyecek diğer değişkenler (tıbbi komorbidite, eşlik eden alkol ve madde bağımlılıkları vb.) rol oynamış olabilir. Ancak has-

tanede yatış süresi ile genel kanı şizofreni ve affektif bozuklukların diğer psikiyatrik hastalıklara göre daha uzun yatış gösterdiğidir (7, 17).

Çalışmamızda hastanede kalış süresi en kısa olan üç hastalık; opioid bağımlılığı (18,38±10,054), kannabinoid bağımlılığı (25,37±10,459) ve çoklu madde bağımlılığıdır (23,90±13,852). Alkol bağımlılığının hastanede kalış süresinde de ortalama hastanede kalış süresinin altında kalan diğer bir tanıdır (Tablo 2). Literatürde de yapılan çalışmalarda alkol ve madde bağımlılıklarında ortalama hastanede kalış süresinin diğer psikiyatrik bozukluklara göre daha kısa olduğu gösterilmiştir (9). Alkol ve madde bağımlılıklarında tedavideki ilk hedef yoksunluk belirtilerini düzeltmektir. Yoksunluk belirtileri düzelen hastalarda toplum merkezli tedavi planlanması düşüncesi taburculuğu hızlandırabilir. Hastanemizde bu hastalık grupları için grup terapileri uygulanmaktadır. Hem hasta ve hem de hasta yakınları için yapılan grup terapileri bağımlılık tedavilerinin devamı şeklindedir. Bundan dolayı kısa gibi görülen tedavi süresi (hastanede kalış süresi) grup terapilerinin varlığıyla uzamaktadır. Bu tedavi planlaması dışındaki diğer faktörler de bağımlılığı olan hastaların yatış sürelerinin daha az olmasına neden olmuş olabilir. Örneğin; Sinclair ve arkadaşları (2008) yaptığı çalışmada, alkol ve madde bağımlılığı olan hastaların genç yaş grubunda ve erkek cinsiyette olmasının, tedavinin hızlı etki etmesi, daha az tıbbi komorbidiye sahip olmasının ve bunun içinde tıbbi kayıtlarının daha az sorgulanmasının etkili olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca bağımlılığı olan hastalara karşı sağlık çalışanlarının, hastanın taburculuğunun bir an önce sağlanmasına yönelik stigmatize edici tutumunun da etkili olabileceğini bildirmişlerdir (8).

Psikiyatrik bozukluğu olan kişiler, hastaneden taburcu olma ve topluma yeniden entegrasyon arasındaki geçen sürede gerekli bakım sağlanamadığı zaman, bu dönemde yeniden kabul için risk altındadır (18). Bu durum, genel olarak sık yatış olarak bilinen “döner kapı fenomeni”ne yol açmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada tekrarlayan yatış oranı %24 olarak saptanmış ve hastaların %6.9’unun döner kapı fenomeni hastalarını oluşturduğu bulunmuştur. Ayrıca tekrarlayan yatışı olan hastaların %36.4’ünün psikotik semptomları olan grupta olduğu belirtilmiştir (13). Özellikle ilk bir ay yeniden kabul

riski için oldukça önemlidir (18). Yapılan bir çalışmada, psikiyatri hastalarının taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde yeniden kabul edilme oranı %10,5 olarak bulunmuşken; Kanada’da, psikiyatrik bozukluğu olanlarda taburculuk sonrası 30 gün içinde geri kabul oranı, 2016’da %12.8 olarak bildirilmiştir (19, 20). Bu yeniden kabullerin yarısından çoğu ilk 14 gün içinde gerçekleşmiştir. Çalışmamızda tekrarlayan kabulü olan hastaların ilk bir ay içindeki yeniden kabul oranı %5,1 iken, bir yıl içinde bu oran %33,9 olarak saptandı. Bir başka deyişle ilk bir yıl içinde tekrarlayan kabulü olan her üç psikotik belirtili psikiyatrik bozukluklardan birisi yataklı servise yeniden kabul edilmiştir. Geniş bir örnekleme yapılan bir çalışmada, BDB olan hastaların ilk bir ay içinde %11’inin, bir yıl içinde ise %31,4’ünün geri kabulünün yapıldığı belirtilmiştir (21). İlk bir ay içinde yeniden kabulü ön gören en önemli belirleyiciler; geçmişte üç defadan daha fazla hastanede yatışının olması, ileri yaş, hastanın yatış öncesi dönemde evsiz olması veya sokakta yaşaması ve sigortasının olmaması olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ilk bakışta şaşkıncu gibi gözükten sonuçlardan birisi de şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılarının olmasının ilk bir yıl içindeki tekrarlayan yatışı azaltması durumudur. Bu durum, aslında hastalıkların ağırlığı düşünüldüğünde çelişkili gibi gelebilir. Ancak, burada şizofreni ve şizoaffektif bozuklukların yatış süresini anlamlı şekilde uzattığı saptanmıştır. Yatış süresinin diğer psikotik belirtili hastalıklara göre uzun olması onların ilk bir yıl içindeki yeniden yatışını engelliyor gibi görülmektedir. Bu durumu destekleyen bilgilerden birisi de tekrarlayan yatışı anlamlı şekilde öngören üçüncü yordayıcının kısa süreli yatışın olması durumudur. Şizofreni ve şizoaffektif bozukluklarla ilgili elde edilen sonuçlar, yatış sürelerindeki ortalamaya göre 2-3 gün uzamanın yeniden yatışları azalttığını göstermektedir. Çalışmalar, taburculuk sonrası ilk bir ay içinde toplum temelli tedavi ve ayakta tedavi hizmetlerinin yaygınlaşmasının geri kabul oranlarını düşürdüğünü göstermektedir (22). Bu geçiş aşamasında, etkin ve ulaşılabilir bir tedaviyle birlikte hastaların barınma gibi temel ihtiyaçlarını karşılayacak olan sosyal destek sisteminin varlığı yeniden kabul oranlarını düşürecektir.

Çalışmamızda psikotik belirtili psikiyatrik hastalıklardaki tıbbi komorbidite %7 olarak

bildirilmiştir (Tablo 1). Bu oran literatüre göre kısmen azdır (23, 24). Lyketsos ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmalarında hastaların kabul döneminde %15 oranında tıbbi komorbidite olduğunu, taburculuk esnasında ise bu oranın %12 olduğunu belirtmiştir (25). Tıbbi komorbidite varlığı çalışmamızda hem hastanede kalış süresi hem de tekrarlayan kabul için anlamlı bir yordayıcı olarak saptanmamıştır (Tablo 3 ve 4). Ancak literatür bu konuda hastanede kalış süresinin tıbbi komorbidite varlığı halinde uzadığını belirtmektedir. Yine Lyketsos ve arkadaşları çalışmalarında tıbbi komorbiditenin hastanede kalış süresini ortalama 3,25 gün arttırdığını bildirmiştir (25). Hatta bu tıbbi komorbiditenin, hastaların yaklaşık %20'sinde tedavi odağı haline geldiğini belirtmiştir. Çalışmamızda tıbbi komorbidite değişkeni altında ciddiyeti birbirinden oldukça farklı olan birçok hastalık (baş ağrısı, karın ağrısı, serebrovasküler hastalık, parkinson hastalığı, epilepsi vb.) değerlendirilmiştir. Bu da elde edilen sonuçta bir kısıtlılık yaratmış olabilir. Tıbbi komorbidite ilgili değişkenlerin ayrı ayrı değerlendirilmesi başka bir çalışmanın temel konusu olabilecektir. Yaş da tıbbi komorbidite ile ilişkili olan bir değişkendir. İleri yaşta tıbbi komorbiditelerin artması, hastalıkların daha dirençli seyretmesi, ilaç tedavilerine yanıt azlığı ve ilaç yan etkilerinin daha sık olması gibi nedenlerle hastanede kalış süresini uzattığı bildirilmektedir (17, 26). Çalışmamızda da ileri yaş, hastanede kalış süresini uzatan anlamlı yordayıcılardan birisidir (Tablo 3). Bununla birlikte bazı çalışmalar hastaların yaşlarının ve hastalıklarının başladığı yaşın hastanede kalış süresi üzerine etkili olmadığını bildirmiştir (15).

Literatürde psikiyatri hastalarının hastanede kalış süreleri geniş bir aralıkta değişkenlik göstermektedir. Bunda ülkelerin sağlık politikaları, tedavi hizmet farklılıkları, sağlık sigortası seçenekleri, gelişmişlik seviyeleri, tedavi sürecindeki ilaç tercihleri, ilaç dozları, ilaç yan etkileri, ev ve iş durumunun önemli birer değişken olduğu bildirilmiştir (15, 27). Çalışmamızın bu alandaki verileri değerlendirememiş olması bir kısıtlılıktır. Çalışmanın yapıldığı ilde yataklı servis hizmeti sunan başka hastaneler ve toplum ruh sağlığı merkezi mevcuttur. Hastalar, hastanemiz dışında bir başka hastaneye yatmış olabilir. Bu durum bir kısıtlılık olarak ele alınabilir. Çalışmamızın tek merkezli ve retrospektif olarak gerçekleştirilmesi,

psikotik bulgu varlığına sadece dosyalardan bakılmış olması bir kısıtlılıktır. Analizde hastaların tedavileri, taburculuk süreçleri, hastalıkla ilgili özellikler (başlangıç yaşı, hastalık süresi vb.) ve hastaların temel yatış endikasyonları ile ilgili bilgi eksikliğinin olması önemli bir kısıtlılık olup, bu veriler elde edilen veri içeriğinde olmadığından analizlere dâhil edilememiştir. İleri araştırmalarda bu değişkenlerin de yer alması bu alandaki eksiklikleri giderecektir. Ayrıca şizofreni ve şizoaffektif bozukluk ile ilgili tekrarlayan kabul sıklıklarındaki düşüklüğün gelecekte yapılacak çalışmalarda yeniden ele alınması önerilir. 12 yıllık bir veri seti ile kar amacı gütmeyen bir üniversite kurumunda birçok öğretim üyesinin eşliğinde yapılmış olması çalışmanın en güçlü yönüdür.

SONUÇ

Şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanısının olması hastanede kalış süresini uzatan öngörücüler olmakla birlikte, tekrarlayan kabulü azaltan anlamlı yordayıcılardı. Bu hastalıkların olması ilk bakışta çelişkili gibi gelse de hastane kalış sürelerinin uzaması, bu hastalıkların ilk bir yıl içindeki yeniden yatışlarını engelliyor olabilir. Bu bir ön görüş olmakla birlikte yatış süreleri uzadıkça tekrarlayan kabulün azalması bu öngörümüzü desteklemektedir. Başta şizofreni ve şizoaffektif bozukluk olmak üzere psikotik belirtilerin eşlik ettiği psikiyatrik hastalıklarda yatış süresi ve tekrarlayan yatış durumu arasındaki ilişkili ileri çalışmalarda ele alınmalıdır. Oluşturduğumuz modellerin hastanede kalış süresi için varyansın %5,7'sini, tekrarlayan kabul için varyansın %10,4'ünü açıklaması, bu durumlar için halen birçok faktörün olduğunu göstermektedir. Bu faktörleri de içine alan ileri araştırmalar önerilmektedir.

Araştırmamızda en uzun hastanede kalış süreleri depresyon ile ilişkili iken en kısa hastanede kalış süreleri bağımlılıklar ile ilişkiliydi. Literatür bağımlılık ile ilgili yatışların genellikle kısa olduğunu göstermesine rağmen bu durumun nedenleri hakkında ciddi bilgi eksikliği vardır. Bağımlılıklardaki kısa hastanede kalış süreleri ile ilgili araştırmalar mutlaka yapılmalıdır.

Tekrarlayan kabul psikiyatrik bozukluklarda sık görülen sorunlardan birisidir. Psikotik belirtili psikiyatrik bir hastalığı olan her üç kişiden birisi ilk bir yıl içinde yeniden kabul edilmiştir. Bu hastaların toplum hayatına geçişte zorlandığını göstermekte-

dir. Güncel sağlık politikalarında da önerildiği üzere toplum ruh sağlığı merkezlerinin yaygınlaştırılması, ulaşılabilir ayaktan tedavi hizmetlerinin sunulması ve sosyal destek sistemlerinin etkin işlemesi tekrarlayan kabulleri azaltmak için mutlak gerekliliktir.

KAYNAKLAR

1. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Turk Psikiyatri Derg* 2011; 22:40-52.
2. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016; 3:171-8.
3. Uygur AB, Esen Danacı A. Needs of patients with schizophrenia and their predictors. *Turk Psikiyatri Derg* 2019; 30:180-90.
4. Ekman M, Granstrom O, Omerov S, Jacob J, Landen M. The societal cost of schizophrenia in Sweden. *J Ment Health Policy Econ* 2013; 16:13-25.
5. Osby U, Tiainen A, Backlund L, Edman G, Adler M, Hällgren J, Sennfalt K, van Baardewijk M, Sparen P. Psychiatric admissions and hospitalization costs in bipolar disorder in Sweden. *J Affect Disord* 2009; 115:315-22.
6. Creed F, Tomenson B, Anthony P, Tramner M. Predicting length of stay in psychiatry. *Psychol Med* 1997; 27:961-6.
7. Hallak JE, Crippa JA, Vansan G, Zuardi AW. Diagnostic profile of inpatients as a determinant of length of stay in a general hospital psychiatric unit. *Braz J Med Biol Res* 2003; 36:1233-40.
8. Sinclair JM, Latifi AH, Latifi AW. Co-morbid substance misuse in psychiatric patients: prevalence and association with length of inpatient stay. *J Psychopharmacol* 2008; 22:92-9.
9. Ragazan DC, Eberhard J, Osby U, Berge J. Gender influence on the bipolar disorder inpatient length of stay in Sweden, 2005-2014: A register-based study. *J Affect Disord* 2019; 256:183-91.
10. Koparal B, Ünler M, Utku HÇ, Candansayar S. Revolving door phenomenon and related factors in schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychotic disorders. *Psychiatr Danub* 2021; 33(1):18-26.
11. Frick U, Frick H, Langguth B, Landgrebe M, Hübner-Liebermann B, Hajak G. The revolving door phenomenon revisited: time to readmission in 17145 patients with 37697 hospitalisations at a German psychiatric hospital. *PloS One* 2013; 8(10):e75612.
12. Newman L, Harris V, Evans LJ, Beck A. Factors Associated with Length of Stay in Psychiatric Inpatient Services in London, UK. *Psychiatr Q* 2018; 89:33-43.
13. Chasan MT, Karakuş G, Tamam L, Demirkol ME. Bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde psikotik semptomların tekrarlayan yatışlara etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020; 13(1):75-86.
14. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları (Vol. 2). Ankara, Pegem Akademi, 2012.
15. Masters GA, Baldessarini RJ, Ongur D, Centorrino F. Factors associated with length of psychiatric hospitalization. *Compr Psychiatry* 2014; 55:681-7.
16. McCrone P, Phelan M. Diagnosis and length of psychiatric in-patient stay. *Psychol Med* 1994; 24:1025-30.
17. McDonald WM. Epidemiology, etiology, and treatment of geriatric mania. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Supp 13): 3-11.
18. Donisi V, Tedeschi F, Salazzari D, Amaddeo F. Pre- and post-discharge factors influencing early readmission to acute psychiatric wards: implications for quality-of-care indicators in psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry* 2016; 39:53-8.
19. Elhassan NM, Elhusein B, Al Abdulla M, Saad TA, Kumar R. Sociodemographic and clinical characteristics of patients with recurrent psychiatric readmissions in Qatar. *J Int Med Res* 2020; 48(12):300060520977382.
20. Canadian Institute for Health Information. Health indicators interactive tool. <https://yourhealthsystem.cihi.ca/epub/>. Erişim tarihi: 29 Aralık, 2021.
21. Hamilton JE, Passos IC, de Azevedo Cardoso T, Jansen K, Allen M, Begley CE, Soares JC, Kapczinski F. Predictors of psychiatric readmission among patients with bipolar disorder at an academic safety-net hospital. *Aust N Z J Psychiatry* 2016; 50:584-93.
22. Lam M, Li L, Anderson KK, Shariff SZ, Forchuk C. Evaluation of the transitional discharge model on use of psychiatric health services: An interrupted time series analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2019; 00:1-13.
23. Felker B, Yazel JJ, Short D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: a review. *Psychiatr Serv* 1996; 47:1356-63.
24. Goldman LS. Comorbid medical illness in psychiatric patients. *Curr Psychiatry Rep* 2000; 2:256-63.
25. Lyketsos CG, Dunn G, Kaminsky MJ, Breakey WR. Medical comorbidity in psychiatric inpatients: relation to clinical outcomes and hospital length of stay. *Psychosomatics* 2002; 43:24-30.
26. Sajatovic M, Bingham CR, Campbell EA, Fletcher DF. Bipolar disorder in older adult inpatients. *J Nerv Ment Dis* 2005; 193:417-9.
27. Addisu F, Wondafrash M, Chemali Z, Dejene T, Tesfaye M. Length of stay of psychiatric admissions in a general hospital in Ethiopia: a retrospective study. *Int J Ment Health Syst* 2015; 9:13.