ARAŞTIRMA | RESEARCH

Alkol Bağımlılığı Olan Erişkin Hastalarda Hastanede Kalış Süresini Etkileyen Faktörler

Factors Affecting the Length of Hospital Stay in Adult Patients with Alcohol Dependence

Bahadır Geniş [1], Behçet Coşar [2], Zehra Arıkan [2]

1. Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi, Zonguldak, Türkiye
2. Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to investigate the causes of long hospital stay in adult patients with alcohol use disorder inpatient treatment.

Method: The study included the records of patients treated in the alcohol and drug addiction clinic of Gazi University Hospital between 2005 and 2016. The records of 1543 patients with alcohol dependence were reached. Only the first hospitalization data of patients with recurrent admission were included in the analysis. As a total the records of 906 patients were analyzed.

Results: The mean age of the study population was 51.95±11.54 years and 89.4% (n = 810) were male. Recurrent hospitalization was 26.7% (n = 242), medical comorbidity 5% (n = 45), and psychiatric comorbidity 28% (n = 254). In the logistic regression analysis evaluating the duration of hospitalization, the presence of bipolar affective disorder (BDD) increased the duration of hospitalization by 3.4 times (OR=3.457), and the presence of depression extended the duration of hospitalization by 1.8 times (OR=1.854). The length of hospital stay of those hospitalized between 2014-2016 was 12 times (OR=0.082) shorter than those hospitalized between 2005-2007.

Conclusion: Some clinical variables (age, BDD and depression) have been shown to affect the duration of hospitalization in alcohol dependence. Together with these clinical variables, a non-clinical variable, such as the year of hospitalization, was found to affect the length of hospital stay 12-fold. Moreover, this effect can increase up to 34 times.

Keywords: Alcohol dependence, length of stay, alcohol use disorder, depression

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada alkol kullanım bozukluğu olan yatarak tedavi gören erişkin hastalarda uzun süre hastanede kalış nedenlerini araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın verileri, 2005-2016 yılları arasında Gazi Üniversitesi Hastanesi alkol ve uyuşturucu bağımlılığı kliniğinde tedavi edilen hastaların kayıtlarını içermektedir. Alkol bağımlılığı olan 1543 hastanın kayıtlarına ulaşılmıştır. Tekrarlayan başvuruları olan hastaların sadece ilk yatış verileri analize dahil edildi. 906 hastanın kayıtları analiz edildi.

Bulgular: Çalışma popülasyonunun ortalama yaşı 51.95 ± 11.54 yıl idi ve% 89.4'ü (n = 810) erkekti. Tekrarlayan hastaneye yatış% 26.7 (n = 242), tıbbi eştanı% 5 (n = 45) ve psikiyatrik eştanı% 28 (n = 254) idi. Hastanede yatış süresini değerlendiren lojistik regresyon analizinde bipolar affektif bozukluğun (BDD) varlığı hastanede yatış süresini 3,4 kat (OR=3,457) arttırırken, depresyonun varlığı hastanede yatış süresini 1,8 kat (OR=1,854) artırdı. 2014-2016 yılları arasında hastaneye yatırılanların hastanede kalış süresi 2005-2007 yılları arasında hastaneye yatırılanlardan 12 kat (OR=0,082) daha kısaydı.

Sonuç: Bazı klinik değişkenlerin (yaş, BDD ve depresyon) alkol bağımlılığında yatış süresini etkilediği gösterilmiştir. Bu klinik değişkenlerle birlikte, hastaneye yatış yılı gibi klinik olmayan bir değişkenin hastanede kalış süresini 12 kat etkilediği bulunmuştur. Ayrıca, bu etki 34 kata kadar artabilir.

Anahtar kelimeler: Alkol bağımlılığı, yatış süresi, alkol kullanım bozukluğu, depresyon

Correspondence / Yazışma Adresi: Bahadır Geniş, Zonguldak Çaycuma Devlet Hastanesi, Zonguldak, Türkiye
E-mail: bahadirgenis06@gmail.com
Received /Gönderilme tarihi: 01.01.2020 Accepted /Kabul tarihi: 26.01.2020

GİRİŞ

2017 yılında yayınlanan global hastalık yükü raporunda, 2040 yılına kadar problemli alkol kullanımının azaltılmasıyla birlikte her yıl yaklaşık 40 milyon kişinin hayatının kurtulacağı bildirmiştir. Erken ölüme ve sakatlığa neden olan başlıca risk faktörleri içinde problemli alkol kullanımı erkeklerde dördüncü sırada gösterilmiştir (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2018 yılındaki raporunda dünya çapında 2,3 milyar kişinin alkol içicisi olduğu ve yaşanan tüm ölümlerin 3 milyonundan (%5,3) alkolün zararlı kullanımının sorumlu olduğu bildirmiştir (2). Bu ölümlerin %28,7'si yaralanma, %21,3'ü sindirim sistemi hastalıkları, %19'u kardiyovasküler hastalıklar ve %12'si ise bulaşıcı hastalıklardır (2). Tüm bu veriler alkol kullanım bozukluklarının toplum için ciddi bir yükü olduğunu göstermektedir.

DSÖ verilerine göre ülkemizdeki kişi başı alkol tüketimi 2 litre (saf alkol) iken bu oran Avrupa bölgesinde ortalama 9,8 litredir. Ülkemizde alkol kullanım bozukluğu %4,8, alkol bağımlılığı %1,6 oranında iken bu oranlar Avrupa bölgesinde sırasıyla %8,8 ve %3,7'dir (2). Ülkemizde alkol kullanım bozuklukları Avrupa bölgesine göre düşük bir oranda yer alsa da alkol kullanımı halen ciddi bir mortalite, morbidite ve mali yük nedenidir (3). 2019 yılı uyuşturucu mücadele raporunda bağımlılıklarla ilgili kamu harcamalarının giderek arttığı 2018 yılında ise 1.362.728.424 Türk lirasına ulaştığı belirtilmiştir (3). Alkol kullanım bozukluklarında tedavi masrafları, oluşan aile yükleri, iş gücü kaybı, alkolün fiziksel ve ruhsal hastalıkların seyrine kötü etkisi, suç oranlarını arttırması gibi sayılabilecek birçok mali yük nedeni vardır (4). Hastaların uzun süreli yatışları mali yük oluşturan bir diğer konudur. Tedavi maliyetlerini daha iyi analiz edebilmek amacıyla uzun süreli yatışlar ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmaların çoğunluğu ya tüm psikiyatrik hastalıkları ele almış ya da şizofreni, bipolar duygulanım bozukluğu (BDB), depresyon gibi hastalıklar üzerine yoğunlaşmıştır (5, 6). Yazın alkol bağımlılığında uzun yatış süresinin nedenleri üzerine bu hastalıklara görece daha kısıtlıdır. Bu alanda yapılmış çalışmalarda psikiyatrik bozukluklara ek olarak görülen alkol bağımlılığının yatış süresini uzattığı saptanmıştır (7). Bununla birlikte genel olarak psikiyatrik bozuklukların ele alındığı çalışmalarda sadece alkol kullanım bozukluğu olan hastaların diğer psikiyatrik bozukluklara göre daha az yatış süresinin olduğu saptanmıştır (8). Kronik ve yineleyen bir bozukluk olan alkol bağımlılığı için yatış süresinin kısa süreli olması bir çelişki olarak değerlendirilmiştir.

Alkol bağımlılıklarının tekrarlayıcı ve kronik nitelikte olması, ek psikiyatrik hastalıkların sıklıkla eşlik etmesi, tedavi uyumsuzluğunun yüksek olması gibi nedenler tedavide zorluk oluşturmaktadır. Tedavide oluşan zorluklar ise hastanede kalış süresini uzatmaktadır (7, 9). Alkol bağımlılıklarına başta depresyon ve bipolar duygulanım bozukluğu olmak üzere, anksiyete bozuklukları, şizofreni gibi birçok psikiyatrik bozukluk eşlik etmektedir (10). Alkol bağımlılığı ile psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkide hangisinin neden hangisinin sonuç olduğu genellikle net değildir (11). Ancak yapılmış çalışmalarda alkol kullanımının psikiyatrik bozukluklarının şiddetini arttırdığı, alkol bağımlılıklarında ise psikiyatrik eştanı varlığının tedavide yanıtın azaldığı ve tedavi sürelerinin uzadığı net bir şekilde bilinmektedir (9).

Tüm dünyada önlenebilir ölüm ve yaralanmaların önemli bir nedeni olan alkol kullanımı üzerine daha fazla odaklanılmayı hak eden bir konudur. Çalışmadaki temel amacımız yataklı serviste alkol bağımlılığı tanısı ile tedavi edilen hastaların hastanede kalış süresini saptamaktır.

Yatış süresi ile ilişkili olabilecek yaş, cinsiyet, tıbbi eştanılar ve psikiyatrik eştanıların (bipolar duygulanım bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı vb.) araştırılması ülkemiz literatürü açısından da oldukça kıymetlidir. Bu alanda ulaşabildiğimiz tek çalışmanın Çıray ve arkadaşları tarafından 2018 yılında yapıldığını saptadık (12). Araştırmacılar, dokuz aylık bir dönemde 131 alkol veya madde bağımlılığı olan hastayı çalışmaya almıştır. Hastanede kalış süresi ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptarken, cinsiyet, kişilik bozukluğu, psikiyatrik komorbidite ve eğitim durumuyla herhangi bir ilişki bulamamıştırlar. Yapılan bu çalışma ülke yazınımız için oldukça değerli olmakla birlikte, bağımlılıklarda hastanede kalış süresinin daha alt başlıklarda (alkol, opiyat, kannabis veya kokain bağımlılıkları gibi) ve uzun süreyi içeren geniş bir örneklemde çalışılması gerekliliğini göstermiştir. Bizde bu eksiklikleri göz önünde bulundurarak, çalışmamızda uzun bir dönemde sadece alkol bağımlılığı olan geniş bir örneklemi hastanede kalış süresi açısından değerlendirdik. Bununla birlikte, araştırmamızdaki diğer amaçlarımızdan birisi de yatış süresinin yıllar içindeki seyrinin araştırılmasıydı. On iki yıllık bir zaman aralığını değerlendiren çalışmamız, yatış sürelerindeki tarihsel bir akışı göstermesi de literatürümüze önemli katkı sunacaktır.

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışma retrospektif tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışma verilerini Gazi Üniversitesi Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılıkları yataklı servisinde 01 Ocak 2005-31 Aralık 2016 tarihleri arasında tedavi gören hasta yatış kayıtları oluşturdu. Bu yatış kayıtları hastane kayıt sisteminden ve hasta dosyalarından elde edildi. Alkol bağımlılığı tanısı olan 1543 hasta yatış kaydına ulaşıldı. 216 yatış kaydı analize dahil edilmedi. Geriye kalan 1327 yatış kaydı içinde tekrarlayan yatışı olan hastaların birden çok yatış kaydı vardı. 664 hastanın tek yatışı, 144 hastanın iki defa yatışı, 61 hastanın 3 defa yatışı, 37 hastanın ise 4 defa ve üzerinde yatışı vardı Şekil 1'de çalışma ile ilgili örneklem analizine yer verilmiştir. Veri havuzu içinde tekrarlayan yatışları olan hastaların sadece ilk yatış kayıtları kullanıldı. Böylece bir hastaya birden çok verinin oluşturabileceği etkiler sınırlandırıldı. Sonuç olarak 664 hasta tek yatış, 242 hasta tekrarlayan yatış olmak üzere toplamda 906 hastanın kayıtları analize dahil edildi.

İşlem

Bu araştırma, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan 25.07.2017 tarih ve 77082166-302.08.01 sayısı ile etik onay alındıktan sonra yapılmıştır. Ayrıca, araştırmada hastane kayıtları kullanılacağından dolayı hastane başhekimliğinden de çalışma izni alınmıştır. Hastaların tanıları psikiyatri hekimleri tarafından değerlendirildi. Tanı sistemi olarak ICD-10 tanı sınıflandırması kullanıldı. ICD-10 tanı sistemi içinde F.10 tanı kodu "Alkol kullanımına bağlı ruhsal ve davranışsal bozukluklar" olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmaya sadece "Bağımlılık Sendromu" tanısını içeren hasta kayıtları dahil edilmiştir. Bağımlılık sendromu, son bir yıl içinde hastanın alkolü almak için güçlü bir istek duyma, alkolü alma davranışını denetlemekte güçlük, alkol kullanımını azaltıldığında ya da bıraktığında fizyolojik belirtiler yaşama, tolerans belirtileri, alkol kullanmak veya elde etmek için giderek daha fazla zaman harcama ve aşırı alkol nedeniyle oluşan bedensel veya ruhsal bozukluk varlığına rağmen alkol kullanımını sürdürme belirtilerinden en az üçünün olması olarak tanımlanır.

Tablo 1. Örneklemin demografik verileri ve bazı hastalık özellikleri (n=906)

Değişkenler		n / Ort.	% / ss
Yaş	Ortalama ± Standart Sapma	51,95	11,54
	Ortanca (minimum-maksimum)	53	21-91
	21-40	162	17,9
	40-50	227	25,1
	50-65	404	44,6
	≥66	113	12,5
Cinsiyet	Kadın	96	10,6
	Erkek	810	89,4
Kabul Durumu	Tek	664	73,3
	Tekrarlayan	242	26,7
Tıbbi Eştanı	Yok	861	95,0
	Var	45	5,0
Psikiyatrik Eştanı	Yok	652	72,0
	Var	254	28,0
Psikotik belirti	Yok	880	97,1
	Var	26	2,9
Hastanede Kalış Süresi (gün)	Ortalama ± Standart Sapma	29,92	15,70
	Ortanca (minimum-maksimum)	31	1-96
	1-10	127	14,0
	11-30	311	34,3
	31-40	283	31,2
	≥41	185	20,4
Alkol Bağımlılığı Tanı Durumu	Birincil Tanı	753	83,1
	İkincil Tanı	153	16,9

Hastanede kalış süresi, hastanın kabul tarihi ile taburculuk tarihi arasındaki geçen süre olarak kabul edildi. Çalışmada saptanan ortalama yatış süresi olan 29,92 gün, uzun ve kısa yatış ayrımında temel alındı. Kısa yatış 30 gün ve altı olarak değerlendirilirken, uzun yatış 31 gün ve üzeri olarak değerlendirildi. İki veya daha üstünde yatışı olan hastaların verileri tekrarlayan yatış olarak değerlendirildi.

Elde edilen hasta kayıtlarında alkol bağımlılığı tanısının yanında aynı hasta için kodlanmış bir psikiyatrik hastalığın varlığı durumunda bu kayıtlar için "Psikiyatrik eştanı var", kodlanmış bedensel bir hastalığın varlığında "Tıbbi eştanı var" ve kodlanmış psikotik belirtilerin varlığında ise "Psikotik belirti var" şeklinde kodlandı. Alkol bağımlılığın eşlik eden psikiyatrik hastalıklar değerlendirilirken, alkol bağımlılığının birincil tanı mı olduğu yoksa psikiyatrik bozukluklara ikincil mi meydana geldiği geçmiş hasta kayıtlarından elde edildi. Geçmiş yıllarda ilk olarak alkol bağımlılığı kodlanmış ise "Birincil Alkol Bağımlılığı" olarak değerlendirildi. Ancak geçmiş tanılarda psikiyatrik bozukluklar ilk olarak yer aldığında "İkincil Alkol Bağımlılığı" olarak değerlendirildi.

Veri 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'sexact testi kullanıldı. Örneklemin tamamında (n=906) hastanede kalış süresinin yordayıcılarını saptamak için lojistik regresyon analizi kullanıldı. Kısa süreli yatış 30 ve gün altı olarak değerlendirildi ve "0" olarak kodlandı. 31 gün ve üzeri ise uzun süreli yatış olarak değerlendirildi ve "1" olarak kodlandı. Çalışmada anlamlılık değeri 0,05 olarak temel alındı.

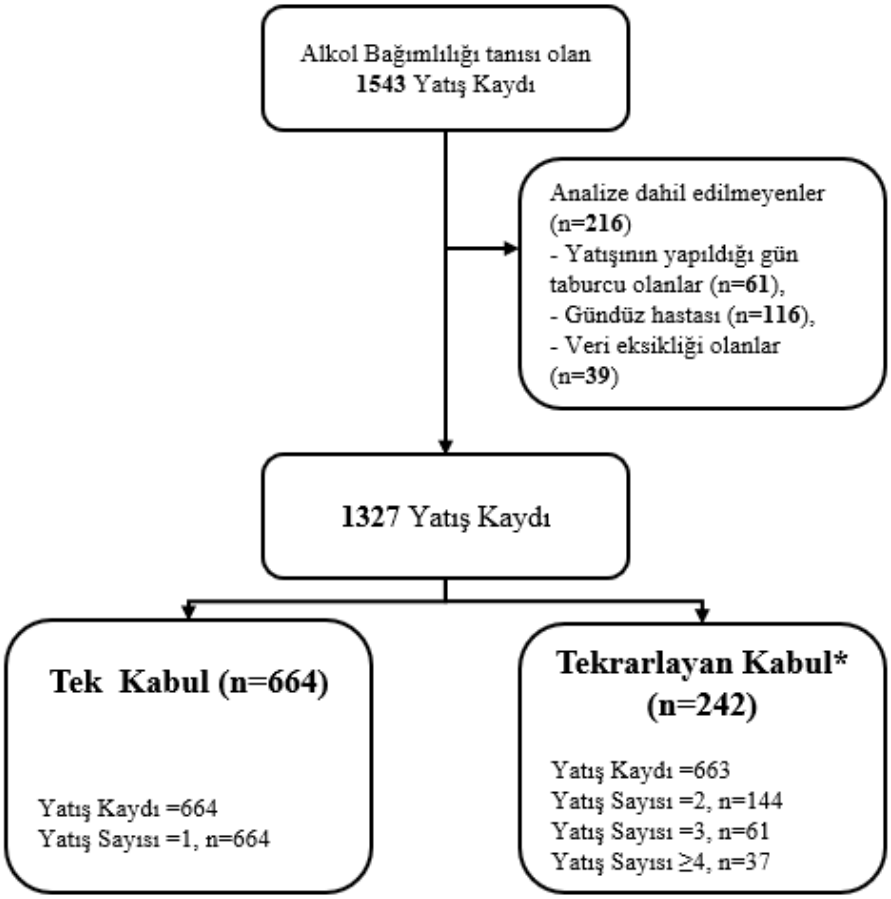
BULGULAR

Örneklemin demografik verileri ve bazı hastalık özellikleri Tablo 1'de gösterildi. Örneklemin yaş ortalaması 51,95±11,54 olup %89,4'ü (n=810) erkektir. Tekrarlayan yatış %26,7 (n=242), tıbbi eştanı %5 (n=45), psikiyatrik eştanı %28 (n=254), psikotik belirti varlığı %2,9 (n=26) oranındaydı. Hastaların ortama yatış süresi 29,92±15,70 idi. Örneklemin %83,1'inde (n=753) alkol bağımlılığı birincil tanıydı. Örneklemde alkol bağımlılığına eşlik eden psikiyatrik hastalıklar analiz edildi. Hastalarda alkol bağımlılığına ek olarak %0,8 (n=7) oranında şizofreni, %0,6 (n=5) oranında sanrısal bozukluk, %3,1 (n=28) oranında bipolar duygulanım bozukluğu, %17,2(n=156) oranında unipolar depresyon, %1,2 (n=11) oranında anksiyete bozukluğu, %0,3 (n=3) oranında obsesif kompulsif bozukluk, %0,2 (n=2) oranında yeme bozukluğu, %3,8 (n=34) oranında kişilik bozukluğu ve %5,7 (n=52) oranında madde bağımlılığı eşlik etmekteydi. Madde bağımlılığının %3,9'unu (n=35) cannabinoid bağımlılığı %1,1'ini (n=10) ise ilaç bağımlılıkları (sedatif, hipnotik ve anksiyolitik bağımlılığı) oluşturmaktaydı.

Tablo 2 Hastanede kalış süresinin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi (n=906)

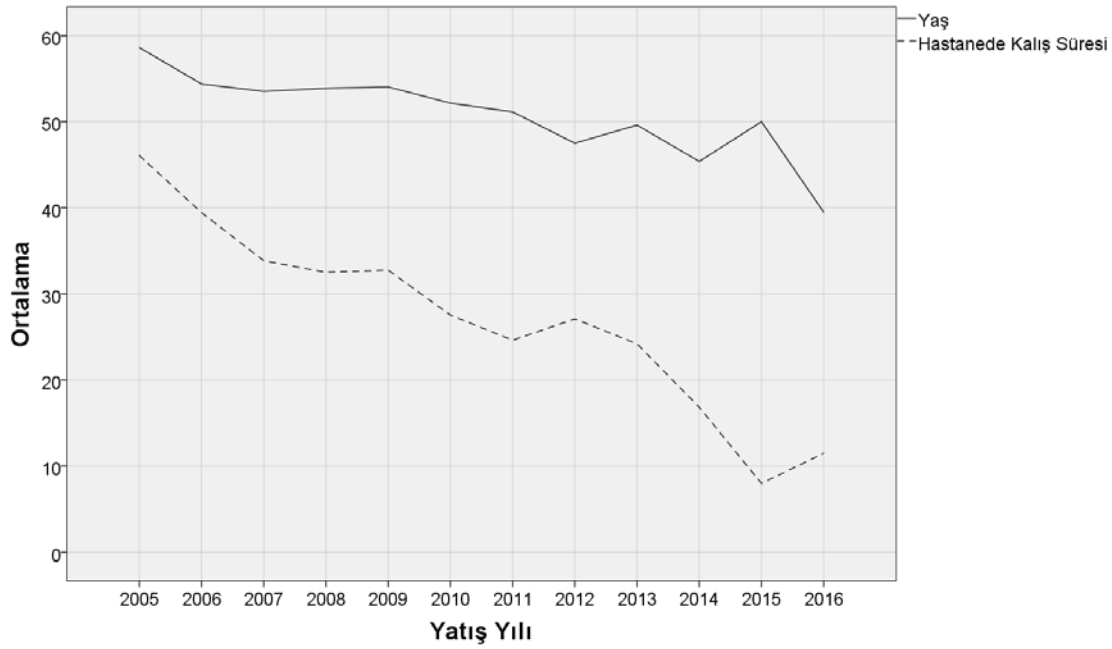
Değişkenler		Hastanede Kalış Süresi			
		≤1 ay (n=438)	>1 ay (n=468)		OR
		n	n	p	(%95 Güven Aralığı)
Yaş	21-40	104	58		1,000
	41-50	115	112	0,066	1,524 (0,972-2,389)
	51-65	165	239	0,000	2,339 (1,533-3,570)
	≥66	54	59	0,062	1,672 (0,974-2,870)
Cinsiyet	Kadın	54	42		1,000
	Erkek	384	426	0,122	1,440 (0,908-2,283)
Tıbbi Komorbidite	Yok	413	448		1,000
	Var	25	20	0,240	0,677 (0,353-1,297)
Alkol Bağımlılığı Tanı Durumu	Birincil Tanı	384	369		1,000
	İkincil Tanı	54	99	0,766	1,097 (0,595-2,025)
Psikotik Belirti	Yok	425	455		1,000
	Var	13	13	0,599	0,761 (0,275-2,105)
Şizofreni	Yok	434	465		1,000
	Var	4	3	0,443	0,479 (0,073-3,142)
Bipolar Duygulanım Bozukluğu	Yok	430	448		1,000
	Var	8	20	0,026	3,457 (1,158-10,323)
Unipolar Depresyon	Yok	387	363		1,000
	Var	51	105	0,020	1,854 (1,100-3,123)
Anksiyete Bozukluğu	Yok	433	462		1,000
	Var	5	6	0,603	1,419 (0,380-5,298)
Kişilik Bozukluğu	Yok	428	444		1,00
	Var	10	24	0,162	1,757 (0,797-3,872)
Madde Bağımlılığı	Yok	406	448		1,000
	Var	32	20	0,880	0,951 (0,496-1,825)
Yatış Yılı	2005-2007	52	119		1,000
	2008-2010	164	226	0,016	0,608 (0,405-0,912)
	2011-2013	189	118	0,000	0,353 (0,231-0,539)
	2014-2016	33	5	0,000	0,082 (0,029-0,230)
Kabul Durumu	Tek	347	317		1,000
	Tekrarlayan	91	151	0,026	1,463 (1,047-2,044)

X2=122,830; p=0,000; Nagelkerke R Square=0,169



Şekil 1. Çalışma akış şeması
*Tekrarlayan kabulü olan hastaların sadece ilk yatış verileri analize dahil edilmiştir.

Hastanede kalış süresinin lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmesi Tablo 2'de gösterildi. Hastanede kalış süresi örneklem ortalaması temel alınarak, 1 aydan kısa ve 1 aydan uzun süre yatanlar olarak değerlendirildi. Buna göre 21-40 yaş aralığında olanlara göre 51-65 yaş aralığında olanların 2,3 kat (OR=2,339; %95 Güven Aralığı=GA 1,533-3,570) yatış süresinin uzun olduğu saptandı. Hastalarda bipolar duygulanım bozukluğu tanısının olması hastanede kalış süresini 3,4 kat (OR=3,457; %95 GA 1,158-10,323) arttırırken, depresyon tanısının olması ise 1,8 kat (OR=1,854; %95 GA 1,100-3,123) arttırmıştır. Tekrarlı yatışın olması tekli yatışın olmasına göre yatışı 1,4 kat (OR=1,463; %95 GA 1,047-2,044) arttırmıştır. Hastanede kalış süresi üzerine anlamlı etki gösteren diğer bir değişken ise hastanın yatış yılıdır (Tablo 2). 2005-2007 yılları arasında yatışı olanlarda göre 2008-2010 yılları arasında yatışı olanların hastanede kalış süresi 1,6 kat (OR=0,068; %95 GA 0,405-0,912), 2011-2013 yılları 2,8 kat (OR=0,353; %95 GA 0,231-0539), 2014-2016 yılları arasında yatışı olanların ise 12,1 kat (OR=0,082; %95 GA 0,029-0,230) yatış süresi kısalmıştır. Hastaların yatış yıllarına göre hastanede kalış süresi ve yaş ortalamalarının dağılımı Şekil 2'de gösterildi.



Şekil 2. Yatış yıllarına göre hastanede kalış süresi ve yaş ortalamalarının dağılımı

TARTIŞMA

Ciddi bir mortalite ve morbidite nedeni olan alkol bağımlılıklarında hastanede uzun yatış süresini etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçlayan çalışmamız ciddi bir popülasyonu değerlendirmiştir. Çalışmamızda alkol bağımlılığı tanısı olan kişilerde %28 oranında psikiyatrik eştanı olduğu, %5 oranında tıbbi eştanı olduğu, %2,9 oranında ise psikotik belirtilerin eşlik ettiğini saptamıştır (Tablo 1). Hastanede kalış süresi ile ilgili ileri yaş, tekrarlayan yatış, duygudurum bozuklukları ve yatış yılı önemli belirleyiciler olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda alkol kullanım bozukluğunda ek ruhsal bozuklukların görülme riski normal populasyona göre daha fazladır (13). Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün Epidemiyolojik Alan çalışması (Epidemiological Catchment Area-ECA) sonuçlarına göre alkol bağımlılığı olanlarda herhangi bir ruhsal bozukluk oranı %36,6 iken duygudurum bozukluğu oranı ise %13,4 olarak bildirilmiştir (7). Alkol bağımlılığının en sık görüldüğü psikiyatrik bozukluk ise %31,5'lik oranıyla bipolar bozukluktur. Bu oranlar çalışmalardaki yaş dağılımı, cinsiyet dağılımı, tedavi ortamı, tanı sınıflandırmaları ve metodolojik yöntem farklılıklarından dolayı değişmektir. Ancak alkol bağımlılığı ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki yazında oldukça nettir (7, 10). Bizim çalışmamızda alkol bağımlılığı olan kişilerde %28 oranında herhangi bir psikiyatrik ek tanı olduğu saptanmıştır. Örneklemin %17,2'sinde unipolar depresyon saptanırken, %3,1'inde bipolar duygulanım bozukluğu saptanmıştır. Ülkemizde Türkçapar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yatarak tedavi gören alkol bağımlılığı hastalarında %18,3 major depresyon, %16,6 distimi ve %3,4 oranında bipolar duygulanım bozukluğu tanının olduğunu saptamıştır (14). Çalışmamızdan bu alanda elde edilen sonuçlar genel olarak literatürle uyumludur. Kesin etiyoloji açık olmasa araştırmacılar yoğun alkol kullanımının, 5HT1 ve 5HT2 reseptörlerinin

duyarlılığında artış, serotonin dönüşüm hızında azalma ve serotonin gerialım alanlarında azalma gibi sonuçlara yol açtığını göstermektedir (15). Bozulan beyin iletisi ve hormonal sistemlerdeki değişiklikler psikiyatrik hastalıkların başlamasına, alevlenmesine veya süreğen nitelik kazanmasına neden olmaktadır. Ayrıca alkol bağımlılarında yaşanan yasal, finansal ve kişilerarası zorluklar gibi psikososyal olaylarında psikiyatrik belirtilerin oluşmasında mutlak etkisi vardır (16). Alkol bağımlılıklarında gözlenen ek psikiyatrik bozuklukların olması hem klinisyen hem de hasta için oldukça önemlidir. Çünkü psikiyatrik eştanının olması tedaviye daha düşük yanıt, daha az uyum, yüksek yineleme ve tekrar kabul demektir (10). Hastalar açısından ise bağımlılık belirtilerinin yanında diğer psikiyatrik bozuklukların belirtilerini yaşamak ve intihara eğilimin artması önemli sorunlardandır (17). Bu nedenle alkol bağımlılığı olan bireylerde psikiyatrik eştanıların erken tanınması ve tedavi edilmesi oldukça önemlidir.

Alkol bağımlılığı, oluşturduğu mortalite ve morbidite nedeniyle ciddi bir ekonomik yük oluşturmaktadır. Mohapatra ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında alkol kullanımıyla ilişkili maliyetlerin %61'inin alkol bağımlılığına veya ağır içmeye bağlı olduğunu öne sürmüştür (18). Alkol kullanımı ile ilgili ekonomik yükün en önemli nedenleri arasında sağlık maliyetleri, adli maliyetler, işsizlikten kaynaklanan verimlilik kaybı, işe gelmeme ve erken emeklilikten kaynaklanan iş gücü kaybı gösterilmiştir (4). Sağlık maliyetleri içinde ise hastaların tedavi giderleri, rehabilitasyon giderleri ve yatış sürelerinin oluşturduğu giderler yer almaktadır. Bununla birlikte kronik ve yineleyici karakteri olan alkol bağımlılığında tekrarlayan yatışlarda önemli sağlık maliyetlerinden birisidir. Çalışmamızda hastaların ortalama yatış süresi yaklaşık bir aydır (Tablo 1). Hastanede kalış süresinin değerlendirildiği çalışmalarda ortalama sürelerin 9-55 gün arasında değiştiği görülmektedir (4, 19). Bu değişikliklerde hastaların yaş, cinsiyet, meslek, iş durumu, tıbbi eştanı, psikiyatrik eştanı gibi örneklem karakteri farklılıklarıyla birlikte, tedavi kurumunun niteliği, kültürel özellikler, tedavi seçimleri, tedavinin yapıldığı zaman, çalışmalar arası metodolojik farklılıklar gibi birçok değişken rol oynamaktadır. Çalışmamızda alkol bağımlılığı tanısına ek olarak bipolar duygulanım bozukluğu tanısının olması hastanede kalış süresini 3,4 kat, unipolar depresyon tanısının olması ise 1,8 uzatmaktadır. Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki oldukça iyi bilinmektedir. Yazında bu alanda yapılmış çalışmalarda alkol bağımlılığı olan hastalarda depresif belirti varlığının yatış süresini uzattığı gösterilmiştir (20, 21). Benzer sonuca BDB olan hastalarda da ulaşılmıştır. Fornaro ve arkadaşları, BDB olanlarda alkol kullanımının dürtü kontrolünde zorlanma, tedaviye uyumsuzluk, intihar riski ve agresyonda artış gibi nedenlerden dolayı yatış süresini uzattığını bildirilmiştir (5).

Çalışmamızda hastanede kalış süresini etkileyen en önemli değişkenlerden biriside hastanın yatış yılıydı (Tablo 2). 2005-2007 yılları arasında yatışı olanlarda göre 2014-2016 yılları arasında yatışı olanların hastanede kalış süresi 12 kat daha azdır. Şekil 2'de hastanede kalış süresinin yıllar içinde azaldığı görülmektedir. Sağlık maliyetleri azaltmak amacıyla yatış sürelerinin azaltılması planlaması global bir sağlık sistemi politikasıdır. Güncel ruh sağlığı politikaları hastanede kalışı kısaltmayı ve toplum içinde rehabilitasyon yöntemlerine odaklanmayı savunmaktadır (6). İsveç'te yapılmış bir çalışmada 1997-2005 yılları arasında ortalama yatış süreleri 4-11gün arası düşüş göstermiştir (22). Bizim çalışmamızda ise 2005 yılında hastanede kalış süresi 46,07 gün iken 2016 yılında 11,50 güne düşmüştür. Hastanede kalış süresinde 35 günlük ciddi bir azalma olduğu gözlenmiştir. Bu azalmada birçok faktörün etkisi olabilir. Alkol bağımlılık oranlarının yükselmesi, tedavi ihtiyacının artması, yataklı kurum sayısının azlığı ve uygulanan sağlık politikaları bu faktörlerden birkaçı olabilir. Hem ülkemiz

hem de global sağlık politikalarında, hastanede kalış sürelerinin azaltılmasıyla elde edilecek tedavi maliyeti karı ve tedavi etkinliğindeki azalma nedeniyle oluşacak zarar arasındaki ilişkinin hassasiyetine dikkat edilmelidir. Bu ilişkiyi inceleyen bir çalışma, hastanede kalış süresindeki azalmanın tekrarlayan yatışları arttırdığını saptamıştır. Hastanede kalış süresindeki her bir günlük azalma için 60 gün içinde yeniden kabul edilme oranında %3,1'lik artış olduğunu belirtmiştir. Yazarlar bu konudaki maliyet analizinde tekrarlayan yatışlarla oluşan mali zararın, kısalan yatış sürelerinden kaynaklı mali kardan daha fazla olduğunu belirtmiştir (23).

Çalışmamız on iki yıllık uzun bir süreyi içermesi ve ciddi bir hasta popülasyonunu değerlendirmesinin yanında önemli kısıtlılıklarda içermektedir. Başta verilere erişim sağladığımız sistemde, hastaların medeni durum, eğitim düzeyi ve iş durumu gibi sosyodemografik veriler ve mevcut ilaç tedavileri ile ilgili verileri yoktu. İkinci sınırlılık hastaların alkol kullanım süresi, içme paterni, kullanım miktarları ve alkole başlangıç yaşı gibi alkol kullanımı ile ilgili özelliklerini değerlendirmemiş olmamızdır. Üçüncü sınırlılık alanımız hastaların mevcut ilaç tedavileri hakkında içeriğin değerlendirememiş olmasıdır.

Alkol bağımlılıklarında hastanede kalış süresi üzerinde bazı klinik değişkenlerin etkili olduğunu göstermiştir. BDB ve unipolar depresyonun hastanede kalış süresini sırasıyla 3,4 kat ve 1,8 kat uzattığı görülmüştür. Tekrarlayan yatışı olan hastalarda ise hastanede kalış süresinin 1,4 kat uzadığı görülmüştür. Bu klinik değişkenlerle birlikte yatış yılı gibi klinik olmayan bir değişkenin hastanede kalış süresini 12 kat etkilediği saptanmıştır. Hatta bu etkinin 34 kata kadar çıktığı görülmüştür. Yatış sürelerinin global bir sağlık politikası olarak dünya genelinde azaldığı bir gerçektir. Ancak yatış sürelerindeki azalmaların oluşturduğu riskler iyi hesaplanmalıdır. Hastanede kalış sürelerinin azalması tekrarlayan yatışları arttırabilir. Başta alkol bağımlılığı olmak üzere tüm psikiyatrik hastalıklarda hastanede kalış süresinin klinik etkileri ve ortaya çıkan tekrarlayan yatışlarla ilgili çalışmalar sonraki çalışmaların hedefi olabilir.

KAYNAKLAR

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: IHME, 2018.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization, 2018.
3. TUBİM. Türkiye Uyuşturucu Raporu. Ankara: Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019
4. Laramée P, Kusel J, Leonard S, et al. The economic burden of alcohol dependence in Europe. Alcohol Alcohol 2013; 48: 259-269.
5. Fornaro M, Iasevoli F, Novello S, et al. Predictors of hospitalization length of stay among re-admitted treatment-resistant Bipolar Disorder inpatients. J Affect Disord 2018; 228: 118-124.
6. 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.
7. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990; 264: 2511-2518.
8. Ragazan DC, Eberhard J, Ösby 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: 183-191.
9. erding LB, Labbate LA, Measom MO, et al. Alcohol dependence and hospitalization in schizophrenia. Schizophr Res 1999; 38: 71-75.
10. Özpoyraz N, Tamam L, Karakuş G. Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozuklukları. Bağımlılık Dergisi 2008; 9: 31–35.
11. Schatzberg AF, Weiss RD, Brady KT, Culpepper L. Bridging the clinical gap: managing patients with co-occurring mood, anxiety, and alcohol use disorders. Introduction. CNS Spectr 2008; 13: 3.

12. Çıray RO, Kurt ÜS, Kılıçaslan EE. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan yatan hastalarda ek tanı, kullanılan madde ve kişilik bozukluklarının yatış sürelerine etkisi. Bağımlılık Dergisi 2018; 19: 107-114.
13. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Arch Gen Psychiatry 2007; 64: 830-842.
14. Türkçapar M, Akdemir A, Elverici Ş, et al. Yatarak tedavi gören bir grup alkol bağımlısında ek psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları, depresyon ve kaygı düzeyleri. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1997; 5: 29–34.
15. Johnson BA. Role of the serotonergic system in the neurobiology of alcoholism: Implications for treatment. CNS Drugs 2004; 18: 1105-1118.
16. Keskin G, Gumus AB. Investigation of depressive symptoms and related variables with depressive symptoms in alcohol and substance abusers. Dusunen Adam 2017; 30: 124-135.
17. Bilban M, Škibin L. Presence of alcohol in suicide victims. Forensic Sci Int 2005; 147: 9-12.
18. Mohapatra S, Patra J, Popova S, et al. Social cost of heavy drinking and alcohol dependence in high-income countries. Int J Public Health 2010; 55: 149-157.
19. Lereboullet J. The occurrence of alcoholism in hospitals: its cost. Bull Acad Natl Med 1968; 152: 223–34.
20. Gottheil E, McLellan AT, Druley KA. Length of stay, patient severity and treatment outcome: Sample data from the field of alcoholism. J Stud Alcohol 1992; 53: 69-75.
21. Ding K, Yang J, Cheng G, et al. Hospitalizations and hospital charges for co-occurring substance use and mental disorders. J Subst Abuse Treat 2011; 40: 366-375.
22. Osby U, Tiainen A, Backlund L, et al. Psychiatric admissions and hospitalization costs in bipolar disorder in Sweden. J Affect Disord 2009; 115: 315-322.
23. Wickizer TM, Lessler D. Do treatment restrictions imposed by utilization management increase the likelihood of readmission for psychiatric patients? Med Care 1998; 36: 844-850.

View publication stats