



Bir Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğinde Triyaj Uygulaması Triage of Patients in the Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic

Şahbal ARAS, Fatma VAROL TAŞ, Burak BAYKARA

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZET

Giriş: Bu çalışmanın amacı bir çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde kullanılan üç aşamalı triyaj yönteminin değerlendirilmesi ve tanıtılmasıdır.

Yöntem: Bu çalışmada, 2005'te bir yıl boyunca yeni triyaj yöntemiyle değerlendirilen 1482 çocuk ve ergenin "rutin", "öncelikli" ve "acil" olmak üzere öncelik gruplarına ayrılma süreçleri araştırılmıştır. Karşılaştırmak amacıyla, 2003 yılında başvuran 1423 çocuk ve ergenin ilk randevu için bekleme süresi ve randevu devamsızlığı verileri kullanılmıştır. Triyaj uygulamasında, haftada dört gün sabah kliniğe başvuran yeni hastalar üç aşamalı işlem ile değerlendirilmiştir: Güçler ve Güçlükler Anketi verilmesinden sonra bir intörn yapılandırılmış görüşme uygulaması ve son aşamada klinik görüşme yapılmıştır.

Bulgular: Çalışma döneminde, polikliniğe başvuran 1482 çocuk ve ergenin 1291'i için randevu önerilmiştir. 2005 yılı başvurularından, verilen randevusuna gelmeyen 207 hastanın randevu bekleme süreleri randevusuna gelen 1084 hastaninkinden anlamlı olarak daha uzundur. 2003 yılı ile karşılaştırıldığında, 2005 yılında başvuran hastaların ilk randevu için ortalama bekleme sürelerinin ve randevuya gelmeme oranının anlamlı düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada kullanılan triyaj işlemi sağlık olanakları sınırlı gelişmekte olan ülkeler için bir model olabilir. (*Nöropsikiyatri Arşivi 2014; 51: 248-252*)

Anahtar kelimeler: Triyaj değerlendirmesi, ayakta tedavi, çocuk ve ergen psikiyatrisi

Çıkar çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to evaluate and describe the three-stage triage method used in a child and adolescent psychiatry outpatient clinic.

Method: The study investigated the new allocation process of 1482 children and adolescents who were assessed using this triage system for the duration of one year, in the year 2005. Data of 1423 children and adolescents who presented in 2003 regarding the waiting time for the first appointment and the rate of non-attendance at the first appointment were used for the comparison. In triage system, new patients presenting to the outpatient clinic in the morning four days a week were assessed by a three-stage procedure: An initial Strengths and Difficulties Questionnaire screening and a structured interview administered by an intern was then followed by a clinical interview.

Results: Of the 1482 children and adolescents who presented to the outpatient clinic during the study period, 1291 were given further appointments. Among patients who presented in 2005, the 207 non-attendant patients were significantly more likely to have longer waiting times than the 1084 attendant patients. When compared to year 2003, it was found that there was a significant decrease in the mean waiting time for the first appointment and the rate of non-attendance at the first appointment among patients who presented in 2005.

Conclusion: The triage procedure used in this study may constitute a model for developing countries with limited health care resources. (*Archives of Neuropsychiatry 2014; 51: 248-252*)

Key words: Triage assessment, outpatient, child and adolescent psychiatry

Conflict of interest: The authors reported no conflict of interest related to this article.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü, çocukluk çağı nöropsikiyatrik hastalıklarının 2020 yılında dünya çapında gençlerin en sık 5 hastalık içinde, ölüm ve engellilik nedeni arasında yer alacağını öngörmektedir (1). Çocuk ve ergenlerin tedavi edilmeyen ruhsal hastalıkları, yaşamın sonraki dönemlerinde daha şiddetli ve tedaviye dirençli hale gelmektedir; okul başarısızlığı, erken gebelikler ve erken evlilikler gibi önemli sorunlara yol açabilmektedir. Çocuk ve ergenlerin ruhsal hastalıklarının ağır kişisel, toplumsal ve ekonomik bedellerinin, koruyucu girişimlerin yanı sıra erken tedaviyle azaltılabileceği belirtilmektedir. Ancak her tedavinin etkili olabilmesi için, önce başlatılması ve sonra da sürdürülmesi

gereklidir (2). Bu nedenle, çocuklardaki ruhsal hastalıkların erken dönemde tanınması, değerlendirilmesi ve tedavi edilmesine yönelik uygulamalar önem taşımaktadır. fazla olması, uzun izlem süreleri ve hekim sayısının yetersizliği nedeniyle ilk randevuları için bekleyen hasta sayısı giderek artmaktadır. Uzun bekleme süreleri hastaların randevu devamlarını azaltmakta ve ekibin zamanının harcanmasına, sorunların çözümünün gecikmesine ve öncelikli olguların zamanında değerlendirilememesine yol açmaktadır (3,4,5). Uzun bekleme sürecinde birçok hastanın psikopatolojisinin şiddetlendiği belirtilmektedir (6). Bu sorunlarla başa çıkmak için çeşitli yöntemler uygulanmaktadır (4). Bekleme listesindeki hastalara gönderilen anketlerden geri dönenlerin değerlendirilmesi, planlanan randevuya devamı

Yazışma Adresi/Correspondence Address

Dr. Şahbal Aras, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
Gsm: +90 232 412 35 57 E-posta: sahb.al.aras@deu.edu.tr **Geliştirilme/Received:** 08.10.2012 **Kabul tarihi/Accepted:** 26.11.2012
© Archives of Neuropsychiatry, published by Galenos Publishing. / © Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.

öngörmede yararlı bir yöntem olarak önerilmiştir (7). Ailelere planlı randevuları yaklaşırken randevuya gelip gelmeyeceklerini sormanın, randevu devamsızlığını azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir. Ancak bu yaklaşım, bireyin hasta listesinde uygun öncelik düzeyine yerleştirilmesi ile ilgili karar vermek için yeterli bilgi sağlamamaktadır (4). Acil olguları belirlemek ve onlara zamanda müdahale etmek için sevk mektuplarının yararlı olabileceği düşünülmüş, ancak uygun bilgi içermemeleri dolayısıyla yetersiz oldukları bulunmuştur (8). Bekleme listelerini düzenlemede ise multidisipliner ekiplerden yararlanma, muayene sürelerini kısaltma, devamsızlığa müdahale ederek verimliliği artırma ve başvuruları uygun şekilde yerleştirme gibi yöntemler uygulanmaktadır (6).

Yukarıda bahsedilenlerin dışında önerilen bir diğer yöntem de triyajdır (4). Kökeni askeri tıpta olan triyaj, yaralıları bir ön inceleme ile üç gruba ayırma anlamına gelmektedir: acil müdahale gerektirenler, bekleyebilecek olanlar ve tedaviden yarar gömeyecek durumda olanlar. Triyaj sisteminde hastalar, klinik gereksinimlerine, tedaviden yararlanma olasılıklarına ve aciliyet düzeylerine göre uygun tedaviye yönlendirilirler (4). Çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinde triyaj, acil durumlarda (örn. istismar, özkıym, şiddet davranışları, ciddi psikopatoloji) veya olağanüstü koşullarda (afetlerde) acil müdahale veya psikiyatrik değerlendirme gerektiren öncelikli olguları belirlemede kullanılabildiği gibi (4,9), rutin randevuları düzenlemede de uygulanmaktadır (3,8). Triyaj değerlendirmesi uygun olmayan randevu isteklerini önlemede yararlıdır ve acil müdahale gerektiren hastaların uzun süre beklemelerini engelleyebilmektedir. Triyaj ile bazı olgular ilk randevuda kapatılmaktadır veya ilk müdahaleler yapılmaktadır. Triyajın randevu devamsızlığı oranlarını ve hasta ve klinisyen memnuniyetini iyileştirdiği bildirilmektedir (4). Sağlık hizmetlerinde sınırlı kaynakların tahsisinde triyaj kullanılırken, kaynağa en çok gereksinimi olanlar ve en çok yararlanabilecek olanlar belirlenmektedir (10).

Türkiye’de, nüfusun %36’sını oluşturan yaklaşık 25 milyon 18 yaş altı çocuğa (11) bu çalışmanın yapıldığı dönemde uzmanlık öğrencileri de dâhil 200 kadar çocuk ve ergen psikiyatristi ruh sağlığı hizmet vermekteydi. Epidemiyolojik çalışmalarda çocuklardaki psikiyatrik bozukluk yaygınlığının yaklaşık %14 (12) olarak bulunduğu göz önüne alındığında, ülkemizdeki çocuk ve ergen psikiyatristi sayısının yeterli olmadığı açıktır. Ülkemizde, eğitsel ve sosyoekonomik etkenler dolayısıyla aile içinde çocukların ruhsal gereksinimlerini ve sorunlarını görmezden gelme, hatta ihmal yaygındır. Çocukların üçte biri çocuk ve ergen psikiyatrisindeki ilk randevudan sonra tekrar gelmediğinden (13), ilk randevu bazı çocuklar için psikolojik yardım alabilecekleri tek fırsat olabilmektedir. İlk başvuruda çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından kapsamlı bir değerlendirme ve olabilirse uygun hizmete yönlendirme, bu çocukların uygun psikolojik yardım almalarını sağlamak için yararlı bir yaklaşım olabilir. Psikolojik sorunu olan çocukların tedavisinde çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniklerinin son başvuru yeri olarak görülmesi gerekirken, ülkemizde diğer hekimlerin sevkı olmadan ebeveynlerin çocuklarını doğrudan bu kliniklere getirmeleri yaygındır. Çocuk gelişimi takibindeki yetersizlikler dolayısıyla, gelişimsel sorunları (yaygın gelişimsel bozukluklar, iştihâ engeli ve zekâ geriliği vb.) olan bazı çocuklar, önceden bir hekim tarafından tam bir fiziksel muayene yapılmaksızın, çocuk ve ergen psikiyatrisi klinik randevuları

için beklemek durumunda kalabilmektedirler. Bu kliniklere ağır ruhsal ve gelişimsel sorunları olan çocukların yanı sıra birinci basamak düzeyinde kolayca çözülebilecek kadar basit sorunları olan çocuklar başvurabilmektedir. Bu etkenlerden dolayı, öncelikli olguları belirlemek ve kolayca çözülebilecek veya erken müdahale gerektiren sorunları ele almak için ilk değerlendirmenin hızla yapılması önemlidir.

Bu çalışmada, bir çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde hasta kabulünde uygulamaya konan üç aşamalı triyaj sistemi, bu uygulamayı gerektiren koşullarla birlikte ele alınmaktadır. Bir yıl süreyle triyaj kullanılarak ilk değerlendirmesi yapılan hastaların özelliklerinin incelenmesi ve randevu devamsızlığı ve randevu için bekleme süreleri açısından üç aşamalı triyaj yönteminin daha önce kullanılan yöntem ile karşılaştırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem

Bu çalışmada üç aşamalı triyaj yöntemi, İzmir’deki Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (DEÜTF) Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğinde uygulamaya konmuştur. Bu uygulama, kliniğin kaynakları ve temel özellikleri ile birlikte ülkemizdeki sağlık sisteminin yetersizlikleri dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir. Hastaların çoğu, ebeveynlerin kendi kararlarıyla getirildikleri için, triyaj değerlendirmesi olabildiğince kapsamlı olarak tasarlanmıştır. Uygulanan triyaj sisteminin amaçları:

- ilk değerlendirmeyi hemen yapmak,
 - çocuk ve ergen psikiyatrisi değerlendirmesinin uygunluğunu, olgunun aciliyetini ve belirtilerin/sorunların tedavi edilebilirliğini belirlemek,
 - basit müdahalelere yanıt verebilecek veya uzamış bekleme süresi sırasında bozulabilecek olan sorunları derhal ele almak,
 - ilk randevudaki değerlendirmeyi kolaylaştırmak için zaman alıcı muayeneleri planlamak,
 - ilk randevuya gelme oranlarını iyileştirmek (randevuya gelme motivasyonunu değerlendirme ve bekleme süresi veya bekleme listesini azaltma yoluyla),
 - Hizmet verimliliğini ve hasta memnuniyetini iyileştirmektir.
- Türkiye’nin üçüncü büyük, Ege bölgesinin en büyük şehri olan İzmir’in şehir nüfusu bu çalışmanın yapıldığı dönemde 2 732 669 idi (11).

Çocuk ve ergen psikiyatrisi hizmetleri iki üniversite ve bir devlet hastanesi tarafından karşılanmaktaydı. Çocuk ve ergen psikiyatristi sayısının yetersizliği nedeniyle bu kliniklere Ege bölgesinden de hastalar başvuruyordu. 1986’daki kuruluşundan bu yana DEÜTF Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi kliniğinde 18 yaşından küçük çocuklara değerlendirme ve tedavi hizmeti sunulmaktadır. 2003 ve 2005’te poliklinik hizmetleri 2 çocuk ve ergen psikiyatrisi uzmanı ve 5-7 uzmanlık öğrencisi tarafından verilmiştir. DEÜTF Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğinde acil olgular hemen ele alınmaktadır. Rutin randevu taleplerini düzenlemek için, zaman içinde değişen koşullara uyum amacıyla çeşitli yaklaşımlar denenmiş ve uygulanmıştır. Önceleri, Eylül 2001’den önce, telefonla arayan veya kliniğe gelen hastalar (acılar hariç) için önce başvurana önce hizmet verecek şekilde sekreter tarafından randevu düzenlenmekteydi. Eylül 2001’de hasta randevuları yeni bir yöntemle düzenlenmeye başlandı. Bu yeni yöntemde, bir çocuk gelişimi uzmanı günün belli saatlerinde hastalar (ebeveyn/

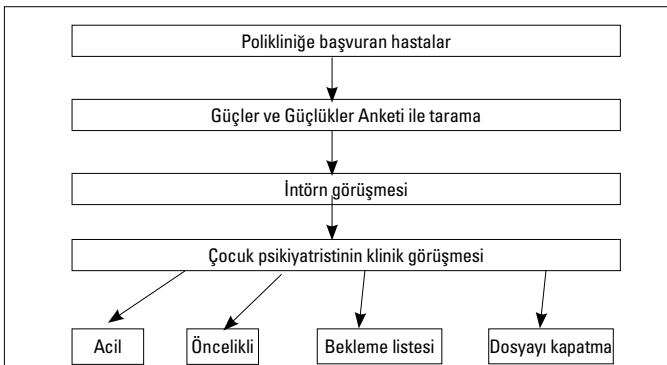
bakım veren) ile yüz yüze veya telefonda görüşerek hasta formlarını dolduruyordu. Haftalık düzenli ekip toplantılarında (çocuk ve ergen psikiyatristlerinin olduğu) demografik veriler, yakınmalar, yakınmaların süresi ve önceki tanıları içeren bu hasta formları değerlendiriliyor ve öncelik düzeyi saptanan hastalar "öncelikli" ve "rutin" gruplardan birine yönlendiriliyorlardı. Ekip toplantısından hemen sonra "öncelikli" hastalara randevuları veriliyordu. "Rutin" hastalar ise herhangi bir müdahale yapılmadan randevularını bekliyorlardı. Rutin bekleme listesindeki sırası gelen hastalara, randevu için telefonla arandıklarında, verilen randevuya gelip gelmeyecekleri soruluyordu. Buna karşın, randevu devamsızlığı oranları fazla ve bekleme süreleri uzundu. Ayrıca, yetersiz değerlendirmeden dolayı hastaların öncelik değerlendirmesinde sorunlar oluyordu.

Öncelik değerlendirmesinde hasta formlarının kullanıldığı bu zaman alıcı ve külfetli yaklaşımın yararları sınırlıydı. Sonuçta, Temmuz 2004'te halen uygulanmakta olan üç aşamalı triyaj değerlendirme sistemine geçildi.

Üç Aşamalı Triyaj Uygulaması

Acil durumdaki hastalara ve yatarak tedavi sırasında konsültasyon ekibi tarafından görülmüş olan hastalara triyaj değerlendirmesi yapılmaksızın öncelikli olarak bakılır. Triyaj uygulamasında, Pazartesi, Salı, Perşembe ve Cuma sabahları başvuran ilk 10 hasta, başvuru sırasına göre değerlendirilir. Triyaj değerlendirmesinin üç aşaması Şekil 1'de yer almaktadır. İlk önce ebeveyn(ler)/ergenler Güçler ve Güçlükler Anketi'ni (GGA) doldurmaktadır. Daha sonra, ebeveyn(ler) ile yaklaşık 20 dakika görüşen intörnler tarafından hastanın demografik özellikleri, başvuru yakınmaları, gelişimsel öyküsü ve aile öyküsü yapılandırılmış bir forma kaydedilmektedir. Sonrasında, bir çocuk ve ergen psikiyatristi GGA ve yapılandırılmış form yanıtlarını gözden geçirmektedir ve çocuk/ergen ve ebeveyn(ler) ile görüşmektedir.

Üç farklı yaş grubu ("okul öncesi dönem", "okul dönemi" ve "ergen") için hazırlanmış formlar kullanılarak yakınmalar, öykü, özgeçmiş ve risk etkenleri hızla (30 dakika içinde) değerlendirilmektedir. Belirtilerin şiddeti, işlevsellik düzeyi ve riskler değerlendirilerek hastaların ön tanılarına göre öncelikli gereksinimleri belirlenmektedir. Hastaların triyaj gruplarına ayrılmasında, hekime triyaj kararında yardım etmek için tasarlanmış olan algoritmalarından yararlanılmaktadır. Akut mani veya psikoz, kendisi veya başkaları için tehlike riski taşıma, organik mental bozukluklar, okul reddi, yeme bozuklukları,



Şekil 1. Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde üç aşamalı triyaj değerlendirmesi

psikososyal krizler, çocuk ihmali ve istismarı acil gruba ayrılan başlıca ön tanılardır. Hemen müdahale gerektiren bu hastalar ilgili birimlere yönlendirilirler. Erken tanı ve yoğun müdahaleden yarar görebilecek hastalara bekleme listesinde öncelik verilmektedir. Bu gruptaki başlıca ön tanılar psikoz, depresif bozukluklar, bipolar bozukluk ve yaygın gelişimsel bozukluklardır. Bu hastalar için gerekli muayeneler ve konsültasyonlar (işitme testi veya gelişim testi vb.) planlanmaktadır. Basit sorunlara çözüm bulunmakta (bu sorunlarla nasıl başa çıkacaklarıyla ilgili ebeveynlere öneriler verme veya çocuğu anaokuluna yönlendirme vb.) ve ebeveynlerin başlıca soruları yanıtlanmaktadır. Bu yolla bazı olgular hızla kapatılabilmektedir. Hastalar, ön tanıları belirlenmiş, öncelikli girişimleri ve muayeneleri planlanmış olarak bekleme listesine eklenmektedirler.

Örneklem

Bu çalışmada, çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde 2005'te triyaj yöntemi kullanılarak ilk değerlendirmesi yapılmış olan 1482 yeni hastanın özellikleri değerlendirilmiştir. Çocuk ve ergenlerin tedavi seçeneklerine yönlendirilme süreci ve poliklinik randevularına devamsızlık oranını etkileyen değişkenler araştırılmıştır. Üç aşamalı triyaj sistemiyle 2005 yılı boyunca değerlendirilen yeni hastaların verileri, 2003'teki 1423 yeni hastanın verileriyle karşılaştırılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Veriler, SPSS 11.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. 2005'te randevusuna devam eden ve etmeyen hastaların cinsiyet oranlarının karşılaştırılmasında; 2003 ve 2005 yıllarındaki randevu devamsızlığı oranlarının karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Yaş ve bekleme süresi gibi sürekli değişkenler t-testi ile karşılaştırılmıştır. 0.05'ten küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinde 2003'te ve 2005'te her ay başvuran yeni hasta sayıları Şekil 2'de yer almaktadır. Aralık ayı, her iki yılda da aylık hasta sayısının en yüksek olduğu aydır.

2005'te triyaj sistemiyle değerlendirilen 1482 yeni hastanın 907'si (%61,2) erkek ve 575'i (%38,8) kızdır. Hastaların yaşları 1-18 aralığında olup, yaş ortalaması 9,2±4,5'tir. Erkeklerin yaş ortalaması (8,6±4,3) kızlardan anlamlı olarak daha küçük bulunmuştur (10,2±4,6) (p<0.001). 2005'te, 1482 hastanın ilk değerlendirmesi sonucunda 347 hastanın (%23,4) çoklu ön tanıya sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların ön tanıları şu şekilde gruplandı:

-Gelişimsel sorunlar (yaygın gelişimsel bozukluklar, zeka geriliği, iletişim bozuklukları, öğrenme bozuklukları, tik bozuklukları, enürezis...): 530 (%35,8)

-Davranışsal sorunlar (yıkıcı davranış bozuklukları, uyum/davranış sorunları, ilişki sorunları...): 507 (%34,2).

-Duygudurum ve anksiyete bozuklukları: 429 (%28,8).

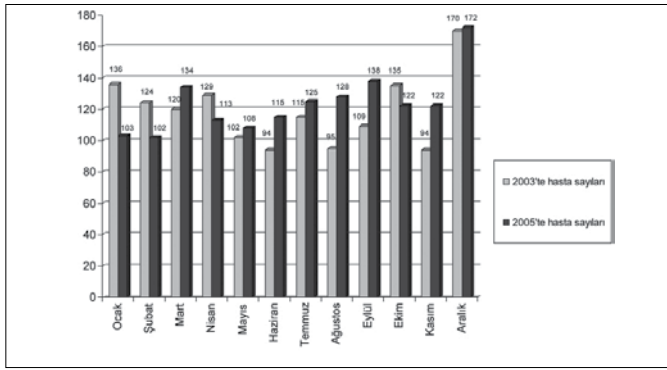
-Gelişimsel dönem sorunları (gelişimsel döneme ilişkin güçlükler, uyku/yeme sorunları, mastürbasyon...): 262 (%17,7).

-Diğer tanımlar (psikoz, cinsel kimlik bozukluğu, ailede eş ilişki sorunları, yaşam olayı sorunları...): 149 (%10,1).

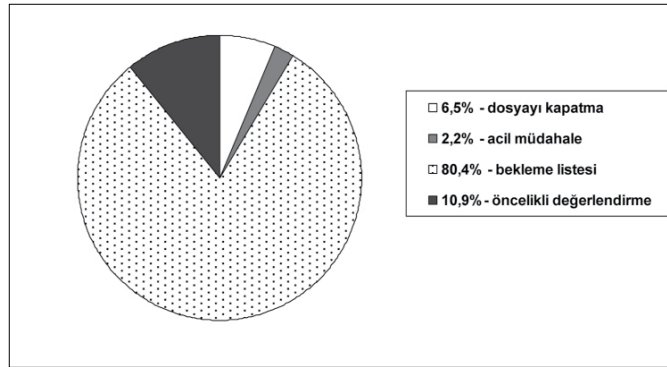
Triyaj ile değerlendirilen 1482 hasta ön tanılarına göre şu şekilde yönlendirildi (Şekil 3):

- Acil müdahale (acile ayırma): 33 hasta (%2,2)
- Öncelikli değerlendirme (bekleme listesinde öncelik): 161 hasta (%10,9)
- Bekleme listesi (bekleme listesinde rutin durum): 1192 hasta (%80,4)
- Dosyayı kapatma (değerlendirmede kapatma): 96 hastanın (%6,5) 64'ünün; (%4,3) dosyası ileri izlem gerektirmediği düşünülerek kapatılmış, 32 (%2,2) hasta ise daha uygun başka bir birime yönlendirilmiştir.

2005'teki triyaj sürecinde, rutin veya öncelikli bekleme listesine alınmış olan 95 hasta, telefonla arandığında verilen randevuyu istememiş veya ulaşamamıştır. Randevu verilen toplam 1291 hastanın 33'ü acil tedavi sonrasında randevu planlanan hastalardır. 1291 hastanın 1084'ü (%84,0) planlanan



Şekil 2. 2003 ve 2005'te her ay başvuran hasta sayıları



Şekil 3. 2005 yılında başvuran 1482 hastanın yönlendirilme biçimleri

randevusuna gelirken, 207'si (%16,0) gelmemiştir. Acil, öncelikli ve rutin hastaların bekleme süresi ortalamaları ve meydanları ve randevu devamsızlığı oranları Tablo 1'de yer almaktadır. Yaklaşık 3 hafta içinde randevu verilmiş olan 193 öncelikli/acil hastanın randevu devamsızlığı oranı rutin hastalarından (sırasıyla %14,5, %16,3; $p=0,603$) anlamlı olarak farklı bulunmamıştır. Randevu almak için 30 haftadan fazla bekleyen sadece 6 hasta vardır. Planlanan randevusuna gelen hastalar, gelmeyen hastalarla yaş, cinsiyet oranı ve bekleme süreleri açısından karşılaştırılmıştır. Randevusuna gelmeyen hastaların ortalama bekleme süreleri (61 ± 60 gün), gelen hastalardan anlamlı olarak daha fazladır (45 ± 52 gün) ($p<0,001$). Randevusuna gelen hastaların yaş ortalaması ($9,4\pm4,3$ yaş) ile gelmeyenlerin yaş ortalaması ($9,4\pm4,6$ yaş) arasında anlamlı fark yoktur ($p=0,966$). Yine, randevusuna gelen gruptaki cinsiyet oranı (%59,6 erkek, %40,4 kız) ile randevusuna gelmeyen gruptaki cinsiyet oranı (%59,1 erkek, %40,9 kız) arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,339$).

Üç aşamalı triyaj sistemi ile önceki hasta yönlendirme yöntemi arasındaki farkı değerlendirmek amacıyla 2005 yılında başvuran yeni hastaların verileri, 2003 yılında başvuran yeni hastalarinkile karşılaştırılmıştır. 2005 yılında başvuran toplam 1482 hastanın 1291'ine (%87); 2003'te başvuran 1423 hastanın 1176'sına (%83) randevu planlanmıştır. Bekleme sürelerinin medyanı 2005'te 26 gün iken, 2003'te 105 gündür. 2005'te görülen hastaların ortalama bekleme süreleri 2003'tekilerden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (48 ± 54 güne karşılık 109 ± 69 gün; $p<0,001$). 2005'teki randevu devamsızlığı oranının, 2003'tekinden anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (%16,0'ya karşılık %30,7; $p<0,001$) (Tablo 1).

Tartışma

Bu çalışmada, 2005'te uygulanmaya başlayan üç aşamalı triyaj yöntemi daha önceki değerlendirme yöntemiyle karşılaştırıldığında, randevu verilen hasta sayıları birbirine yakın bulunmuştur. Basit müdahaleler ile çözülebilecek sorunların ele alınmasıyla bekleme listesinin uzaması önlenmiştir. Çocuk ve ergen psikiyatrisinde randevu devamsızlığı oranları %14-35 olarak bildirilmektedir (7). Lai tarafından yapılan bir araştırmada, triyajın daha acil gereksinimi olan çocukların bekleme sürelerini kısaltmada etkili bir yöntem olduğu ve triyaj ile değerlendirilen 337 hastada devamsızlık oranının %11,1 olduğu bulunmuştur (8). Bu çalışmada, devamsızlık oranı %16 olarak bulunmuştur. Randevuya gelenlerin ve gelmeyenlerin yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımının

Tablo 1. Hastaların randevu için bekleme süreleri ve randevu devamsızlığı oranları

	2005			2003	
	Acil randevular	Öncelikli randevular (n=160)	Rutin randevular (n=1098)	Tüm randevular (n=1291)	Tüm randevular (n=1176)
Randevu devamsızlığı (%)	18,2	13,8	16,3	16,0	30,7
Bekleme süresi					
Medyan (gün)	4	7	32	26	105
Ortalama $\pm$ SS (gün)	6 $\pm$ 6	13 $\pm$ 21	54 $\pm$ 55	48 $\pm$ 54	109 $\pm$ 69
SS: Standart Sapma					

benzer olduğu saptanmıştır, buna karşın gelmeyen hastaların bekleme süreleri gelen hastalardan anlamlı olarak daha uzundur. Üç aşamalı triyaj uygulamasıyla birlikte, 2005 yılında başvuran hastaların randevu devamsızlığı oranında anlamlı azalma olmuştur.

Çocuk ve ergen psikiyatrisinde ilk randevu için uzamış bekleme süresinin, devamsızlığın başlıca nedenleri arasında olduğu bildirilmektedir (7). Bir araştırmada, başvurudan sonraki her gün devamsızlık oranının %1.4 arttığı gösterilmiştir (2). İlk randevu için bir aydan kısa süre beklemenin geçici sorunların kaybolması için çok kısa olduğu düşünülmektedir, ancak 30 haftayı aşan bekleme sürelerini ailelerin beklemek istemedikleri veya bekleyemedikleri bulunmuştur (7). Ortalama 7-8 haftalık bekleme döneminin aileler için kabul edilebilir olabileceği belirtilmektedir (4). Bu çalışmada, 2005 yılındaki ortalama bekleme süresinin 7 hafta civarında olduğu bulunmuştur ve 30 haftadan uzun bekleyen çok az hasta vardır. Randevu verilen "acil" veya "öncelikli" hastaların devamsızlık oranı rutin hastalarından farklı bulunmamıştır. Üç aşamalı triyaj uygulamasıyla birlikte, 2005 yılında başvuran hastaların ilk randevu için bekleme sürelerinde anlamlı azalma olmuştur.

Ülkemizde triyaj daha çok pediatrik acil tıp uygulamalarında gündeme gelen bir uygulamadır (14). Çocuk ve ergen psikiyatrisinde triyaj değerlendirmesinin kullanımına ilişkin yurt dışında araştırmalar (3,4,8,9) bulunmasına karşın, bu çalışma ülkemizde bu alanda yapılmış ilk kapsamlı çalışmadır. Önceliklendirmesinin standart gereçlerle yapılmamış olması ve çalışma bulgularının karşılaştırılabileceği yakın tarihli araştırma verilerinin bulunmaması, bu çalışmanın başlıca kısıtlılıkları arasındadır.

Ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatristlerine artan bir talep olduğundan dolayı, bu çalışmada kullanılan triyaj sistemi psikiyatrik yardıma gereksinim olan, ama "acil" veya "öncelikli" olarak tanımlanmayan hastalar için uzamış bekleme sürelerine yol açabilecek bir yaklaşımdır. Nitekim triyaj uygulamasının sürdüğü sonraki yıllarda, "rutin" olarak tanımlanmış olan hastaların uygun hizmete erişimindeki gecikme giderek artmıştır.

Poliklinikte rutin olarak değerlendirilen hastaların daha kısa süreli tedavi yaklaşımlarıyla hızlı sonlandırılmasına yönelik girişimler halen sürmektedir. Ekim 2008'den itibaren acil başvurularda ve poliklinikteki triyajda önceliklendirmesi daha nesnel hale getirilmeye çalışılmıştır. Bu amaçla, triyaj değerlendirmesinde kullanılan "okul dönemi" ve "ergen" formları yenilenecek 5-18 yaş grubu için tek bir form oluşturulmuştur. Ayrıca, standart bir öncelik belirleme gereci olan Çocuk Ruh Sağlığı Öncelik Ölçütleri'nin (15) uyarlama çalışması, ilgililerden izin alınarak gerçekleştirilmiş ve bu gereç triyajda kullanılmaya başlanmıştır. Halen haftada dört gün erandevu sisteminden randevu alan sekizer hasta poliklinikte triyaj yöntemiyle değerlendirilmektedir.

Yakın tarihli bir araştırmada, bu çalışmanın yapıldığı polikliniğe başvuran hastaların üçte ikiden fazlasında anne ve babaların lise veya üstü eğitilmiş ve ailelerin sağlık güvencesine sahip oldukları saptanmıştır (13). Bu sosyoekonomik özelliklere sahip hasta grubunun geldiği bir üniversite polikliniğindeki triyaj yönteminin, düşük sosyoekonomik gruptan hastalarda veya işleyişi sağlık sistemindeki mali veya idari baskıların etkisiyle şekillenen polikliniklerde uygulanıp uygulanamayacağı, triyajdan ne beklendiğine bağlıdır. Triyaj, bekleme listesini eritmekten çok, bekleme listesini düzenleme işlevine sahip olduğundan, beklenen hizmet kalitesinde iyileşme ise, triyaj bunu sağlayabilir.

Özellikle uzmanlık eğitimi veren kliniklerdeki hizmet kalitesi, yetişen uzmanların yeterliğini etkileyebileceğinden dolayı, eğitim birimlerinde triyaj yönteminin uygulanması önemlidir.

Sonuç olarak bu çalışmada kullanılan üç aşamalı triyaj sistemi, ülkemizdeki hastaların gereksinimlerine ve çalışmanın yapıldığı kliniğin kaynaklarına göre tasarlanmıştır. Bu sistem, artan çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmeti talebini sınırlı kaynaklarla karşılamaya çalışan gelişmekte olan ülkeler için bir model oluşturabilir. Triyaj kullanılarak, talebin uygunluğu ve öncelik düzeyi açısından hastalar sınıflandırılabilir. Kolayca çözülebilecek sorunlar ele alınabilmekte ve gerekli muayene ve konsültasyonlar planlanabilmektedir. Bu çalışmada kullanılan triyaj işlemi, özellikle bir sevk olmadan kendi kararıyla başvuran hastaları yönlendirmede yararlı olabilir. Bu çalışmanın bulguları, üç aşamalı triyaj uygulamasının ilk değerlendirme için bekleme süresini azaltmada ve bekleme döneminde kötüleşebilecek sorunlara erken müdahale fırsatı sağlamada etkili bir yöntem olduğunu ortaya çıkarmıştır. Triyaj sürecinin gözden geçirilerek düzenlenmesinin yanı sıra triyajın ilk randevuya devam oranlarına, hizmet verimliliğine ve hasta memnuniyetine etkilerinin araştırılması, bu yöntemin iyileştirilmesine yardım edebilir.

Kaynaklar

1. Edelsohn GA, Gomez GP. Psychiatric emergencies in adolescents. *Adolesc Med Clin* 2006; 17:183-204.
2. Sherman ML, Barnum DD, Buhman-Wiggs A, Nyberg E. Clinical intake of child and adolescent consumers in a rural community mental health center: does wait-time predict attendance? *Community Ment Health J* 2009; 45:78-84.
3. Jones E, Lucey C, Wadland L. Triage: a waiting list initiative in a child mental health service. *Psychiatr Bull* 2000; 24:57-59.
4. Parkin A, Frake C, Davison I. A triage clinic in a child and adolescent mental health service. *Child Adolesc Mental Health* 2003; 8:177-83.
5. Rawlinson S, Williams R. The primary/secondary care interface in child and adolescent mental health services: the relevance of burden. *Curr Opin Psychiatr* 2000; 13:389-395.
6. Cawthorpe D, Wilkes TC, Rahman A, Smith DH, Conner-Spady B, McGurran JJ, Noseworthy TW. Priority-setting for children's mental health: clinical usefulness and validity of the priority criteria score. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 16:18-26.
7. Foreman DM, Hanna M. How long can a waiting list be? The impact of waiting time on intention to attend child and adolescent psychiatric clinics. *Psychiatr Bull* 2000; 24:211-213.
8. Lai KYC. The Establishment of a Triage System in a Child and Adolescent Psychiatry Clinic in Hong Kong. *Child Adolesc Mental Health* 2006; 11:204-207.
9. Ayliffe L, Lagace C, Muldoon P. The use of mental health triage assessment tool in a busy Canadian tertiary care children's hospital. *J Emerg Nurs* 2005; 31:161-165.
10. Psikoloji Sözlüğü. <http://www.termbank.net/psychology/7254.html> (Erişim tarihi: 05.10.2012)
11. Türkiye İstatistik Yıllığı, 2004. Nüfus (s:23-53) http://www.investinkonya.org.tr/pdf/yillik_2004.pdf (Erişim tarihi: 21.08.2012).
12. Waddell C, Offord DR, Shepherd CA, Hua JM, McEwan K. Child psychiatric epidemiology and Canadian public policy-making: the state of the science and the art of the possible. *Can J Psychiatry* 2002; 47:825-832.
13. Aras S, Varol Tas F, Unlu G. Medication prescribing practices in a child and adolescent psychiatry outpatient clinic. *Child Care Health Dev* 2007; 33:482-490.
14. Türkiye'de ve Dünya'da Çocuk Acil Tıp Hizmetleri: Mevcut Durum ve Öneriler. Çocuk Acil Tıp ve Yoğun Bakım Derneği. İstanbul, 2008. s.7-8.
15. Western Canada Wait List Project. Child Mental Health Priority Rating Tool User Manual. http://www.wcwl.ca/media/pdf/library/CMH_current_tool.pdf (Erişim tarihi: 06.10.2012).