



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ KLİNİKLERİNDE YATIŞ VE KALIŞ UYGUNLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice SARIKAYA

**SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Doç. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

2010- ANKARA

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ GENEL
CERRAHİ KLİNİKLERİNDE YATIŞ VE KALIŞ
UYGUNLUĞUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hatice SARIKAYA

**SAĞLIK KURUMLARI YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

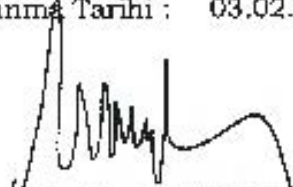
DANIŞMAN

Doç. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU

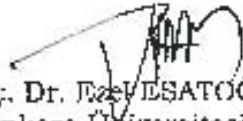
2010- ANKARA

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Kurumları Yönetimi Yüksek Lisans Programı
Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

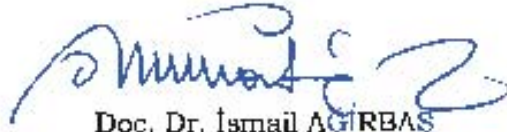
Tez Savunma Tarihi : 03.02.2010



Prof. Dr. Cesim DEMİR
G.A.T.A. Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Araştırma Geliştirme Merkezi, S.H.Y. Bilim Dalı
Jüri Başkanı



Doç. Dr. Ezel ESATOĞLU
Ankara Üniversitesi
(Danışman)



Doç. Dr. İsmail AĞIRBAŞ
Ankara Üniversitesi



Yrd. Doç. Dr. Ömer R. ÖNDER
Ankara Üniversitesi



Yrd. Doç. Dr. Yasemin AKBULUT
Ankara Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	v
Kısaltmalar	vi
Şekiller	viii
Çizelgeler	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Kullanım Yönetimi Kavramı	6
1.1.1. Kullanım Yönetiminin Tanımı	6
1.1.2. Kullanım Yönetiminin Tarihsel Gelişimi	9
1.1.2.1. Amerika Birleşik Devletleri'nde Kullanım Yönetimi	11
1.1.2.2. Kanada ve Avrupa'da Kullanım Yönetimi	15
1.2. Kullanım Yönetimi Süreci ve Kullanım İncelemesi	16
1.2.1. İleriye Dönük Kullanım İncelemesi	20
1.2.2. Eşzamanlı Kullanım İncelemesi	24
1.2.3. Geriye Dönük Kullanım İncelemesi	25
1.3. Kullanım Yönetiminin Yararları	27
1.4. Hastane Hizmetlerinde Kullanım Uygunluğu	30
1.5. Uygun Olmayan Kullanımı Belirleme Yöntemleri	36
1.5.1. Kapalı Kriterlerin Kullanıldığı Yöntemler	36
1.5.2. Açık Kriterlerin Kullanıldığı Yöntemler	37
1.5.2.1. Uygunluk Değerlendirme Protokolü	38
1.5.2.2. Hizmetin Yoğunluğu, Hastalığın Şiddeti ve Taburcu Taramaları	40
1.5.2.3. Yönetimli Bakım Uygunluk Protokolü	41
1.5.3. Diğer Yöntemler	41
1.6. Uygun Olmayan Kullanımın Nedenleri	43
1.7. Uygun Olmayan Kullanım Düzeyi	45

2. GEREÇ VE YÖNTEM	48
2.1. Araştırmanın Amacı	48
2.2. Araştırmanın Önemi	48
2.3. Araştırmanın Türü	49
2.4. Hipotezler	49
2.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer	53
2.6. Evren ve Örneklem	55
2.7. Varsayımlar	58
2.8. Sınırlılıklar	58
2.9. Veri Toplama Aracı	59
2.10. Verilerin Analizi	61
3. BULGULAR	63
4. TARTIŞMA	117
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	141
5.1. Sonuçlar	141
5.2. Öneriler	152
ÖZET	156
SUMMARY	157
KAYNAKLAR	158
EKLER	166
Ek - 1 Veri Toplama Aracı	167
Ek - 2 Araştırma İçin Gerekli İzin Belgeleri	173
ÖZGEÇMİŞ	175

ÖNSÖZ

Sağlıklı yaşam, anayasa ile güvence altına alınmış temel insan haklarından biri olmakla birlikte, günümüzde kalkınma kavramının ilişkilendirildiği ana göstergeler arasında yer almaktadır. Buna paralel olarak, tüm ülke sağlık sistemlerinin temel amacı; herkese “yeterli ölçü ve kalitede, ulaşılabilir nitelikte” sağlık hizmeti sunmaktır. Buna karşın, sağlık hizmetlerinde sonsuz beklentiler ve sınırlı kaynaklar söz konusu olduğundan, sınırlı kaynakların etkili ve verimli kullanımının önemi, göz ardı edilemez bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlığa ayrılan sınırlı kaynakların çok önemli bir bölümünün hastaneler için kullanılıyor olması, sağlık ve hastane yöneticilerinin, kullanım değerlendirme faaliyetleri, gereksiz kullanıma yönelik politika ve program geliştirmeleri, hizmet sunumunda standardizasyon konularına yönelmeleri bakımından son derece önemlidir. Sağlık ve hastane yöneticilerinin, hizmet kalitesinden ödün vermeden gereksiz kaynak kullanımını engelleyerek, etkili ve verimli kaynak kullanımını sağlamaları gerekmektedir. Bu amacın gerçekleştirilmesinde, hastane hizmetlerinde kullanım değerlendirme ve uygun olmayan kullanımı önleme faaliyetleri hayati önem taşımaktadır. Yapılan bu araştırma ile hastaneye yatış ve hastanede kalış günlerinin uygunluğunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Tez çalışması süresince, benden yardımlarını ve desteğini esirgemeyen değerli danışmanım Sayın Doç. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU’na, veri toplama aşamasındaki sonsuz destek ve yardımlarından dolayı değerli arkadaşım Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhemşire Yardımcısı Merva SÖKMEN’e ve tüm hayatım boyunca sevgi ve desteğini benden esirgemeyen sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AEAH	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
AEP	Appropriateness Evaluation Protocol (Uygunluk Değerlendirme Protokolü)
DRG	Diagnosis Related Groups (Tanı İlişkili Gruplar)
GSMH	Gayri Safi Milli Hâsıla
HMO	Health Maintenance Organization (Sağlığı Sürdürme Örgütü)
HRA	Health Risk Appraisals (Sağlık Risk Değerlemesi)
ICD	International Classification of Diseases (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)
IOM	Institute of Medicine (ABD Tıp Enstitüsü)
ISD	Intensity of Service, Severity of Illness and Discharge Screens (Hizmetin Yoğunluğu, Hastalığın Şiddeti ve Taburcu Taramaları)
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu)
MCAP	Managed Care Appropriateness Protocol (Yönetimli Bakım Uygunluk Protokolü)
MCO	Managed Care Organization (Yönetimli Bakım Örgütü)

NZHTA	New Zealand Health Technology Assessment (Yeni Zelanda Sağlık Teknoloji Değerlendirme Kurumu)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
OYS	Ortalama Yatış Süresi
PAEP	Paediatric Appropriateness Evaluation Protocol (Pediatrik Uygunluk Değerlendirme Protokolü)
PPO	Preferred Provider Organization (Tercihli Hizmet Örgütü)
PPS	Prospective Payment System (İleriye Yönelik Ödeme Sistemi)
PRO	Peer Review Organizations (Meslektaş İnceleme Örgütü)
PSRO	Professional Standards Review Organization (Mesleki Standartları İnceleme Örgütü)
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu

ŞEKİLLER

Şekil 1.1.	Kullanım Yönetimi Bileşenleri	8
Şekil 1.2.	Kullanım Yönetimi Süreci	17
Şekil 1.3.	Hastane Hizmetlerine Duyulan İhtiyaç ve Alınan Hizmetler Arasındaki İlişki	34
Şekil 3.1.	Araştırma Grubunun Hastaneye Yatış ve Hastanede Kalış Günü Uygunluğu	74

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1.	Kullanım Yönetimi ile İlgili Yapılan Temel Araştırma Bulguları	10
Çizelge 1.2.	Çeşitli Ülkelerde, Uygun Olmayan Yatışların ve Uygun Olmayan Hasta Günlerinin Yüzdesi	45
Çizelge 2.3.	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Toplam Poliklinik ve Toplam Yatan Hasta Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı	54
Çizelge 2.4.	Cerrahi Kliniklerde Aylara ve Kliniklere Göre Yatan Hasta Sayıları	55
Çizelge 2.5.	Cerrahi Kliniklerde Aylara ve Kliniklere Göre Örnekleme Alınan Hasta Sayıları	57
Çizelge 3.1.	Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Toplam Hasta Günü ve Ortalama Yatış Sürelerinin Dağılımı	65
Çizelge 3.2.	Araştırma Grubunun Klinik Özelliklerine Göre Toplam Hasta Günü ve Ortalama Yatış Sürelerinin Dağılımı	69
Çizelge 3.3.	Araştırma Grubunun Yatış Uygunluğu Kriteri Karşılama Sayısına Göre Dağılımı	70
Çizelge 3.4.	Araştırma Grubunun Yatış Uygunluğu Kriterlerine Göre Dağılımı	72
Çizelge 3.5.	Araştırma Grubunun Yatış Uygunluğuna Göre Ortalama Yatış Sürelerinin Dağılımı	72
Çizelge 3.6.	Araştırma Grubunun Kalış Günü Uygunluğuna Göre Ortalama Kalış Sürelerinin Dağılımı	75
Çizelge 3.7.	Araştırma Grubunun Yatış Uygunluğuna Göre; Kalış Günü Uygunluğunun Dağılımı	76

Çizelge 3.8.	Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yatış Uygunluğu Yönünden Değerlendirilmesi	79
Çizelge 3.9.	Araştırma Grubunun Klinik Özelliklerine Göre Yatış Uygunluğu Yönünden Değerlendirilmesi	83
Çizelge 3.10.	Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Ortalama Uygun ve Uygun Olmayan Kalış Günlerinin Dağılımı	88
Çizelge 3.11.	Araştırma Grubunun Klinik Özelliklerine Göre Ortalama Uygun ve Uygun Olmayan Kalış Günlerinin Dağılımı	94
Çizelge 3.12.	Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kalış Uygunluğu Yönünden Değerlendirilmesi	98
Çizelge 3.13.	Araştırma Grubunun Klinik Özelliklerine Göre Kalış Uygunluğu Yönünden Değerlendirilmesi	102
Çizelge 3.14.	Araştırma Grubunun Kalış Uygunluğu Kriterlerini Karşılama Durumu	104
Çizelge 3.15.	Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Uygun Olmayan Yatış Açısından Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	108
Çizelge 3.16.	Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Uygun Olmayan Yatış Açısından Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	110
Çizelge 3.17.	Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Uygun Olmayan Kalış Günü Açısından Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	114
Çizelge 3.18.	Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre Uygun Olmayan Kalış Günü Açısından Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Bulguları	116

1. GİRİŞ

Tüm ülkelerin nihai amacı olan ve “kişi başına düşen milli gelir, sanayileşme, istihdam düzeyi, altyapı, beslenme, temel mal ve hizmetlerin tüketim düzeyi, eğitim ve sağlık düzeyi gibi” birçok sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasal göstergelerin bileşkesi olarak açıklanabilen “kalkınma” kavramı, artık neredeyse sadece eğitim ve sağlık göstergeleri ile ilişkilendirilmektedir. Ülkelerin sağlık ve eğitim göstergeleri ile özdeşleşmiş olan yeni kalkınma anlayışına göre; eğitim ve sağlık düzeyi yüksek ülkeler, kalkınmış birer toplum olarak kabul edilmektedir (Tokat, 2007, s.:380). Günümüzde sağlık, ekonomik gelişmenin bir aracı olarak nitelendirilmektedir. Bu görüşe göre; sağlığa ayrılan kaynakların artırılması, ekonomik gelişmeyi de beraberinde getirecektir. Her iki durum, sağlık sektörünün toplum yaşamındaki sosyo-ekonomik önemini, başka bir kanıtı gerek duymaksızın açıklamaya yetmektedir (Çelik, 2006, s.:26).

Toplumun sağlık sorunlarını en iyi şekilde çözebilmeyi, izlenmesi gereken öncelikli politikalardan biri olarak benimsemiş ülkeler, toplum ihtiyacını en iyi biçimde karşılamak üzere, yeterli sağlık hizmeti üretmek ve bunu tüm topluma eşit olarak sunabilmek için çeşitli önlemler almış ve birtakım uygulamalar geliştirmişlerdir. Toplumun sağlık sorunlarının çözülmesi, sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve dolayısıyla kalkınmış bir ülke olabilmek için, öncelikle herkese “yeterli ölçü ve kalitede, ulaşılabilir nitelikte” sağlık hizmeti sunulması ve buna uygun bir sağlık sisteminin kurulması gerektiği belirtilmektedir (Sarıkaya ve Şahan, 2008, s.:306).

Sağlık sektörünün toplumsal öneminin tartışılmaz olmasına karşın, gelişmiş ülkelerde bile sağlığa ayrılan kaynakların sınırlı olduğu bilinmektedir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD) verilerine göre; 2005 yılında, toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) içindeki oranı; Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) % 15,3; İsviçre’de % 11,6; Fransa’da % 11,1; Almanya’da % 10,7; İngiltere’de % 8,3 ve Türkiye’de % 7,6’dır (OECD, 2007, p.:8-9). Türkiye’de sağlık

harcamalarının GSMH içindeki payı, 1985 yılında OECD ortalamasının üçte biri civarında olup % 2,2 şeklindeyken, 2006 yılında OECD ortalamasının üçte ikisine yaklaşarak % 5,6 olmuştur (OECD ve World Bank, 2008, s.:54).

Günümüzde sağlık hizmetleri, yükselen maliyetler, artan talep ve hastaların mükemmel sağlık hizmeti beklentisiyle karşı karşıyadır (Dempsey, 2000, p.:95). En zengin ülkelerde dahi, bireye yararlı olabilecek tüm tıbbi hizmetler, sınırlı kaynaklar ve sonsuz istekler nedeniyle gereksinim duyulan herkese sunulamamaktadır (Aşçıoğlu Akhan, 1998, s.:3). Sağlık sektörüne ayrılabilen kaynakların sınırlı olması nedeniyle, sağlığın, hastalıkların ve zamansız ölümlerin ekonomik boyutunun daha da önem kazanmakta olduğu, ekonomik kalkınma ve büyümedeki durgunluk ya da yavaşlığın, sağlık sektörünün finansmanındaki sorunları artırdığı belirtilmektedir (Beyhun ve Çilingiroğlu, 2004, s.:387).

Sağlık sistemlerinin organizasyonu ve finansman yöntemleri bakımından ülkelerarası farklılıklar bulunmasına karşın, sistem yapılanmasının ortaya çıkardığı “yüksek maliyetler” tüm sağlık sistemlerinin ortak sorunu olmuştur (Tokat, 2007, s.:381). Özellikle pahalı tıbbi teknolojinin hızla gelişmesi ve yaygınlaşması, artan sağlık hizmetleri talebi, nüfusun yaşlanması ve sağlık hizmetlerinin kendine özgü özellikleri gibi birtakım faktörler, sağlık sektöründe hızlı bir değişim yaratmış, tüm ülkelerde sağlık harcamalarının hızla artmasına neden olmuştur. Sağlık harcamalarının artışı sonucu ortaya çıkan kaynak sorunu, tüm ülkeleri, sağlık harcamalarının kısılması ve kaynakların daha etkili ve verimli kullanılması için sağlık sistemleri üzerinde köklü önlemler almaya zorlamıştır. Sağlık sektöründe kaynakların büyük bölümünün hastaneler için kullanılıyor olması nedeniyle; maliyetleri azaltmak için; öncelikle hastanede gereksiz ve uzamış yatış süresi önlenmeye çalışılmaktadır (Sangha et al., 2002, p.:483).

Ulaşılabilirlik ve verimliliğe zarar vermeksizin sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamanın, artan ve daimi bir uğraş olduğu belirtilmektedir. Sağlık harcamalarını azaltmak için önerilen stratejilerden bazılarının, mevcut kaynak kullanımını optimize ederek, olabildiğince destek düzeyde hizmet sunumunu içerdiği

belirlenmektedir (Tamames et al., 2007). Kaya (2003, s.:37), Türkiye'nin sağlık harcamalarının gelişmiş ülkelere kıyasla düşük olduğunu, ancak sağlığa ayrılan sınırlı kaynakların verimli kullanımının gelişmiş ülkelerdeki kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır. Sağlık harcamalarının artmaya devam etmesi, politika yapıcıların ve hastane yöneticilerinin, özellikle hastanelerde sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını azaltmaya odaklanmasını sağlamıştır (Epstein et al., 2001, p.:44; Navarro et al., 2001, p.:679; Murray ve Henriques, 2003, p.:512; Hwang, 2007, p.:655).

Modern sağlık sistemlerinin en önemli alt bileşeni olan hastanelerin, toplam sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü tüketen sosyoekonomik kuruluşlar olduğu ifade edilmektedir (Toraman ve ark., 1999, s.:171; Panis et al., 2003, p.:57). Tüm gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de, sağlık sektörüne ayrılan sınırlı kaynakların yaklaşık olarak yarısı hastaneler için harcanmaktadır. Bu harcamaların % 70-80'lik kısmında, yaptıkları uygulamalar ve verdikleri kararlar ile hekimlerin etkili olduğu belirtilmektedir (Şahin, 2004, s.:205; Teke et al., 2004, p.:653; Teke ve ark., 2005, s.:239; Dizdar et al., 2007, p.:407).

Hastaneler, sağlık hizmetlerinde maliyetlerin hızla artması karşısında, başta sigorta şirketleri ya da sosyal güvenlik kuruluşları gibi ödeme yapan kurumların ve işverenlerin baskısıyla, maliyetleri düşürmeye, verimliliği artırmaya, gereksiz kullanımı azaltmaya ve birbirleriyle rekabet etmeye zorlanmışlardır. Bu durumun sağlık hizmetlerinde kullanım yönetimini, daha önemli hale getirdiği vurgulanmaktadır (Teke, 2000, s.:3; Kavuncubaşı, 2000, s.:358; Demir et al., 2002, p.:817).

Sağlık sektöründe kaynak sorunu ve hastane harcamalarının toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir yere sahip olması, hastane hizmetlerine yapılan gereksiz harcamaların önemini açıkça ortaya koymaktadır. Gereksiz hastane kullanımı ve harcamalarının önlenmesi için geliştirilen stratejilerden birisi; kullanım incelemesine dayalı kullanım yönetimidir (Kaya ve ark., 2002, s.:136). Kullanım yönetiminin, hızla artan sağlık bakım maliyetlerini kontrol etmekle birlikte, klinik

uygunluk ve medikal gereklilik esasına dayanan sağlık bakımını garantilemek için geliştirildiği belirtilmektedir (Wickizer, 1995, p.:383; Wickizer et al., 2004, p.:198).

Kullanım inceleme ve kullanım yönetimi programlarının amacının; gereksinim duyulan hizmetlerin kullanılabilirliğini sürdürürken, sağlık bakım sürecinin verimliliğinin, bakımın yeri, süresi ve sıklığı ile ilgili verilen kararların uygunluğunun değerlendirilmesi yoluyla, gereksiz ya da uygun olmayan hastane kullanımını belirlemek ve azaltmak olduğu bildirilmiştir (Kaya, 1998, s.:312). Hastanelerde kaynak kullanımının değerlendirilmesi, belirlenen örgütsel sorunları gidermeye odaklanmak için gerekli faaliyetlerin düzenlenmesini mümkün kılmaktadır (Sanchez-Garcia et al., 2008, p.:307;).

Uygun olmayan hastane kullanımını belirlemek ve bunu önlemek amacıyla geliştirilen yöntemler, son 20 yıldır ABD’de özellikle hastaneye yatış alanında uygulanmaktadır (Aşçıoğlu ve Ünal, 2006, s.:94). Uygun olmayan bakım ya da hastane yatışı gibi bakım türlerinin fazla kullanımı, Avrupa’da da son yıllarda önem kazanan bir konu olmuştur. Uygun olmayan hastane günlerinin analiz edilmesi, alternatif ya da ek bakım tesislerinin yokluğu veya işlevsel olmayan hastane organizasyonları ile ilişkili olması nedeniyle, daha da önemli hale gelmektedir. Maliyet konusuna ek olarak, gereksiz bir şekilde uzamış hastanede kalış süresinin, bakım kalitesini olumsuz etkilediği ve hastaları iatrojenik hastalıklar gibi bazı komplikasyonlarla karşı karşıya bıraktığı belirtilmektedir (Epstein et al., 2001, p.:44; Carey et al., 2005, p.:108; Guile et al., 2009, p.:198).

Louis ve arkadaşları (2008, p.:202), hastanelerin uygun kullanımının, sağlık bakım maliyetlerini kontrol etmekte önemli olduğunu ve uygun olmayan hastane yatışlarının azaltılması yoluyla medikal bakım çıktılarının geliştirilebileceğini vurgulamaktadır. Soria-Aledo ve arkadaşları (2009, p.:321), uygun olmayan yatış ve hastane kalış günlerinin azaltılmasının iki temel hedefi olduğunu belirtmektedir. Bunlardan ilki; uygun olmayan işlemleri, iatrojenik hastalıkları ve hastane enfeksiyonlarını azaltarak bakımın kalitesini geliştirmektir. İkinci hedef ise; hastane

bakımını gerçekten gereksinimi olan bireylere sunarak, bakımın ulaşılabilirliğini sağlamaktır.

Tüm ülkelerde olduğu gibi, Türkiye’de de uygun olmayan hastane kullanımı önemli bir konudur. Sağlık hizmetlerinde talep artışı, nüfusun yaşlanması ile buna paralel olarak artan kronik hastalıklar ve bakım gereksinimi, küresel sağlık sorunları gibi birçok faktör hastane hizmetlerinin kullanımını doğrudan etkilemektedir. Mevcut kıt kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılması, hastane ve sağlık yöneticilerinin temel sorumlulukları arasında bulunmaktadır. Uygun olmayan yatış ve hastanede kalış günleri, kaynakların gereksiz kullanımının yarattığı maliyet ile birlikte, hasta açısından da birçok riski (iatrojenik hastalıklar, hastane enfeksiyonu vb.) beraberinde getirmektedir. Hastane yöneticilerinin, kullanım incelemesi yoluyla kaynak kullanımını değerlendirmeleri, belirlenen sorunlara karşı strateji geliştirmeleri ve iyileştirme faaliyetleri başlatmaları; bakım kalitesi, etkili ve verimli kaynak kullanımı sağlanması açısından önemlidir.

Yapılan literatür taramasında, uygun olmayan hastane kullanımı konusunda Türkiye’de yapılmış az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniklerinde yatan hastaların, yatış ve hastanede kalış günlerinin uygunluğunu değerlendirmek ve buna etki eden değişkenleri belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

Araştırmanın ilk bölümünde; kullanım yönetimi kavramı, kullanım yönetimi süreci, kullanım uygunluğu, uygun olmayan kullanımı belirleme yöntemleri, uygun olmayan kullanımın nedenleri ve kullanım yönetiminin yararları hakkında genel bilgiler verilmiştir. Gereç ve yöntem bölümünde; araştırmanın amacı, önemi, veri toplama aracı, araştırmanın yöntemi, araştırma yapılan yer tanıtılmıştır. Bulgular kısmında; yatış uygunluğu ve kalış uygunluğu oranları ile buna etki eden faktörlere ait sonuçlar verilmiştir. Tartışma bölümünde; elde edilen bulgular literatür bilgileriyle karşılaştırılmış, sonuç ve öneriler bölümünde; elde edilen sonuçlar ve bu doğrultuda oluşturulan önerilere yer verilmiştir.

1.1. Kullanım Yönetimi Kavramı

ABD’de yaygın olarak kullanılan kullanım yönetimi, son yıllarda Avrupa’da da önem kazanan bir konu olmuştur. Sağlık sektöründe yaşanan hızlı değişim (teknolojik ilerlemeler, artan sağlık hizmetleri talebi, demografik değişiklikler vb.), sağlığa ayrılan sınırlı kaynaklar ve sağlık bakım maliyetlerinin hızla artması, zamanla tüm dikkatlerin sağlık sektörü üzerine toplanmasını sağlamıştır (Kavuncubaşı, 2000, s.:358). Tüm ülkelerde, sağlığa ayrılan sınırlı kaynakların neredeyse yarısının hastaneler için kullanılıyor olması, hastanelerde etkili ve verimli kaynak kullanımının önemini açıkça ortaya koymaktadır. Etkili ve verimli kaynak kullanımını amaçlayan stratejilerinden biri olan kullanım yönetimi, tüm ülkeler için önemle üzerinde durulması gereken bir konudur (Teke, 2000, s.:2). Konunun daha iyi anlaşılabilmesi için, bu bölümde kullanım yönetiminin tanımına ve tarihsel gelişimine yer verilmiştir.

1.1.1. Kullanım Yönetiminin Tanımı

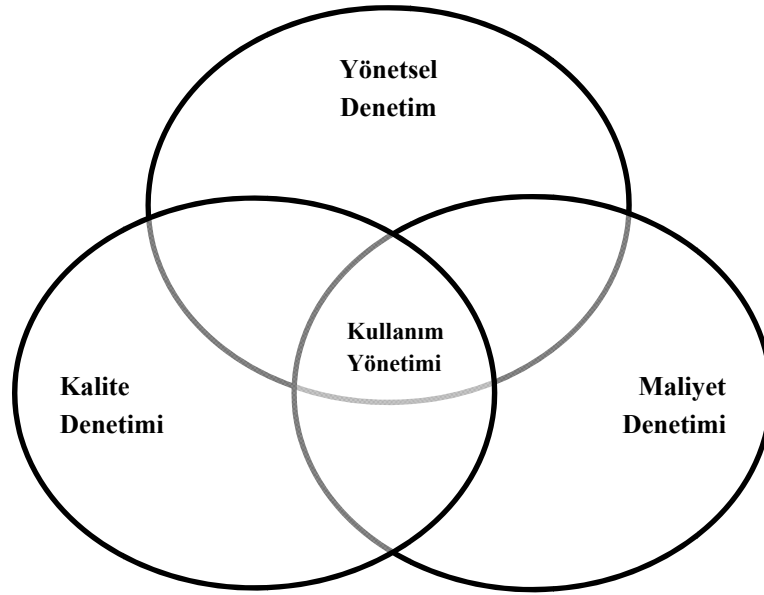
Kullanım yönetimi iki aşamalı bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bunlardan birincisi; önceden belirlenen ve üzerinde anlaşılan standart ya da kriterler aracılığıyla, kaynak kullanımının değerlendirildiği kullanım inceleme aşamasıdır. İkinci aşama ise; kaynak kullanım verimliliğinde belirlenen yetersizliğe karşı program, politika ve strateji geliştirmeyi içerir (Kavuncubaşı, 2000, s.:360; Kaya, 2003, s.:29). Kullanım yönetiminin, yalnızca verilerin incelenmesini ya da analizini değil, uygun görülmeyen kullanım modellerini uygun hale getirmek için faaliyetlerde bulunmayı da içerdiği belirtilmektedir (Kaya, 2003, s.:29).

ABD Tıp Enstitüsü (Institute of Medicine-IOM), kullanım yönetimini, uygunluğun önceden değerlendirilmesi ve bakım kararının etkilenmesi yoluyla, sağlık hizmeti tedarikçilerinin sağlık bakım maliyetlerini yönetmek için kullandığı bir dizi teknik olarak tanımlamaktadır (Aktaran: Koike et al., 2000, p.:621). Milstein (1997, p.:87) kullanım yönetimini, “sağlık bakım hizmetlerinin ekonomik yanını

geliştirmek amacıyla, hekim/hasta ilişkisinin dışında meydana gelen müdahaleler” olarak tanımlamıştır. Milstein’in tanımı, kullanım yönetiminin iki önemli özelliğini ortaya koymaktadır. Bunlardan ilki; kullanım yönetimi sürecinde, hekim/hasta üzerinde dışarıdan gelen bir etki bulunmaktadır. İkinci özellik ise; kullanım yönetimi, ödeme yapan kurumlar için sağlık bakım maliyetlerinin sınırlandırılması üzerine odaklandırılmıştır.

Kavuncubaşı (2000, s.:359), kullanım yönetimini, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sunulması için, kalite denetimi, maliyet denetimi ve yönetsel denetimi içeren faaliyetler bütünü olarak tanımlamıştır. Hem kaliteli hem de maliyet etkili hizmet sunmayı amaçlayan sağlık kurumlarında, kullanım incelemesi ve kalite güvencesi faaliyetlerinin uyumlu bir şekilde bir arada yürütülmesi yaşamsal öneme sahiptir. Kullanım yönetiminin, kalite güvencesi ve kullanım değerlendirme faaliyetlerinin eşgüdümlemesinde katalizör görevi yaptığı, maliyetlerin kontrol altına alınmasında önemli bir rol oynadığı ve sağlık kurumları yöneticilerinin tıbbi bakım süreci ve sonuçlarında daha fazla denetleyici rol oynamasına yardımcı olduğu belirtilmektedir (Kavuncubaşı, 2000, s.:359; Esatoğlu, 2007, s.:390).

Kavuncubaşı’na (2000, s.:359) göre; kullanım yönetimi üç faktörün bileşiminden oluşmaktadır. Bu faktörler; kalite denetimi, maliyet denetimi ve yönetsel denetimdir (Şekil 1.1). Morgan (1996, p.:53), kullanım yönetiminin, hasta bakımına ayrılan kaynakları ölçmek ve değerlendirmek için, hastaneler ve yönetimli bakım (Managed Care Organizations-MCOs) örgütleri tarafından kullanılan kritik bir süreç olduğunu belirtmektedir. Kullanım yönetimi, hastane hizmetlerinin sunumunda etkililik ve verimliliği artırmak amacıyla, ödeme yapan kurumların hastaneleri/hekimleri ya da hastane yöneticilerinin hekimleri etkilemek için yaptıkları faaliyetler olarak da tanımlanabilmektedir (Smeets et al., 2000, p.:483).



Şekil 1.1. Kullanım Yönetimi Bileşenleri

Aktaran: Kavuncubaşı, 2000, s.:360, Kaynak: Connor, Mack, Handelman, 1983.

Kullanım yönetimi, genellikle maliyet sınırlamayı amaç edinmekle birlikte, sağlık harcamalarını etkilemek için tasarlanmış geniş bir dizi tekniği temsil etmektedir. Kullanım yönetimi bir maliyet sınırlama yaklaşımı olarak son 20 yıldır kabul görmüş ve ABD sağlık sisteminin önemli bir parçası olmuştur. Yönetimli bakım planlarının, kamu ve özel ödeme yapanların, sigorta şirketleri ve hastanelerin, sağlık hizmetlerinin kullanımını kontrol etmek ve maliyetleri sınırlamak için, kullanım yönetimini kullanmakta olduğu ifade edilmektedir (Wickizer ve Lessler, 2002, p.:233-234).

Kullanım yönetiminde en önemli adım; kullanım incelemesi sürecinde toplanan bilginin, hastaların daha kaliteli ve maliyet etkili sağlık bakımı almalarını sağlayacak şekilde (hastane yerine evde bakım hizmetleri gibi) sağlık bakım hizmeti uygulamaları ve politikalarını iyileştirmeyi hedefleyen fırsatları belirlemek için kullanılmasıdır (Kaya, 1998, s.:311, Teke, 2000, s.:4). Kullanım yönetiminin başarısı, yeni program, politika ya da stratejiler oluşturmak için, kullanımı inceleyenler ile yönetim ya da klinik personel arasında etkili bir iletişim sağlanmasıyla ilişkilendirilmektedir (Künver Kenar, 2007, s.:6).

Kullanım yönetimi özellikle “kullanım incelemesi” (Utilization Review) kavramı ile sıklıkla karıştırılmaktadır. Kullanım yönetimi, kullanım incelemesi temeline dayanan kapsamlı bir süreçtir. Kullanım incelemesi, kullanım yönetiminin ilk aşamasıdır ve “tıbbi tedavi ve diğer hizmetlerin, prosedür ve olanakların, önceden belirlenen ölçütlere göre değerlendirilmesi” olarak tanımlanabilmektedir (Kavuncubaşı, 2000, s.:359).

Kullanım incelemesi, önceden belirlenmiş ölçütler ya da uzman görüşü yoluyla, hastanın tıbbi kayıtlarının incelenmesi olarak tanımlanmıştır. Kullanım incelemesinde amaç; sağlık bakım sürecinin verimliliğinin, bakımın yeri, süresi ve sıklığı ile ilgili verilen kararların uygunluğunun değerlendirilmesidir (Teke, 2000, s.:3; Kaya, 2003, s.:28). Kullanım incelemesinin, gereksiz ya da uygun olmayan tıbbi bakımı azaltarak sağlık bakım maliyetlerine odaklanmayı amaçladığı belirtilmektedir (Darmody et al., 2007, p.:239).

Sağlık hizmetlerinde, ödeme yapan kurum ve hastaneler arasındaki geleneksel ilişki sürecinde hizmet sunumu ile ilgili kararlar sigortalı birey ve hekim tarafından verilir. Kullanım yönetimi süreci, bu geleneksel ilişkide köklü bir değişimi temsil etmektedir. Kullanım yönetiminde ödemeyi yapan kurum ya da hastane, hizmet sunumunun programlanmasını, hizmet sunulacak yerin belirlenmesini ve hizmet sunum sürecini doğrudan etkileyen aktif bir katılımcıdır (Künver Kenar, 2007, s.:6).

1.1.2. Kullanım Yönetiminin Tarihsel Gelişimi

Sağlık sektöründe rekabetin ve maliyetlerin hızla artması, sigorta kurumları, işverenler, devlet ve diğer grupların maliyetleri kontrol altında tutmak amacıyla kaliteli ve verimli sağlık hizmeti açısından sağlık hizmeti sunan kurumlara baskı yapması, sağlık kurumlarında “kullanım yönetimi” kavramını ön plana çıkarmıştır. Hizmet kullanımı ve kalitesi ile ilgili yapılan çeşitli araştırmalar da, diğer faktörlerle birlikte kullanım yönetiminin gerekliliğini ortaya çıkarmış, kullanım yönetimi kavramı giderek önem kazanmıştır (Kavuncubaşı, 2000, s.:358).

Kullanım yönetimi ile ilgili, 1960'lı ve 1970'li yıllarda yapılan temel araştırmalardan bazıları ve elde edilen sonuçlar Çizelge 1.1'de verilmiştir. Yapılan araştırmaların temel bulgularında, hastane hizmetlerinin fazla ya da yetersiz kullanımının söz konusu olduğu, hastanelerde kaliteli ve verimli hizmet sunumu açısından yetersizlikler olduğu belirtilmektedir. Örneğin; Van Dyke tarafından yapılan araştırmada, yatış süresi uzun hastaların % 40'ının hastane düzeyinde bakıma gereksinimi olmadığı sonucuna varılmıştır. Brook tarafından yapılan araştırmada ise; poliklinik hastalarına uygulanan antibiyotik tedavilerinin % 25-40 oranında gereksiz olduğu vurgulanmıştır. Yetersiz kullanıma örnek olarak Huntly tarafından yapılan araştırma bulgusuna yer verilmiştir. Araştırmada, bir eğitim hastanesinin polikliniklerinden yararlanan hastaların % 15'ine gerekli tetkiklerin yapılmadığı ve hastaların % 22'sine doğru tanı konulamadığı belirtilmiştir (Aktaran: Kavuncubaşı, 2000, s.:358).

Çizelge 1.1. Kullanım Yönetimi ile İlgili Yapılan Temel Araştırma Bulguları

Araştırmacılar	Temel Araştırma Bulguları
Van Dyke (1963)	Genel hastanelerde uzun süre yatan hastaların % 40'ının hastane bakımına gereksinimi bulunmamaktadır.
Sheaffer (1967)	New York Belediye Hastaneleri'nin % 22'sinde, özel hastanelerin % 1'inde laboratuvar tetkikleri tam ve doğru olarak gerçekleştirilmemektedir.
Erlich (1962) Morehead (1964)	Bir sendikaya bağlı işçi ailelerinden, hastaneye yatarak tedavi görenlerin % 40'ı yetersiz hizmet almaktadır.
Huntly (1962)	Bir eğitim hastanesinin polikliniklerinden yararlanan hastaların % 15'inde gerekli rutin tetkikler yapılmamakta, hastaların % 22'sine doğru tanı konulamamaktadır.
Cluff (1967)	Yatan hastaların % 5'inde antibiyotik zehirlenmesi ortaya çıkmaktadır.
Brook (1976)	Poliklinik hastalarına uygulanan antibiyotik tedavilerinin % 25-40'ı gereksizdir.

Aktaran: Kavuncubaşı, 2000, s.:358, Kaynak: Ersoy, 1989.

Bundan sonraki bölümde, kullanım yönetiminin ABD’ndeki tarihsel gelişimine yer verilmiştir. Kullanım yönetiminin ABD’nde doğup gelişmesi nedeniyle, buradaki gelişim süreci ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

1.1.2.1. Amerika Birleşik Devletleri’nde Kullanım Yönetimi

Kullanım yönetiminin, ekonomik baskılar ve geri ödeme sistemindeki değişiklikler nedeniyle, hızla yükselen sağlık bakım maliyetlerini kontrol etmek amacıyla ABD’de doğup geliştiği ve yaygın olarak kullanıldığı belirtilmektedir (Lorenzo et al., 1999a, p.:14).

Tarihsel olarak, ödemeyi yapan kurumlar, maliyet sınırlama açısından, tıbbi hizmetlerin birim fiyatı üzerinde yoğunlaşmış, hizmet sunucuları tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinin miktarına daha az önem vermişlerdir. İkinci Dünya Savaşı sırasında bazı hastaneler, hastane yataklarının düşük arzı ile başa çıkmak amacıyla, kullanımı izlemek için bazı komitelerden yararlanmışlardır. Ancak hizmet başına ödemeleri kontrol etmek amacıyla, gereksiz ve uygun olmayan hastane hizmetleri için geriye dönük kullanım incelemesinin 1950’lerde açıkça kullanılmaya başladığı ifade edilmektedir (Institute of Medicine, 1989, p.:36)

ABD’nde 1965 yılında, yaşlılar ve yoksulları sigortalamak için Medicare ve Medicaid programları kurulmuş ve bu programlar kısa sürede beklenen maliyetin üzerine çıkmıştır. Kalite, maliyet ve ulaşılabilirliği etkileyerek kaynak kullanımını yönetme konusu, bu programların gündemine gelmiştir. Bu dönem, kaynak kullanımını yönetme faaliyeti olarak, kullanım incelemesinin kurumsallaştığı nokta olarak belirtilmektedir (Birmingham, 2007, p.:17). Yine aynı dönemde, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinin artırılması için, hizmetlerin fazla kullanımına karşı bir sınırlama getirme gereksinimi fark edilmiş, bu nedenle hizmet sunucuya dayalı kullanım incelemesini genişletmek ve güçlendirmek yoluna gidilmiştir. Medicare’e katılmanın bir koşulu olarak, hastaneler ve diğer sağlık kurumlarında, “devleti hastanenin günlük işlerine karıştırmaksızın” bakımın tıbben gerekliliğini ve kalitesini

güvence altına almak üzere, kullanım inceleme komisyonlarının zorunlu hale getirildiği ifade edilmektedir (Kaya, 1998, s.:311; Kaya, 2003, s.:34).

Medicare programının maliyeti zaman içinde hızla yükselmeye devam etmiştir. Hastaneye dayalı kullanım incelemesi stratejisinin yerine, 1972 yılında bağımsız olarak meslektaşların incelemesi (peer review) yoluyla maliyetleri kontrol etmek ve kaliteyi iyileştirmek için, Mesleki Standartları İnceleme Örgütlerinin (Professional Standards Review Organizations-PSROs) kurulmasına imkân verilmiştir. PSRO'lar kurumsal hizmetlerin incelenmesi için mesleki standartlar geliştirip uygulayacak, hekimler tarafından kontrol edilen örgütler olarak planlanmıştır (Institute of Medicine, 1989, p.:39; Patel ve Rushefsky, 2006, p:236). PSRO'lar kalite güvencesi ve kullanım inceleme fonksiyonlarını, bunları yapma kapasitesine sahip olduğu düşünülen hastanelere devretme yetkisine sahip örgütlerdir. PSRO'ların devredilen hastane incelemesi üzerindeki yönetsel ve finansal kontrollerinin yetersiz olduğu belirtilmektedir. Bazı başarılarına karşın, PSRO'lar da hastaneye dayalı kullanım incelemesi gibi beklenen etkiyi gösterememiş, çoğu inceleme işini hastanelere devretmiştir (Kaya, 2003, s.:34). PSRO'ların kullanım incelemesini retrospektif olarak yaptığı belirtilmektedir (Wickizer et al., 2004, p.:198).

Yeterince etkili olmadıkları için PSRO'lara 1982'de son verilmiş ve yerine Meslektaş İnceleme Örgütleri (Peer Review Organizations-PROs) kurulmuştur. PRO'ların amaçları, Medicare'den yararlananlara sunulan hizmetlerinde tıbben gerekliliğin, bakım yeri açısından uygunluğun ve kabul edilmiş kalite standartlarının karşılamasını sağlamaktır. PRO incelemesi 1986'da, hemşire bakım evleri, evde bakım sağlayan kuruluşlar ve sağlığı sürdürme örgütleri de dâhil olmak üzere, hastane dışı çeşitli kuruluşları kapsamına alacak şekilde genişletilmiştir (Kaya, 2003, s.:35; Patel ve Rushefsky, 2006, p:237).

Amerika'da 1970'li yılların ortalarından itibaren ileriye dönük ödeme sistemlerine geçilmeye başlanmış, Medicare'in 1983 yılında, hastaneleri hasta yatış süresini, yardımcı hizmetleri ve diğer hastane kaynaklarını azaltmaya teşvik eden "teşhise dayalı (Diagnosis Related Groups-DRG) ileriye yönelik ödeme sistemini

(Prospective Payment System-PPS)” uygulamasıyla birlikte kullanım incelemesi hastaneler için daha önemli hale gelmiştir. Bu ödeme sisteminde, yatış süresi ve verilen hizmet miktarına göre değil, tanıya dayalı olarak ödeme yapılmaktadır (Rowell, 2004, p.:178; Sarı, 2007, s.:370; Saqr et al., 2008, p.:59). İleriye yönelik ödeme sistemindeki teşvikler ve PRO’lar tarafından incelenme olasılığı, hastanelerin kullanım yönetimine ilgisini artırmıştır. Bununla birlikte, kullanım inceleme prosedürleri ve örgütsel düzenlemeler hastaneden hastaneye değişmektedir. Büyük hastanelerin, daha fazla kaynağa ve uzmanlığa sahip oldukları için, kullanım incelemesini yürütmede daha verimli olabildikleri ifade edilmektedir (Kaya, 2003, s.:35).

Amerika’da kullanım yönetimi hizmeti sunan özel şirketler ilk kez 1960’lı yıllarda faaliyete başlamış ve hastane kullanımına odaklanmıştır. 1980’lerin ortasından sonuna kadar çok az sayıda çalışanı kapsayan özel kullanım yönetimi programları, 1990’ların başında özel sağlık sigortası olan kişilerin % 90’ından fazlasını kapsamıştır. Psikiyatrik, madde bağımlılığı ve diş hizmetleriyle ilgili incelemeler de yaygındır. Son yıllarda işverenlere kullanım yönetimi hizmetleri sunmak için yeni bir sektör gelişmiştir. Yalnızca kullanım yönetimi hizmetleri sunan çok sayıda şirket bulunmaktadır. Kapsadığı alan bakımından bazıları ulusal, çoğu bölgesel ya da yerel olan bu şirketler, genellikle tıbbi ve cerrahi ya da psikiyatrik ve madde bağımlılığı gibi kullanım yönetiminin bir alanında uzmanlaşmışlardır. Bu yüzden bir işveren çeşitli kullanım yönetimi şirketleriyle çalışabilmektedir. Kullanım yönetiminin tasarlanma ve uygulanma şekilleri bakımından kullanım yönetimi şirketleri arasında da önemli farklılıklar bulunduğu bildirilmektedir (Kaya, 2003, s.:35-36).

Kullanım yönetimi, gereksiz hizmetlerin kullanımını azaltmak ve maliyetleri kontrol etmek için, özel sağlık sigorta şirketleri, Blue Cross ve Blue Shield Planları, Sağlık Sürdürme Örgütleri (Health Maintenance Organizations-HMOs) ve Tercihli Hizmet Örgütleri (Preferred Provider Organizations-PPOs) tarafından yaygın olarak kullanılmaktadır (Buck ve Silverman, 1996, p.:77; Lessler ve Wickizer, 2000, p.:1316). Hastanelerin, Sağlık Kuruluşlarının Akreditasyonu Birleşik Komisyonu

(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations-JCAHO) tarafından akredite edilmeleri ve üçüncü elden ödeme yapan programların birçoğu altında hizmet verebilmeleri için kullanım incelemesi yapmalarının zorunlu olduğu belirtilmektedir (Kaya, 1998, s.:311).

Hastane hizmetlerinin kullanımında, risk altında olan taraf kullanımı yönetir ya da yönetme gereksinimi hisseder. Örneğin, hizmet başına geri ödeme sisteminde sigorta şirketleri, hastane ve hekimlere yaptıkları ödemeleri azaltmak için kullanım yönetimini gerçekleştirir. Hastaların hastanede uzun süre yatışı beraberinde para kaybı riskini de getirdiğinden, DRG sistemi hastaneleri kullanımı yönetmeye sevk eder. DRG sınıflandırması, tanıları, tıbbi uygulamalar, yaş, cinsiyet, komplikasyon ya da ek bir hastalık varlığına göre yapılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan hekim grubuyla kişi başına ödeme kontratı yapan HMO'lara bağlı olarak çalışan hekimler, yapılan ödemenin laboratuvar ve uzman ücretlerinden ziyade birinci basamak hekimlere gitmesi için kullanımı yönetir. Bu durumda, hekimlerin kayıtlı nüfusa bakım verme sorumluluklarının yanı sıra kullanım ve maliyetlerde de sorumlulukları vardır. Tıp biliminin uygulanmasında önemli bir dönüşümü temsil eden bu yaklaşıma “dahili olarak zorlanan kullanım yönetimi” denilmektedir. HMO'lar hastanelere yatış günü başına ödeme yaparlarsa, hastaların eve dönüşü hazır olup olmadığını incelemek için, her gün hastaneye bir kullanım yönetimi hemşiresi gönderebilirler. HMO'ların kişi başına ödeme yapmaları durumunda risk altında olan hastanelerdir ve kullanımı hastaneler yönetir (Kaya, 1998, s.:311).

Hizmet sunucusuna dayalı 1960 ve 1970'li yıllardaki kullanım incelemesi, 1980'li yıllarda ödeme yapan kurumlar (üçüncü tarafla) tarafından yapılan kullanım yönetimine dönüşmüştür. Bu dönüşümde, devletin ve hizmet satın alıcıların sağlık bakım maliyetlerini ve hizmetlerin gereksiz kullanımını sınırlama çabalarına ek olarak, üç faktörün daha rol oynadığı belirtilmiştir. Bu faktörler şunlardır (Institute of Medicine, 1989, s.:43):

- Birçok tıbbi bakım hizmetinin gereksiz olduğunu ve bu gereksiz sunulan hizmetlerin güvenli bir şekilde elimine edilebileceğini ortaya koyan araştırmaların artması,

- Satın alıcıların maliyet sınırlama ve kalite güvencesini birleştirmeye gittikçe daha fazla önem vermeleri,
- Çok sayıda vakanın her biri için önerilen hizmetlerin incelenmesini olanaklı kılacak bilgi kaynakları, değerlendirme araçları ve örgütlerin çoğalması.

1.1.2.2. Kanada ve Avrupa’da Kullanım Yönetimi

Kanada Hastaneleri, ABD’den farklı bir şekilde hükümetten global bütçe almaktadır. Kanada’da, yetişkinler için yüzün üzerinde hasta yatağı olan ve akut bakım sunan hastanelerin %80’inde kullanım yönetimi programları vardır. Bu hastanelerde kullanım yönetimi programlarının kullanılmasının nedeninin; yatak işgal oranlarının yüksek olması ve yatak kullanımının geliştirilmesi ihtiyacının hissedilmesi olarak belirtilmektedir. Çoğu Kanada Hastanesinin hükümet fonlarının sürekliliğini sağlamak amacıyla kullanım incelemesini yapması beklenmekte ve uzun süreli kullanım incelemesi stratejisi geliştirmeleri için bu hastaneler üzerindeki baskılar artmaktadır (Kaya, 1998, s.:311-312). Maliyetlerdeki hızlı artış sebebiyle Kanada’da bazı eyaletlerin Sağlık Bakanlıkları, kamuya bağlı hastanelerde kullanım yönetimi programlarının oluşturulmasını zorunlu hale getiren yasalar çıkarmaktadır (Kavuncubaşı, 2000, s.:359). Araştırmalar, tek elden ödemenin yapıldığı ve hizmetlerin herkes için kullanılabilir olduğu bir hastane sisteminde bile kullanım incelemesine ihtiyaç olduğunu göstermektedir (Künver Kenar, 2007, s.:7). Hastane bütçesinin ciddi sıkıntıda olduğu çevrelerde, hastane yöneticilerinin, hastaneye gereksiz yatışlar ve uzayan yatış süreleri yüzünden ortaya çıkan uygun olmayan kullanımı azaltmaya ve hastane yataklarının uygun kullanımını artırmaya çalıştığı bildirilmektedir (Tu, 2000, p.:1825).

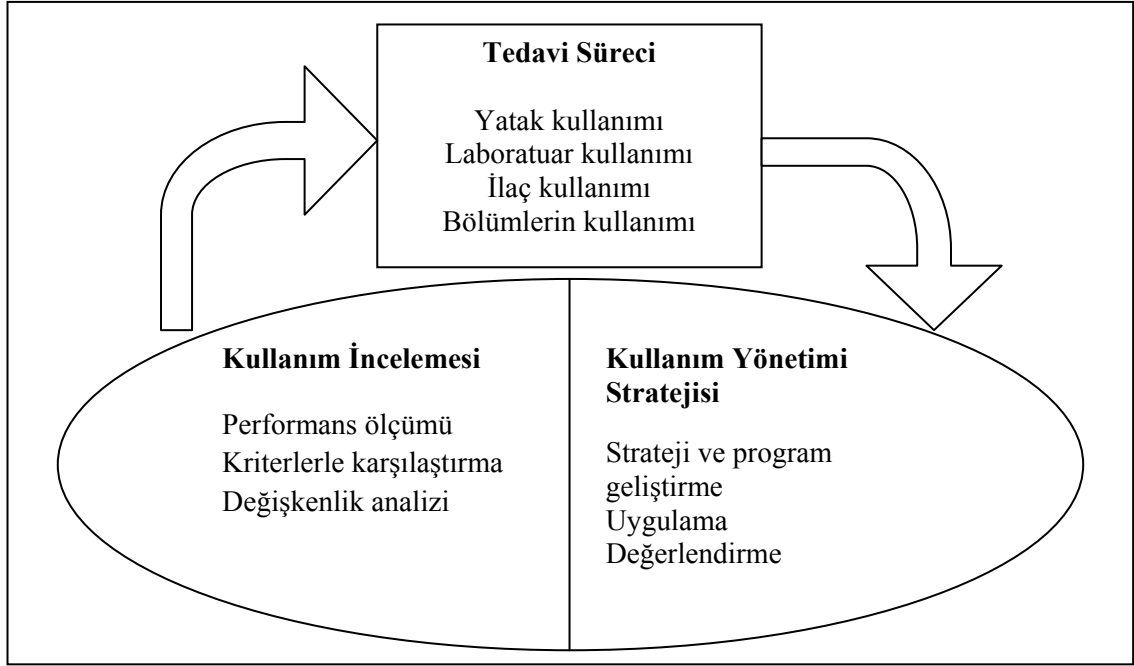
Avrupa’da sağlık bakım sistemleri reformlarının ortak amacı; sağlık bakımının ulaşılabilirliğini sürdürürken, daha etkili ve verimli hizmet sunumu aracılığıyla maliyetleri daha etkili bir biçimde sınırlamaktır. Toplam sağlık harcamalarının önemli bir kısmını hastane harcamaları oluşturduğundan, bütün ülkelerin başlıca amaçlarından biri; hastane kullanımının verimliliğinin ve uygunluğunun

geliştirilmesidir (Lorenzo et al., 1999a, p.:13). Avrupa’da hastane kullanımının incelenmesinin faaliyet alanı, içeriği ve yöntemi ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Hastane kullanımının incelenmesi alanında 1993 yılında, yapılan araştırmalar arasında uyum ve eşgüdüm sağlamak amacıyla, Avrupa Birliği BIOMED programının desteği ile “Birlikte Faaliyet (Concerted Action)” başlatılmıştır. Bu projenin amaçlarından biri; sürekli kullanımı inceleme faaliyetlerinin henüz kurumsallaşmadığı Avrupa’da uygun olmayan hastane kullanımını ve Avrupa ülkelerinde bunun yapısal, örgütsel, kültürel ve sosyal belirleyicilerini ölçebilecek ortak bir yöntem geliştirmektir (Kaya, 1998, s.:312; Smeets et al., 2000, p.:483). Avrupa’da kullanım inceleme faaliyetlerinin, Uygunluk Değerlendirme Protokolü (Appropriateness Evaluation Protocol-AEP) ile retrospektif olarak yapılan medikal kayıt incelemesiyle sınırlı olduğu bildirilmektedir (Lorenzo et al., 1999a, p.:15).

1.2. Kullanım Yönetimi Süreci ve Kullanım İncelemesi

Kullanım yönetimi iki aşamadan oluşan bir süreçtir. Kullanım yönetiminin temelini ve ilk aşamasını kullanım incelemesi oluşturmaktadır. Kullanım incelemesi, önceden belirlenen ölçüt ya da standartlara göre performansın değerlendirilmesini ve tedavi sürecindeki değişkenliğin incelenmesini içermektedir. Kullanım yönetimi sürecinin ikinci aşaması, kullanım yönetimi stratejilerinin oluşturulması ve uygulanmasıdır. Kullanım yönetimi stratejisinin amacı; kaynak kısıtlılığı sorununu çözmek, tıbbi hizmetler ve bölümler ile tüm sağlık kurumunun performansını yükseltmektir (Kavuncubaşı, 2000, s.:360-361).

Kaya (2003, s.:29), kullanım yönetimi sürecinin ilk aşamasında, kullanım incelemesi yoluyla kaynak kullanımının değerlendirildiğini; ikinci aşamanın ise, kaynak kullanım verimliliğinde belirlenen yetersizliklere karşı program, politika ve strateji geliştirmeyi içerdiğini vurgulamaktadır. Kullanım yönetimini süreci Şekil 1.2’de verilmiştir.



Şekil 1.2. Kullanım Yönetimi Süreci

Aktaran: Kavuncubaşı, 2000, s.:362, Kaynak: Tan, McCormick, Sheps, 1993.

Kullanım incelemesi sonucunda elde edilen bilginin, uygun hastane kullanımının erişilebilirliğe engel olmaksızın maliyetleri sınırlama yoluyla, uygun olmayan hastane kullanımını azaltacak düzeltici faaliyetleri belirlemede yararlı olduğu bildirilmektedir. Düzeltici faaliyetler; uygun hastane kullanımını engelleyen politika, prosedür ve işlemleri değiştirmek amacıyla uygun olmayan kullanımın nedenlerini tanımlamak; hastane ve hekimlere, karşılaştırma yapmalarını sağlayacak uygun kullanım oranları hakkında geribildirim vermek ve sağlık bakım kaynaklarını uygun olarak kullanmak için, hizmet sunucu ve hastalara sağlanan ödeme yöntemlerini değiştirmek şeklinde sıralanabilmektedir (Lorenzo et al., 1999b, p.:419).

Kullanım incelemesi (Utilization Review), önceden belirlenmiş ölçütler ya da uzman görüşü yoluyla, hastanın tıbbi kayıtlarının incelenmesi ve bu yolla hastanede sunulan hizmetlerin uygunluk ve verimlilik açısından değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Lorenzo et al., 1999b, p.:419; Teke, 2000, s.:3; Kavuncubaşı, 2000, s.:362; Kaya ve ark., 2002, s.:136).

Kullanım incelemesi 1980'li yıllarda yeni bir endüstri olarak hızlı bir şekilde büyümüştür. İşletmeler tırmanan maliyetleri kontrol altına almak için, çok sık olarak kullanım incelemesini kullanmaktadır (Bolond, 1993, p.:21). Kullanım incelemesinin, hastane kayıtlarının değerlendirilmesi yoluyla, uygun olmayan hastane kullanımını azaltmak için geliştirildiği vurgulanmaktadır (DeCoster, 1997, p.:889). Kullanım incelemesi sürecinde üç faktörün belirlenmesinin önemli olduğu belirtilmektedir. Bu faktörler: bakımın medikal olarak gerekli ve uygun (hizmetin süresi ve sıklığı açısından) olup olmadığı, maliyeti düşük bakım çeşitlerinin kullanılabilir ve etkili olup olmadığı, tedavi sonucunda hastaların iyileşip iyileşmediğidir (Bolond, 1993, p.:21).

Restuccia'ya (1995, p.:253) göre; kullanım incelemesi, hastaya sunulan bakımın (bakım yeri ve süresi açısından) uygunluğunun ve tıbbi açıdan gerekliliğinin değerlendirilmesini sağlayan bir kalite güvencesi bileşenidir. Hastanın tıbbi kayıtlarından, bir hemşire ya da hastayı tedavi eden hekimden elde edilen verinin incelenmesiyle yapılan bu değerlendirme sürecinde, aşağıdaki sorulara yanıt aranmaktadır (Restuccia, 1995, p.:253):

- Hastanın belirti ve bulguları, özel tıbbi hizmetlerin koşullarını sağlıyor mu?; Özellikle, bu belirti ve bulgulara neden olan hastalığı iyileştirmek için programlanmış bir işleme gerek var mı?
- Hastanın, tedavi amacıyla verilecek olan tıbbi hizmet için, akut bir hastanede olması gerekli mi? Ya da bu tıbbi hizmetlerin sunulabileceği alternatif yer veya bakım düzeyi (hemşirelik bakım evleri, evde bakım hizmetleri vb.) var mı?
- Eğer hastaneye yatış gerekliyse, gerekli olan hastane yatış süresi nedir?

Poulos ve Eagar (2007), kullanım incelemesini, hastaya sunulan bakımın (bakım yeri ve süresi açısından) medikal ya da klinik uygunluğunun değerlendirilmesi olarak tanımlamaktadır. Poulos ve Eagar (2007), kullanım incelemesi bilgilerinin, hastanın tıbbi kayıtlarından, tedaviyi üstlenen klinik takımdan ya da bu kaynakların kombinasyonundan elde edilebileceğini belirtmişlerdir.

Kullanım incelemesinde amaç; sağlık bakım sürecinin verimliliğinin, bakımın yeri, süresi ve sıklığı ile ilgili verilen kararların uygunluğunun değerlendirilmesidir (Teke, 2000, s.:3; Kaya, 2003, s.:28). Kullanım incelemesinin, gereksiz ve uygun olmayan tıbbi bakıma karşı bir teminat olduğu vurgulanmaktadır. Kullanım incelemesi, sağlık bakım tedarikçilerinin, tıbbi gereklilik, bakım kalitesi, kararın uygunluğu, hizmet yeri ve hastanede kalış süresi açısından, hasta bakımını gözden geçirmelerini mümkün kılmaktadır (Spector, 2004, p.:284).

Günümüzde, en göze çarpan maliyet sınırlama stratejilerinden birisi, uygun ve gerekli hastane bakımını garantilemeyi amaçlayan hastane kullanım incelemesidir. 1980'li yıllarda yapılan bazı araştırmalar, hastane yatışlarının % 20'sinin ve hastane kalış günlerinin % 35'inin uygunsuz ya da gereksiz olabileceğini, kullanım incelemesinin maliyetleri düşürürken aynı zamanda kaliteyi geliştirebileceğini ortaya çıkarmıştır. Wickizer'in yapmış olduğu bir araştırmaya göre; kullanım incelemesi programı, yaklaşık olarak hastane yatışlarını % 12; rutin hastane harcamalarını % 14 ve toplam sağlık harcamaları % 6 oranında azaltmıştır (Wickizer, 1992, p.:117).

Wolff ve Schlesinger (1998, p.:911), kullanım incelemesinin, klinik uygulamaların rasyonelleştirilmesi olarak görülebileceğini vurgulamakta ve bunun hedefe ulaşmanın iki yolu olduğunu belirtmektedir. Bunlardan ilki; klinik uygulamalardaki profesyonel standartlarla çatışan değişkenliği azaltmak, ikincisi ise; klinik uygulamaların bütün olarak dağılımını azaltmaktır.

Kullanımın dört boyutu incelenebildiği bildirilmektedir (Kaya, 1998, s.:310-311; Teke, 2000, s.:4; Esatoğlu, 2007, s.:391):

- **Bakımın Niteliği:** Hastaya verilen bakımın, hastanın tıbbi gereksinimlerini karşılayıp karşılamadığı incelenir.
- **Bakımın Zamanı:** Bakımın ne zaman verildiği, hastanın operasyondan uygun bir süre önce hastaneye yatırılıp yatırılmadığı, operasyon öncesi gereksiz yatış günlerinin olup olmadığı incelenir.

- **Bakımın Süresi ve Sıklığı:** Hastanede yatış süresinin ve yapılan laboratuvar tetkiklerinin sayısının uygun olup olmadığı incelenir.
- **Bakımın Yeri:** Hastanın hastane düzeyinde bakım gereksiniminin olup olmadığı, hastanın hastane dışında ayakta bakım veren kuruluşlar gibi alternatif bir yerde tedavi edilip edilemeyeceği incelenir.

Kullanım incelemesinin, ileriye dönük inceleme, eşzamanlı inceleme ve geriye dönük inceleme olmak üzere başlıca üç şekilde yapıldığı belirtilmektedir (Restuccia, 1995, p.:253; Morgan, 1996, p.:53; Kavuncubaşı, 2000, s.:364; Kongstvedt, 2004, p.:571; Esatoğlu, 2007, s.:391). İleriye dönük inceleme yatış öncesi incelemeyi, eşzamanlı inceleme hastanede yatış döneminde yapılan incelemeyi, geriye dönük inceleme ise taburculuk sonrası yapılan incelemeyi ifade etmektedir (Kongstvedt, 1996, p.:259).

1.2.1. İleriye Dönük Kullanım İncelemesi

İleriye dönük inceleme (Prospective Review), belirli bir kişi için önerilen tıbbi hizmetlerin, sadece tıbben gerekli bakımı kapsayan sağlık planlarının koşullarına uyup uymadığının önceden değerlendirilmesi olarak tanımlanmaktadır. İleriye dönük kullanım inceleme programlarının odak noktasının, bakımın sunulduğu yer, bakımın zamanlanması, bakımın süresi veya belirli bir prosedür ya da hizmetin gerekliliği olabileceği bildirilmektedir (Kaya, 2003, s.:30). İleriye dönük incelemenin temel amacı, hastaya gereksiz hizmetlerin sunulmasını önlemektir (Kavuncubaşı, 2000, s.:365).

Kongstvedt (2004, p.:571), ileriye dönük kullanım incelemesinin dört ana kategori altında uygulandığını belirtmektedir:

- Sağlık risk değerlemesi (Health Risk Appraisals)
- Talep yönetimi (Demand Management)
- Gönderme / Sevk hizmetleri (Referral Services)
- Kurumsal hizmetler (Institutional Services).

Sağlık risk değerlemesinin (Health Risk Appraisals), yeni bir hastanın tıbbi durumunun ve risk faktörlerinin tamamının değerlendirilmesi amacıyla kullanıldığı belirtilmektedir. Yönetimli bakımda, sağlık risk değerlemeleri ayrıca yönetimli bakım örgütlerinin sağlığı korumak ve tüm maliyetleri azaltmak amacıyla müdahale gereksinimi duydukları konularda, örgüte bağlı üyeler hakkında bilgi toplamak için tasarlanmışlardır. Bu uygulamalar Medicare ve Medicaid üyeleri, ticari üyeler gibi spesifik kurumlara da odaklandırılabilir. Medicare Sağlığı Sürdürme Örgütlerinin çoğu, veri toplama formları, özgeçmiş ve fiziksel sınavın ötesine giderek, yeni Medicare üyesinin evine bir hemşire yolladığı bildirilmektedir. Bu ziyarette hemşire, beslenme değerlendirmesi, öngörülen tıbbi tedavinin uygunluğunun kontrolü vb. uygulamaları yapabilmektedir (Kongstvedt, 2004, s.:571). Elde edilen tüm bilgiler bilgisayar ortamına aktarılmakta ve bir program aracılığıyla, bireyin sağlık risk faktörleri ve beklenen yaşam süresini etkileyebilecek davranış değişiklikleri belirlenmektedir. Genellikle bu bilgiler, bireyi daha iyi gözlemleyen birinci basamak hekiminden (Primary Care Physician) alınmaktadır. Elde edilen bilgiler bazen koruyucu hizmet olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Örneğin banyoda düşme riski olan bir Medicare üyesine, kırık riskini önlemek için banyo paspası veya duş sandalyesi verilebildiği belirtilmektedir (Kongstvedt, 1996, p.:251).

Talep yönetimi (Demand Management) ise, medikal hizmetler verilmeden önce talepleri yönetmek anlamındadır. Bu uygulamada en yaygın olarak kullanılan metodlar, evde kullanım için tıbbi tavsiye sağlayan el kitapları, önleyici hizmetlere ulaşmak ve hizmet sunucular tarafından belirlenen uygun operasyon saatleri olarak sıralanmaktadır. Son zamanlarda önemli yeni bir yaklaşımın ortaya çıktığı belirtilmektedir: ücretsiz olan ve haftanın yedi günü 24 saat hizmet veren hemşire tavsiye hatları. Bu hatlar eğitimli hemşireye ulaşmayı sağlamakta ve ağırlıklı olarak klinik protokollere dayanmaktadır. Çoğu yönetimli bakım organizasyonunun, acil servislerin kullanımını azaltmak için bu hizmete sahip olduğu belirtilmektedir (Kongstvedt, 2004, p.:571-572).

Gönderme/Sevk hizmetlerinin (Referral Services) yönetiminin, genellikle bakımı eşgüdümlemek için, birinci basamak hekimden yararlanan sağlığı sürdürme örgütlerine özgü olduğu bildirilmektedir. Bu modelin amacı, üyenin tüm sağlık gereksinimlerini birinci basamak hekimi için koordine etmek ve hangi sağlık bakım hizmetlerinin gerekli olduğuna karar verebilecek eğitimli bir hekimi garantilemektir. Bu modelde, birinci basamak hekimi tarafından diğer sağlık profesyonellerine sevk edilen hastaya verilen tüm tıbbi bakım ve hizmetler, üyenin birinci basamak hekimi tarafından onaylanmak zorundadır. Onay olmadan üyeler sadece birinci basamak hekimine başvurabilmektedirler. Bu yetki gereklerine göre, birinci basamak hekimi hastanın sağlık durumu ya da probleminin birinci basamak hekimi tarafından tedavi edilip edilemeyeceğine ya da bir uzmanın gerekli olup olmadığına karar verir. Bir uzman gerekli olduğunda, yönetimli bakım organizasyonu ile anlaşmalı bir uzmana üye gönderilmektedir (Kongstvedt, 2004, p.:572).

Kurumsal hizmetlerde (Institutional Services), yönetimli bakım örgütleri yatış kararı veya ayakta tedavi prosedürlerinde yetki almak için aranmaktadır. Yönetimli bakım örgütleri, klinik kriterleri kontrol ederek yetkiyi hizmet sunuculara verir ve beklenen yatış süresini belirler. Yetki için gerekli kriterler genelde ticari olarak mevcuttur, ancak yönetimli bakım örgütlerinin bu kriterleri kendilerinin oluşturduğu belirtilmektedir. Aynı şekilde yönetimli bakım örgütleri, kabul edilebilir maksimum yatış süresi için ticari olarak mevcut olan rehberleri, lokal bölgelere uyarlamak için değiştirebilmektedir. Yönetimli bakım örgütlerinin günümüzde, uygun veriye ulaşmak ve hızlı bir şekilde bu bilgileri sağlamak için çeşitli bilgisayar programları kullanmakta olduğu bildirilmektedir. Ayrıca sağlık hizmeti sunan kurumlar, belirlenen sağlık bakım planına uymak zorunda bırakılmıştır. Aksi takdirde vaka için belirlenen ödemenin fazlasını kendileri karşılamak zorundadır (Kongstvedt, 2004, p.:572). Acil olarak yapılan bir yatış söz konusu olduğunda ve gerekli onaylama işlemi yapılamadığında, kullanım incelemesi hasta yatarken ilk 24 saat içinde uygulanmaktadır (Kongstvedt, 1996, p.:251).

İleriye dönük kullanım incelemesinde, yatış öncesinde yapılan onaylama (precertification) ve cerrahi vakalarda ikinci bir uzman görüşünün alınması (second

surgical opinion) tekniklerinin yaygın olarak kullanıldığını bildirilmektedir (Morgan, 1996, p.:53; Wolff ve Schlesinger, 1998, p.:912). Yönetimli bakım örgütlerinin yaygın olarak kullandığı ikinci cerrahi görüş yönteminin, cerrahi işlemten önce hastayı başka bir uzmanın değerlendirmesini sağlayarak, gereksiz (unnecessary) cerrahi işlemleri önlemeye çalıştığı ifade edilmektedir (Buck ve Silverman, 1996, p.:77).

Yatış öncesinde yapılan onay (precertification), yatış öncesi inceleme (preadmission review) olarak da adlandırılmaktadır. Yatış öncesi incelemenin, hastaneye yatış gereksinimi onaylamak ve başlangıç olarak yatış süresini belirlemek amacıyla kullanılan bir teknik olduğu belirtilmektedir (Wickizer ve Lessler, 2002, p.: 235; Darmody et al., 2007, p.: 239). Yatış öncesi inceleme hekim tarafından başlatılmaktadır. Hekimin geliştirdiği tedavi biçimi, önerdiği prosedür ve tedavi planı, kullanım inceleme komitesi ya da kullanım inceleme koordinatörleri tarafından değerlendirilmektedir. Hekim, kullanım inceleme komitesi ya da koordinatörlüğüne yazılı veya sözlü olarak; hastasının demografik özellikleri (hasta adı soyadı, yaş, cinsiyet, sigorta no vb.), hastalık (tanı), tahmini yatış süresi ve yatış günü, tanı sürecinde kullanılan tetkik sonuçları ile ilgili bilgi vermektedir. Bu bilgiler doğrultusunda komite veya koordinatör, hastanın hastaneye yatıp yatmayacağına karar vermekte ve kararı ilgili hekime bildirmektedir (Kavuncubaşı, 2000, s.:365).

Kavuncubaşı (2000, s.:365), yatış öncesi kullanım incelemesinin amaçlarını şu şekilde sıralamaktadır:

- Hastanın hastaneye yatırılarak tedavi edilmesinin, tıbben gerekli olup olmadığını belirlemek,
- Hastaya verilecek hizmetlerin, daha ekonomik bir biçimde, başka bir sağlık kurumunda verilip verilemeyeceğine karar vermek,
- Hastaya sunulacak sağlık hizmetlerinin, hastanın bağlı olduğu sigorta kapsamında olup olmadığını saptamak,
- Hastaya sunulacak sağlık hizmetlerinin başka bir tarihe ertelenip ertelenemeyeceğini belirlemek.

Hastaya yapılması gereken operasyon öncesi testlerin ayakta yapılması, operasyonun yapılacağı gün hastaneye yatırılması ve düzenlenen cerrahi listelere göre zorunlu ayakta cerrahi yöntemi de sık kullanılan prospektif kullanım inceleme yöntemleri arasında sayılmaktadır (Kongstvedt, 1996, p.:261-262).

1.2.2. Eşzamanlı Kullanım İncelemesi

Eşzamanlı inceleme (Concurrent Review), ödeme yapan kurumların, medikal gereklilik ve uygunluk kriterleri ile sigorta sözleşme koşullarına karşı, hastaya sunulan hastane hizmetlerinin değerlendirildiği bir süreç olarak tanımlanabilmektedir (Darmody et al., 2007, p.:239). Murray ve Henriques (2003, p.:512), eşzamanlı kullanım incelemesini “medikal gereklilik ve uygunluk kriterleri ışığında, bir tedarikçinin klinik bakım planlarını değerlendirme süreci” olarak tanımlamaktadır.

Eşzamanlı inceleme ya da diğer bir deyişle bakım verilirken yapılan kullanım incelemesinin, hemen hemen yalnızca yatan hastaya ve vaka yönetimine (Case Management) uygulandığı belirtilmektedir. Eşzamanlı inceleme, aynı zamanda devam eden yatış incelemesi anlamına da gelmektedir. Tazminat ve hizmet planları, tercihli hizmet örgütleri, çok fazla hastane bağlantısı olan sağlığı sürdürme örgütleri gibi birçok yönetimli bakım organizasyonu, bu faaliyeti telefon aracılığıyla uzak bir mevkiden gerçekleştirmektedir. Yönetimli bakım örgütüne bağlı olarak çalışan bir kullanım yönetimi hemşiresi, hastanede yatan vakanın durumunu belirlemek için hastaneyi telefonla aramaktadır. Eğer vaka, yatış öncesinde belirlenen plan doğrultusunda ilerliyorsa yapılacak başka bir faaliyet bulunmamaktadır. Eğer vaka önceden yetkilendirilen hastane yatış gününü aşacaksa, kullanım yönetimi hemşiresi klinik veri toplamakta, bunun ardından ya devam eden günler için hastaneye yetki vermekte ya da ilave edilen yatış günlerine itiraz etmektedir. Ekstra kalış günlerin reddinden ziyade kullanım hemşiresinin, hastanın taburculuğunu kolaylaştırmak için; hekim, hastanenin kendi kullanım inceleme bölümü ve taburcu bölümüyle birlikte çalıştığı belirtilmektedir. Hastanede kalışa alternatif olarak; hasta için evde bakım ya da ayakta tedavi planlanabilmektedir (Kongstvedt, 2004, p.:573).

Birçok sağlığı sŸrdŸrme  rg t , hastaneye yerinde kullanım yönetimi hemşireleri göndermektedir. Bu durum hemşirenin zamanında ve ayrıntılı bilgi elde etmesini ve vaka yönetimine aktif olarak yardımcı olmasını mümkün kılmaktadır. İletişim ve bilgi değişiminin mümkün olduğu bu yöntemin, sadece telefon kullanılan diğer süreçten daha iyi olduğu ifade edilmektedir (Kongstvedt, 2004: 573).

Kongstvedt (2004, p.:573), bu süreç boyunca bir anlaşmazlık ve belirsizlik olmadığını vurgulamaktadır. Kullanım yönetimi hemşiresi, vakayı birlikte çalıştığı bir hekime ya da MCO 'na (ya tıbbi direktör ya da bir danışman hekime) havale edebilmektedir. Bu danışman hekim, vakayı tartışmak için tedaviyi yapan hekimi arayabilir ve daha fazla ödeme yapılması için yetki hakkında karar verebilir. Tedaviyi yapan hekim ile tıbbi direktör arasında bakımın gerekliliği ya da uygunluğu açısından anlaşmazlık olursa, bir dış inceleme programı kullanılabileceği belirtilmektedir.

1.2.3. Geriye Dönük Kullanım İncelemesi

Geriye dönük kullanım incelemesi (Retrospective Review), hizmet sunumu tamamlandıktan sonra yapılan inceleme faaliyetlerini içermektedir. Bu tür kullanım incelemesinde, hastaya verilen sağlık hizmetlerinin uygunluğu, yeterliliği ve sonuçları değerlendirilmektedir (Kavuncubaşı, 2000, s.:367).

Kavuncubaşı (2000, s.:367), retrospektif kullanım incelemesi tekniklerini iki başlık altında tanımlamaktadır: Tıbbi denetim (Medical Audit) ve Profil analizi (Profiling Analysis). Tıbbi denetim, hastalara verilen hizmetlerin, önceden belirlenen kriterler doğrultusunda incelenmesini içermektedir. Tıbbi denetimin, geriye dönük kullanım incelemesinde olduğu kadar, eşzamanlı kullanım incelemesinde de uygulanabildiği belirtilmektedir. Profil analizi tekniğinde ise, hekimlerin kullandığı kaynakların incelendiği ifade edilmektedir. Profil analizinde, belirli bir hastalık grubuyla ilgili olarak hekimlerin tedavi tarzları, kaynak kullanım düzeyleri ve verilen hizmetin kalitesi incelenmektedir. Profil analizinin, hizmet kalitesinin yükseltilmesi

ve maliyetlerin denetim altına alınmasının yanı sıra, hekim performansının değerlendirilmesi amacıyla da kullanılabileceği vurgulanmıştır (Kavuncubaşı, 2000, s.:367).

Kongstvedt (2004, p.:573), hastanın taburcu olmasından sonra yapılan geriye dönük inceleme faaliyetlerini, iki ana kategoride incelemiştir: Vaka incelemesi (Case Review) ve Örnek analizi (Pattern Analysis).

Vaka incelemesi (Case Review), bakımın uygunluğunu, faturalama hatalarını ya da bir vakanın ilgili olduğu diğer problemleri araştırmak için, vakaların tek tek incelenmesidir. Eğer böyle hatalar ya da kurallara aykırılık tespit edilirse, yönetimli bakım örgütü ödemeyi düzenleyebilmekte veya en azından vakayı araştırabilmektedir. Hemen hemen tüm vaka inceleme örneklerinde sürecin rutin olduğu ve problemlerin hizmet sunucunun basit hatalarının bir sonucu olduğu ifade edilmektedir. Hizmet sunucuların büyük çoğunluğunun hile yapmadığı, fakat daima bir ya da birkaç tane hata olma ihtimalinin bulunduğu vurgulanmaktadır. Bir hile tespit edilirse, yönetimli bakım örgütü durumun gerekli yetkililere bildirilecek kadar ciddi olup olmadığına veya bunu kendi kendilerine halledip halledemeyeceklerine karar vermek zorundadır. Böyle bir durumda, yönetimli bakım örgütü paranın geri ödenmesini talep edebilir ve daha sonra hastaneyle anlaşmasını sonlandırabilir. Daha ciddi durumlar ve Medicare 'in dahil olduğu vakalarda, yönetimli bakım örgütü yasal birimleri haberdar etmek zorundadır (Kongstvedt, 2004, p.:573-574).

Örnek analizi (Pattern Analysis) ise; problemlili örneklerin var olup olmadığına karar vermek için önemli miktarda kullanım verisini biriktirmektir. Bu örnekler hizmet sunucuya özel olabilmektedir. Örneğin; fazla ya da az kullanım veya kardiyak test maliyetlerinde beklenmeyen bir artış gibi, kullanım kapsamlı olarak planlanabilmektedir. Örnek bulunduktan sonra bunun nedenleri gerekli durumlarda önlem alınabilmesi için araştırılmak zorundadır. Yönetimli bakım örgütlerinin günümüzde, kendilerini emsalleriyle karşılaştırmaları ve uygunluk açısından kendi uygulamalarını düzenlemelerini sağlamak amacıyla; anlaşmalı oldukları hizmet sunuculara, daha fazla geriye dönük bilgi sağlamaya gayret ettikleri bildirilmektedir.

Geribildirim şekli, sağlık bakım maliyetlerinin ve kalitenin kontrolüne yardımcı olmakta, ilave bir güç olmayı vaat etmektedir (Kongstvedt, 2004, p.:574). Örnek analizinde, en iyi klinik çıktı, en kısa yatış süresi ve en düşük maliyet açısından hastanelerin değerlendirildiği belirtilmektedir (Kongstvedt, 1996, p.:268).

Hasta taburcu edildikten sonra yapılan geriye dönük incelemelerin büyük bir kısmında, gereksiz kullanım daha yüksek bulunduğu vurgulanmaktadır. Bu yüksekliğin temel nedeninin, hasta dosyalarındaki bilgilerin eksik doldurulması olduğu belirtilmektedir. Hastanın yatışının devam ettiği dönemde çalışma yapılması durumunda, araştırma yapıldığının bilincinde olan sağlık personelinin, hasta dosyasındaki bilgileri kaydetmede daha dikkatli olduğu ifade edilmektedir (Teke, 2000, s.:4).

1.3. Kullanım Yönetiminin Yararları

Temel amacı hizmet kalitesini yükseltmek ve maliyetleri düşürmek olan kullanım yönetiminin yararlarını, Kavuncubaşı (2000, s.:361), kalite denetimi, maliyet denetimi ve yönetsel denetim açısından, üç ana başlık altında değerlendirmektedir.

Kavuncubaşı'na (2000, s.:361) göre; kalite denetimi açısından, kullanım yönetimi;

- Maliyet etkili hizmet sunumu yanında, verimli, hızlı, ulaşılabilir ve uygun hizmetin sunulmasını sağlar.
- Maliyetleri denetim altına alma faaliyetlerinin hizmet kalitesine yaptığı etkileri değerlendirmek ve kaliteli hizmet sunumunu etkileyen faktörleri belirlemek için yöneticilere yardımcı olur.
- Kalite ve maliyet hedeflerinin başarılması için gerekli tanı ve tedavi protokolü değerlendirme sürecinde yöneticilere teknik bilgi sağlar.
- Kalite uzmanlarına, potansiyel sorun alanlarını belirlemek ve çözümlmek için kullanılacak verileri sağlar.

- Kullanım incelemesi sürecinde kullanılabilecek etkili ölçütlerin geliştirilmesi için gerekli ortam ve kaynakları sağlar.

Kavuncubaşı'na (2000, s.:361) göre; maliyet denetimi açısından, kullanım yönetimi;

- Sağlık kurumları yöneticilerine, yetersiz veya gereksiz (aşırı) hizmet kullanımının gerçekleştiği bölüm ve faaliyetleri belirlemek için kullanılacak verileri sağlar.
- Kaynak dağılımındaki verimsizlikleri ortaya çıkarır.
- Özellikle yataklı tedavi kurumlarında gereksiz hasta yatışı, hasta günü ve gereksiz tıbbi hizmetlerin kullanımını önler.
- Gereksiz hizmet miktarını azalttığı için sağlık kurumu ile geri ödeme kurumu arasındaki ilişkileri geliştirir.

Kavuncubaşı'na (2000, s.:361) göre; yönetsel denetim açısından, kullanım yönetimi;

- Yöneticiler ile klinik personelin eşgüdümlü çalışmasını gerektirdiğinden, sağlık kurumlarında katılımcı yönetim ve ortak sorun çözme yaklaşımının yerleşmesine yardımcı olur.
- Tıp personeli ve diğer personelin sürekli işbirliği içinde olduğu kurumsal bir ortamın yaratılmasını sağlar.
- Faaliyet planlarının nesnel olarak değerlendirilmesi ve planlı bir değişimin gerçekleştirilmesi için gerekli araçları sağlar.
- Sağlık kurumlarında daha güçlü rekabet için gerekli bilgi ve deneyimi kazandırır.
- Sağlık kurumlarının pazarlama stratejilerini geliştirirken gereksinim duyulabilecek verileri sağlar.
- Sağlık kurumunun faaliyet verilerini elde eden, kalite ve verimlilik ile ilgili soruları olan kişi ve gruplara yanıt vermek için yararlanılan bir mekanizmadır.

Kullanım yönetiminin genel olarak yararları şu şekilde sıralanabilmektedir (Kaya, 1998, s.:312; Teke, 2000, s.:5; Kaya, 2003, s.:29; Künver Kenar, 2007, s.:7-8):

- Gereksiz hastane kullanımının azaltılması yoluyla, sağlık bakım maliyetlerini düşürebilir.
- Hastane enfeksiyonları veya iatrojenik hastalıklara yakalanma riskini azaltarak, bakımın kalitesini artırabilir.
- Hastaneler, kaynaklarını yatarak bakıma gereksinimi olan bireyler için ayırarak, bakımın kullanılabilirliğini koruyabilirler.
- Sağlık kaynakları daha gerçekçi bir şekilde planlanabilir.
- Gereksiz yatışların önlenmesi ya da azaltılması ile hastanın ailesi, arkadaşları ve çevresinden ayrılma süresi kısaltılabilir.
- Optimal sağlık çıktısına ulaşmak için, sunulan hastane hizmetlerinin yeterli süre, sıklık ve bakım düzeyinde olmasını sağlayarak, kaliteli bakımı sürdürebilir.
- Bakım standartları tanımlanabilir. Bu standartlar malpraktis vakalarında, kabul edilebilir ya da uygun uygulamaya ilişkin çatışmaları çözmede yardımcı olabilir.

Kullanım yönetiminin sağladığı yararları gösteren bir takım araştırmalar bulunmaktadır. Örneğin, kullanım incelemesi programının uygulanmasından sonra bir yıl içinde, yatış oranlarında % 10-30 arasında, hasta günü sayısında % 10-20 arasında ve toplam hastane harcamalarında % 10-30 arasında azaldığını gösteren araştırmaların mevcut olduğu belirtilmektedir (Kavuncubaşı, 2000, s.:360). ABD’de yapılan müdahale araştırmalarında, hekimlere uygun olmayan hastane kullanımı hakkında bilgi geri bildirimi verilmesinin, uygun olmayan kullanımı (uygun olmayan hastane kalışı ve toplam yatış süresini) azalttığı sonucuna varıldığı vurgulanmaktadır (Abri et al., 2006, p.:350; Anton et al., 2007, p.:128; Soria-Aledo et al., 2009, p.:321). Hekimlere ve kurumlara geribildirim verildiğinde; hastane harcamalarının % 8 ile % 12 oranında azaldığı belirtilmektedir. Buna ek olarak, sistematik problemlerin tanımlanması yoluyla, kullanım incelemesinin kurumsal politikaları geliştirebileceği bildirilmektedir (Nelson et al., 1994, p.:340).

Kullanım yönetimin, hastaneye yatış oranı ve hastanede kalış süresini, hizmet kullanımının yoğunluğunu azaltarak, hastane harcamalarını düşürdüğü vurgulanmaktadır (Unruh et al., 2005, p.:247-248). Özellikle 1990’lı yıllarda kullanım yönetiminin çok başarılı olduğu, tıbbi maliyetlerin artış hızını ve hastanede

yatış süresini azalttığı belirtilmektedir (DePhillips, 2005, p.:266). Wickizer tarafından 1992 yılında yapılan bir araştırmada; kullanım incelemesi programının kullanılması durumunda, yatan hasta sayısında % 12, hastane rutin maliyetlerinde % 14, teşhis birimlerinin (laboratuvarlar) maliyetlerinde % 10 ve toplam tıbbi hizmet harcamalarında % 6 oranında bir azalma olduğu ifade edilmektedir (Wickizer, 1992, p.:117).

Feldstein ve arkadaşlarının 1988 yılında yaptığı bir araştırmada, kullanım incelemesinin hastane yatışlarını % 12,3 oranında, yatan hasta gününü % 8 ve hastane harcamalarını % 11,9 oranında azalttığı belirtilmektedir. Aynı araştırmacılar, 223 sigortalıdan oluşan bir grup üzerinde 3 yıl süre ile çalışma yapmış; 1989 yılında yayınlanan araştırmada; kullanım incelemesi ile hastane yatışlarında % 13; yatan hasta gününde % 11 ve rutin hastane yatan hasta hizmetleri için yapılan harcamalarda % 7 oranında azalma olduğu saptanmıştır (Aktaran: Murray ve Henriques, 2003, p.:513).

1.4. Hastane Hizmetlerinde Kullanım Uygunluğu

Yeni Zelanda Sağlık Teknoloji Değerlendirme Kurumu'nun (New Zealand Health Technology Assessment-NZHTA) 1998 yılında yayınlamış olduğu raporda; kullanım inceleme ve kullanım yönetimi programlarının amacının, gereksinim duyulan hizmetlerin kullanılabilirliğini sürdürürken, gereksiz ya da uygun olmayan hastane kullanımını belirlemek ve azaltmak olduğu vurgulanmaktadır (NZHTA, 1998, p.: 74). Optimal sağlık çıktısının elde edilebilmesinin; ne düzeyde bir bakımın uygun olduğunun, bu bakımın nerede, ne zaman ve kim tarafından verileceğinin iyi tanımlanmasına bağlı olduğu belirtilmektedir (Teke, 2000, s.:3).

Aşçıoğlu ve Ünal (2006, s.:94), “**uygunluk** ” (appropriateness) kavramını şu şekilde tanımlamıştır: “Hastalara uygulanan tanı veya tedavi amaçlı bir uygulamanın sağladığı yararların, yol açabileceği, olumsuz sonuçlardan kabul edilebilir ölçüde fazla olmasına, yani yapılmaya değer olmasına uygunluk adı verilir”. Teke (2000, s.:

8), uygun kullanımı, “hastanın gereksinim duyduğu sağlık hizmetlerinin sunumunda yeterlilik” olarak tanımlamaktadır. Hastaya kesin bir yarar sağlaması olası olan tıbbi tanı ve tedavi hizmetlerinin uygun kullanımı oluşturduğunu belirten Kaya (1998, s.:312) ve Teke (2000, s.:8), bu hizmetlerin uygun bir şekilde alınmasıyla, mortalite, morbidite ve düşük memnuniyet riskinin azalacağını vurgulamaktadır. Kullanım uygunluğu, herhangi bir tıbbi sorundan bağımsız olarak, sağlanan hizmetlerin teknik-tıbbi yönü olarak veya tedavi düzeyinin seçimi ya da hizmetlerin zamanı ve süresinin belirlenmesi olarak tanımlanabilmektedir (Bianco, 2002, p.:368).

Sağlık hizmetlerinin kullanımında uygunluk kavramının, ülkeden ülkeye ve sağlık sisteminin kendine özgü dinamiklerine göre değişebildiği ifade edilmektedir. Genel olarak, iki tür uygunluk tanımı yapıldığı vurgulanmaktadır. Bunlar: “verilen hizmetlerin uygunluğu” ve “bakım verilen yerin uygunluğudur” (Kaya, 1998, s.:312; Teke, 2000, s.:6; Teke ve ark., 2005, s.:239-240; Künver Kenar, 2007, s.:8; Louis et al., 2008, p.:202).

- **Hizmetin Uygunluğu:** Semptomlar, fiziksel bulgular ve tanısal test sonuçlarına göre; belirli bir hastanın, verilecek sağlık hizmetinden yarar göreceği bekleniliyorsa, hizmetin uygunluğunun sağlanmış olacağı ifade edilmektedir. Hizmetin uygunluğu, klinik deneyimler, rastgele kontroller ve sistematik incelemeler yolu ile belirlenebilmektedir. Genel olarak bu yaklaşımda maliyetler göz ardı edilerek sağlanan yararın yapılan harcamaya değip değmeyeceği, harcanan paranın alternatif kullanım olanaklarının olup olmadığı düşünülmemektedir (Teke ve ark., 2005, s.:239-240; Künver Kenar, 2007, s.:8)
- **Bakım Yerinin Uygunluğu:** Bakım verilen yerin uygunluğu, hastanın klinik özelliklerinin ve bakımı için gerekli olan hizmetlerin, bakımın verildiği yere uyup uymadığına göre belirlenmektedir. Bakım yerinin uygunluğu denildiğinde, verilen hizmetlerin uygun olduğu ve teknik olarak doğru bir şekilde sunulduğu varsayılmaktadır (Teke ve ark., 2005, s.:239-240; Künver Kenar, 2007, s.:8).

Hizmetin uygunluğu etkililik, bakım yerinin uygunluğu ise maliyet etkililik ile ilişkilendirilmektedir. Klinik araştırmalar, verilen hizmetlerden sonra hastanın

sağlığında bir iyileşme olup olmadığını belirlemeye çalışmaktadır. Burada etkililik amaçlanmaktadır. Klinik araştırma sonuçlarına dayandırılarak yapılan ekonomik değerlendirmelere göre de; en düşük maliyetle kaliteli hizmet sunulması hastanın sağlığı geliştirilmeye çalışılmaktadır. Burada ise maliyet etkililiğin söz konusu olduğu belirtilmektedir (Kaya, 1998, s.:312; Teke, 2000, s.:6).

“Uygun olmayan hastane kullanımı” (inappropriate hospital utilization), klinik açıdan daha az kompleks bir düzeyde (ayakta tedavi merkezleri vb.) sunulabilecek olan bakım için, hastaların hastaneye yatırılması olarak tanımlanabilmektedir (Anton et al., 2007, p.: 128). Başka bir deyişle, uygun olmayan hastane kullanımı, hastanın tıbbi açıdan gereksinimine uygun olmayan kullanım olarak tanımlanmaktadır. Fazla ve yetersiz kullanım olmak üzere, iki tür uygun olmayan kullanımın söz konusu olduğu belirtilmektedir (Kaya, 1998, s.:312; Lorenzo et al., 1999a, p.:14; Teke ve ark., 2004, s.:129; Poulos ve Eagar, 2007).

- **Fazla kullanım** (overutilization), hastaya faydası olmayan (hastanın eve gidebilecek düzeye gelmesine rağmen hastanede fazladan yattığı günler gibi) ya da yatarak değil de, ayakta ve daha az maliyetli bir sağlık kuruluşunda verilebilecek olan bakımı ifade etmektedir (Kaya, 1998, s.:312; Lorenzo et al., 1999a, p.:14; Teke ve ark., 2005, s.:240; Künver Kenar, 2007, s.:9). Poulos ve Eagar (2007), fazla kullanımın, klinik açıdan daha düşük bir düzeyde bakım alabilecek hastaların hastaneye yatışını ya da gereğinden fazla hastane bakımı alan hastaları kapsadığını belirtmektedir.
- **Yetersiz kullanım** (underutilization), hastanın tıbbi gereksinimlerini karşılamada tür, süre, yer ya da yoğunluk açısından yeterli olmayan bakımdır. Örneğin; yatarak tedavi olması gereken bir hastanın taburcu edilmesi, komplikasyon riski açısından hastanede yatması gerekli olan bir hastaya ayakta cerrahi müdahale yapılması vb. (Kaya, 1998, s.:312; Lorenzo et al., 1999a, p.:14; Teke ve ark., 2005, s.:240; Künver Kenar, 2007, s.:9; Poulos ve Eagar, 2007). Yetersiz kullanım, arzulanan sağlık faydalarına ulaşmak için gereken optimal düzeyden daha düşük bir düzeyde bakım verilen hastaya, sunulan sağlık hizmetleri olarak da tanımlanabilmektedir (Trerise et al., 2001, p.:27) Yetersiz kullanım bakım

kalitesini etkilediği ifade edilmektedir. Klinik yönetimin yetersizliği ya da maliyet stratejilerine bağlı olarak optimal sürenin altında bir yatış süresi, hastanenin çıktılarında istenmeyen sonuçlar ortaya çıkarabildiği belirtilmektedir (Künver Kenar, 2007, s.:9).

Yetersiz ve fazla kullanım, hasta güvenliği ile de ilişkilendirilmektedir. Yetersiz kullanım açısından; eğer hasta çok erken taburcu edilmişse veya tedavi planları/uygulamaları yetersizse, hastaların yatış süresinin azalması, doğru olmayan ya da tamamlanamayan tedavi ile sonuçlanabilir. Sayı olarak az ve süre olarak kısa hekim vizitleri, tanı işlemlerinin gecikmesine, yanlış tanı ya da tıbbi hatalar gibi ek kayıplara yol açabilmektedir. Benzer bir şekilde, gerekli test ve işlemlerin yetersiz olması, tanı konulamaması, yanlış tanı veya yanlış tedaviye neden olabilmektedir. Fazla kullanımda da, yetersiz kullanımda söz konusu olan istenmeyen durumlarla karşılaşılabilir. Ayrıca fazla kullanımda, sağlık hizmeti sunulan hasta sayısının artması ve zaman baskısı nedeniyle, tıbbi hata riskinin arttığı vurgulanmaktadır (Unruh et al., 2005, p.:248).

Uygun olmayan hastane kullanımı konusunda ABD başta olmak üzere birçok ülke, uygun olmayan hastane yatışı konusuna odaklanmıştır. Uygun olmayan hastane yatışı (inappropriate hospitalization), daha düşük bir maliyette ve daha az kompleks olan bir sağlık bakım kuruluşunda verilebilecek sağlık bakımı için, hastaneye yatış yapılması olarak tanımlanmaktadır (Soria-Aledo et al., 2009, p.:321). Uygun olmayan (inappropriate) ya da önlenbilir (preventable) hastane yatışlarının, gereksiz hastane yatışı (unnecessary hospital admission) olarak kabul edilebileceği belirtilmektedir. Uygun olmayan yatış oranının, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve performansını ölçmek için kullanıldığı vurgulanmaktadır (Maharaj et al., 2005, p.:516).

McDonagh ve arkadaşları (2000, p.:159), akut hastane yatağını işgal eden bir hastanın uygunluğun değerlendirilmesinde, iki yönün incelenebileceğini bildirmektedir. Bunlardan birincisi; hastanın tıbbi gereksinimlerinin, hastane düzeyinde bakımı gerektirip gerektirmediğine karar vermektir. İkinci yol ise, durumu

hâlihazırda kullanılan alternatifler bağlamında ele almaktır. Bunların ilki, ideal ortamda uygun olmayan kullanımı belirler ve gereksinim duyulan alternatif hizmetleri tanımlamak için kullanılabilir (yapısal problemler). İkincisi ise, halihazırdaki sistem içinde uygun olmayan kullanım miktarını tanımlar (süreç problemleri) (McDonagh et al., 2000, p.:159).

Hastane Düzeyinde Bakıma İhtiyaç Var mıydı?	Hastane Düzeyinde Bakım Alındı mı?	Çıktı
Evet	Evet	Uygun Kullanım
Evet	Hayır	Yetersiz Kullanım
Hayır	Evet	Fazla Kullanım
Hayır	Hayır	Uygun Kullanım

Şekil 1.3. Hastane Hizmetlerine Duyulan İhtiyaç ve Alınan Hizmetler Arasındaki İlişki

Kaynak: Kaya, 1998, s.:313.

Hastane hizmetlerine duyulan ihtiyaç ve alınan hizmetler arasındaki ilişki, Şekil 1.3'te verilmiştir. Buna göre; hastane düzeyinde bakıma ihtiyacı olan ve hastane düzeyinde sağlık hizmeti alan hastalar için, uygun kullanım söz konusu olacaktır. Hastane düzeyinde bakıma ihtiyacı olduğu halde, hastane düzeyinde bakım alamayan hastalar için yetersiz kullanım; ihtiyacı olmadığı halde hastanede hizmet alan hastalar için fazla kullanım söz konusu olmaktadır.

Kullanım uygunluğu ile ilgili çalışmaların, ilk olarak 1980'li yıllarda ABD'nde başladığı ve ilk tıbbi uygunluk tanımlamalarının UCLA Üniversitesi'nde RAND Şirketi tarafından geliştirildiği belirtilmektedir. Yapılan ilk tanımlamaların halen kullanılmakta olduğu, benzeri yaklaşımların Avrupa'ya da yayılmasıyla birlikte, bu tanımlamalara yeni öneri ve katkıların yapıldığı bildirilmektedir. Birçok nedenle, hastaların bir kısmının ya uygun tıbbi yaklaşıma hiç ulaşamadıkları (yetersiz

kullanım) ya da uygun olmayan gereksiz hizmetlere (fazla kullanım) maruz kaldıkları öne sürülmektedir. RAND Şirketi tarafından 1989 yılında yayınlanan ve 4500 hasta dosyasının incelendiği bir çalışmada, hastalara uygulanmış olan koroner anjiyografilerin ve üst gastrointestinal sistem endoskopilerinin 1/6'sının, karotid endarterektomilerin 1/3'ünün uygunsuz (inappropriate) olarak nitelendirildiği belirtilmektedir. Bu değerlerin daha yüksek olabileceği düşünülmekte ve bazı araştırmalara göre; hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin % 20 ile % 60 oranında yeterli uygunlukta olmadığına altı çizilmektedir (Aşçıoğlu Akhan, 1998, s.:17).

Kullanım inceleme çalışmalarının çoğunun, fazla kullanım üzerine odaklandığı vurgulanmaktadır (Trerise et al., 2001, p.:27). Bunun ilk nedeni, sağlık bakım maliyetlerinin hızla yükselmesinden duyulan kaygıdır. İkinci neden; iatrojenik riskin (uygulanan tedavinin yan etkisi) daha çok farkına varılmasıdır. 1990 yılında, New York'ta 30.000'in üzerinde tıbbi kayıtların incelendiği bir çalışmaya göre; hastanede yatan hastaların yaklaşık % 4'ünün iatrojenik bir olayla karşılaştığı tahmin edilmektedir (Restuccia, 1995, p.:254). En önemli nedenin ise, hastanın bir hastalık durumunda, hastaneye ilaveten başka yerlerde de tedavi görmeye devam edebilmesinin çeşitli bilgi kaynaklarından veri toplamayı gerektirmesi nedeniyle yetersiz kullanımı belirlemenin, fazla kullanımı belirlemekten daha güç olduğu belirtilmektedir (Teke, 2000, s.:9; Esatoğlu, 2007, s.:391).

Hastane hizmetlerinin üretiminin; hastanın sağlık statüsü ve davranışına göre biçimlendirilen, hekimin bilgi, beceri ve uygulama modeline bağlı olan ileri derecede uzmanlaşmış bir süreç olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle tıbbi bakım sürecinin etkililik ve verimlilik açısından izlenmesinin, kompleks olduğu kadar katı yaklaşımlara da uygun olmadığı belirtilmektedir. Bu süreçte, hastanın bireyselliğinin, hekimlerin uygulama modellerindeki varyasyonun ve tıbbın bir bilim olduğu kadar bir sanat olduğunun da bilincinde olunmalıdır. Kullanım incelemesinin, tıbbi uygulamanın temellerine dayandırılması gerektiği vurgulanmaktadır. Kullanım incelemesinin amacının, tıbbi uygulamaların kompleksliğini göz ardı etmeden, bu temel uygulamaları belirlemek olduğu belirtilmektedir (Kaya, 1998, s.:313; Teke, 2000, s.:11).

1.5. Uygun Olmayan Kullanımı Belirleme Yöntemleri

Uygunluğun objektif olarak ölçülmesi, gözlenen bakım modellerinin, uygun bakım için oluşturulan kriterler ile karşılaştırılmasına bağlıdır. Hizmet uygunluğunu değerlendirmede, hizmet indikasyonlarını ve ilgili herhangi bir risk faktörü ya da bir arada var olan hastalıkları belirlemek için, hastanın tıbbi kayıtlarındaki detaylı klinik bilgiler incelenmektedir. Bakım yerinin uygunluğunun değerlendirilmesinde ise, hastalığın şiddeti ve hastanın bakımı için gerekli olan klinik hizmetleri belirlemek amacıyla tıbbi kayıtların incelenmesinin söz konusu olduğu belirtilmektedir (Teke, 2000, s.:11).

Uygun olmayan kullanımı belirleme yöntemleri, ayakta verilen hizmetler ve diğer hizmet türlerinden çok hastaneye yatırılarak verilen hizmetler için geliştirilmiştir. Bu nedenle, burada sadece yatan hastalarla ilgili olan yöntemler üzerinde durulmuştur. Fazla kullanım ve bakım yerinin değerlendirildiği yöntemler, yetersiz kullanım ve hizmet uygunluğunun değerlendirildiği yöntemlerden daha fazla geliştirilmiştir. Bu nedenle çalışmanın bu bölümünde bakım yerinin uygunluğunun değerlendirilmesinde kullanılan ve fazla kullanıma odaklanan yöntemler incelenecektir.

Uygun olmayan kullanımı belirlemede, fazla kullanıma odaklanan bir takım yöntemler kullanılmaktadır. Bunlar; kapalı (implicit) kriterlerin kullanıldığı yöntemler, açık (explicit) kriterlerin kullanıldığı yöntemler ve her ikisinin kombinasyonunun kullanıldığı diğer yöntemlerdir (Kaya, 1998, s.:313; Teke, 2000, s.:12).

1.5.1. Kapalı Kriterlerin Kullanıldığı Yöntemler

Kapalı kriterlerin kullanıldığı yöntemlerde, incelemeyi hekim yapmaktadır. İnceleyici hekim, verilen bakımın kalitesini ve kullanımın uygunluğunu belirlemede, (hastanın tıbbi kayıtlarını inceleyerek) kendi klinik yargısını kullanır. Bu yöntemde

uygunluğun tüm yönleri (yer, zamanlama, yoğunluk, miktar) incelenebilir. Ne yargıda bulunurken kullanılan bilgi ne de bilginin çeşitli yönlerini ağırlıklandırma süreci, araştırmacı tarafından ayrıntılarıyla açıklanamamaktadır. Bu sebeple yöntemin geçerliliğinin, tamamıyla inceleyicinin bilgi, beceri ve yargısına bağlı olduğu vurgulanmaktadır (Kaya, 1998, s.:313; Teke, 2000, s.:12).

Aynı kayıtları inceleyen iki ya da daha fazla inceleyici arasındaki düşük uyum oranı, güvenilirliğin düşük olması ve inceleyicinin taraf tutma olasılığı, bu yöntemlerin dezavantajları olarak ifade edilmektedir (Künver Kenar, 2007, s.:10).

1.5.2. Açık Kriterlerin Kullanıldığı Yöntemler

Açık kriterlerin kullanıldığı yöntemlerde, inceleyicilere özel kriterler verilir ve inceleme süreci ayrıntılı olarak açıklanır. Bu yöntemler, tanıya özel olanlar ve tanıdan bağımsız olanlar şeklinde gruplandırılabilir (Künver Kenar, 2007, s.:10).

Taniya özel yöntemlerde, belirli tanı ya da semptomları olan hasta grupları için, ayırt edici standart prensipler veya kurallar/rehberler (guidelines) belirlenmektedir. Çok sayıda tanı ve olası tedavi, hasta cevaplarının geniş aralığı, teknolojiye ilerlemeler kadar kabul edilen uygulama modellerindeki değişkenliği de içermeye ihtiyacı yüzünden, tanıya özel yöntemler, tanıdan bağımsız yöntemlere göre; daha kompleks araçlar ve yapısal olarak daha düzenli inceleme prosedürleri gerektirmektedir. Geliştirilmesi ve güncelleştirilmesinin pahalı olması, uygulamanın zaman alması ve tanıdaki hataların hatalı sınıflandırmaya sebep olması, tanıya özel yöntemlerin dezavantajları olarak sayılmaktadır (Kaya, 1998, s.:313-314).

Tanıdan bağımsız yöntemlerde, bütün hastalar için tek bir kriter listesi bulunmaktadır. Bu listeler, yatan hasta bakımının gerekli olup olmadığına karar vermek üzere, hastanın tanı ya da semptomlarına bakılmaksızın uygulanan bir genel kriterler grubunu içerdiği için, kararların geçerliliği, tanıların doğruluğuna bağlı

değildir. Tanıya özel protokollere göre, daha az kriter içerirler, hekim olmayan inceleyciler tarafından uygulanabilirler ve güncelleştirmeleri daha kolaydır. Bu araçları kullanırken incelenen bilgi, hastanın geçmişi, fiziksel incelemesi, gelişim notları, hemşire notları, konsültasyon notları ve fizyoterapist, sosyal çalışmacı gibi diğer hizmet sunucularının notlarını içeren tıbbi kayıtlardan elde edilmektedir (Kaya, 1998, s.:314).

Tanıdan bağımsız yöntemler arasında, en sık kullanılan ve bilinen yöntemler şu şekilde sıralanabilmektedir (Restuccia, 1995, p.:255-256; Kaya, 1998, s.:314; Lorenzo et al., 1999a, p.:15; Kalant et al., 2000, p.:1809; Tu, 2000, p.:1825; Teke, 2000, s.:13-14; McDonagh et al., 2000, p.:172-173; Aşçıoğlu ve Ünal, 2006, s.:94; Küner Kenar, 2007, s.:11):

- Uygunluk Değerlendirme Protokolü (Appropriateness Evaluation Protocol-AEP)
- Hizmetin Yoğunluğu, Hastalığın Şiddeti ve Taburcu Taramaları (Intensity of Service, Severity of Illness and Discharge Screens-ISD)
- Yönetimli Bakım Uygunluk Protokolü (Managed Care Appropriateness Protocol-MCAP).

1.5.2.1. Uygunluk Değerlendirme Protokolü

Uygunluk Değerlendirme Protokolü (Appropriateness Evaluation Protocol-AEP), hastane hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik olarak yapılan çalışmaların sonucunda, 1970'li yılların sonlarında 1980'li yılların başında Boston Üniversitesi'nde geliştirilmiş ve Gertman ile Restuccia tarafından revize edilmiştir (Restuccia, 1995, p.:255; Restuccia et al., 1996, p.:159; Teke, 2000, s.:14; McDonagh et al., 2000, p.:172; Soria-Aledo, 2009, p.:321). AEP, klinik kriterleri temel alan, hastaneye yatışların gerekliliği ve hastane bakımında gereksiz yatış günlerinin saptanmasına yönelik standardize edilmiş bir tekniktir (Merle et al., 2000, p.:110). Kullanımı basit olan AEP, kısa zamanda uygulanabilmektedir. Hem yatış hem de kalış için tek bir kriterin bile karşılanmış olması, hizmetin uygun olduğunu

değerlendirmek için yeterli olmaktadır (Kavuncubaşı, 2000, s.:368; Teke, 2000, s.:14; Kalant et al., 2000, p.:1809).

AEP'nin ABD, İsrail, Fransa, İspanya ve Türkiye'de geçerli ve güvenilir olarak kullanılabileceğini gösteren çalışmaların bulunduğu vurgulanmaktadır (Künver Kenar, 2007, s.:11). Avrupa Birliği BİOMED projesinde AEP, Portekiz, İspanya, İngiltere, Fransa, İsviçre, İtalya, İsrail gibi birçok ülkede kullanılmıştır. AEP'nin bu ülkelerde ayrı ayrı validasyonları yapılmış, bir ülkede geliştirilmiş uygunluk ölçütlerinin, küçük değişikliklerle diğer ülkelerde de kullanılabileceği gösterilmiştir (Aşçıoğlu Akhan, 1998, s.:19; Lorenzo et al., 1999b, p.:419-420). Kaya ve arkadaşlarının (2000, p.:328) yapmış olduğu güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında, AEP'nin Türkiye'de güvenilir ve geçerli olarak kullanılabileceği saptanmıştır. Kaya ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, Ankara'da bir devlet hastanesi ile bir üniversite hastanesinde, AEP kullanılarak hasta günlerinin uygunluğu değerlendirilmiştir (Kaya ve ark., 2002, s.:140).

AEP'nin kadın doğum ve psikiyatri hastaları da dâhil tüm erişkin hastalar için kullanılabileceği bildirilmektedir. Pediatrik hastalarda kullanılmak üzere, 1988 yılında, orijinal AEP'ye çok benzer olarak Pediatrik Uygunluk Değerlendirme Protokolü (Paediatric Appropriateness Evaluation Protocol-PAEP) geliştirilmiştir. PAEP'nin güvenilirlik ve geçerlilik testlerinin, ABD ve Kanada'da yapıldığı belirtilmektedir (McDonagh et al., 2000, p.:172-173; Maharaj et al., 2005, p.:516). Birleşik Krallık'ta da (United Kingdom-UK) kullanılmak üzere, PAEP'nin UK versiyonu hazırlanmış, güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Esmail, 2000, p.:224).

AEP'de, hastaneye yatışın ve hasta günlerinin uygunluğunu değerlendirmek üzere iki grup kriter bulunmaktadır. Bunlardan **“yatış kriterleri”**, hastalığın şiddeti ve hizmetin yoğunluğuna ilişkin iki alt gruba ayrılır. **“Kalış günlerine ilişkin kriterler”** ise, üç gruptur: tıbbi hizmetler, hemşirelik ve yaşam destekleyici hizmetler ve hastanın durumuyla ilgili faktörler. Eğer alt gruplardan herhangi birinde yer alan bir yatış kriteri hastanın tıbbi kayıtlarında yer alıyorsa, hastanın hastaneye yatışının uygun olduğu düşünülmektedir. Benzer şekilde, kalış günlerine ilişkin üç alt

gruptaki kriterlerden herhangi biri karşılanıyorsa, incelenen kalış gününün uygun olduğuna karar verilmektedir. Kriterler yeterince kapsayıcı bulunmadığında, inceleyicinin bu durumu belirtmesine izin verildiği belirtilmektedir (override option) (Restuccia et al., 1996, p.:159; Teke, 2000, s.:14-15; McDonagh et al., 2000, p.:172; Bianco et al., 2002, p.:369; Sangha et al., 2002, p.:484). Örneğin, kriterler arasında yer almayan bir hizmet ya da faktör hastaneye yatışı gerektirmiş olabilir ya da kriterlerden birini karşılayan bir hastanın akut düzeyde bakımın verildiği hastaneye yatırılması gerekli olmayabilir. Bu durumda inceleyicinin objektif AEP kriterleri ile varılan uygunluk kararını değiştirmesi, subjektiviteyi ve inceleyicinin taraf tutma olasılığını ortaya çıkarabileceğinden, kriterlerin etkili olarak kullanılmasını sağlamak için, inceleyicilerin bu konuda eğitimi, denetlenmesi ve izlenmesi gerekmektedir (Kaya, 1998, s.:314). AEP gereksiz kullanımın nedenlerini belirlemeye yardımcı olacak bir nedenler ve sorumlular listesi de içermektedir (Kaya, 1998, s.:314; Bianco et al., 2002, p.:369).

1.5.2.2. Hizmetin Yoğunluğu, Hastalığın Şiddeti ve Taburcu Taramaları

Hizmetin Yoğunluğu, Hastalığın Şiddeti ve Taburcu Taramaları (Intensity of Service, Severity of Illness and Discharge Screens-ISD), ABD’nde InterQual isimli sağlık bakım danışmanlık şirketi tarafından 1978 yılında geliştirilmiştir (Restuccia, 1995, p.:256; Inglis et al., 1995, p.:952; Trerise et al., 2001, p.:28). ISD’ de, hastanın hastalığının şiddeti ve hastaya sunulan hizmetin yoğunluğunun, tanıdan bağımsız kriterler ile karşılaştırıldığı belirtilmektedir. ISD’nin, hastanın tıbbi kayıtlarının belirlenmiş kriterler ile değerlendirilmesi yoluyla, hastane yatış ve kalış günlerinin tıbbi açıdan gerekliliğini sağlamayı amaçladığı vurgulanmaktadır (Inglis et al., 1995, p.:953). Bu uygunluk değerlendirme aracının başlangıçta, erişkin dahiliye, cerrahi, obstetrik ve jinekolojik hastalar için kullanıldığı belirtilmektedir. ISD, 22 kriterden oluşmakta ve tüm erişkin hastalara uygulanmaktadır. Yatış ve hastanede kalış için aynı kriterler üzerinden değerlendirme yapıldığı bildirilmektedir. AEP’ de olduğu gibi, ISD kriterlerinden birinin karşılanıyor olması, yatışın ya da hastanede kalışın uygun olduğuna karar vermek için yeterli görülmektedir. AEP’ de olduğu gibi bazı

durumlarda inceleyiciye insiyatif kullanma hakkı (override option) verilmektedir (McDonagh et al., 2000, p.:172).

Poulos ve Eagar (2007), ISD kriterlerinin ağırlıklı olarak Kanada ve İngiltere’de kullanıldığını belirtmektedir. ISD kriterlerinin tanıdan bağımsız olması ve tanı hatalarından etkilenmemesi nedeniyle, hekimler tarafından yaygın olarak kabul gördüğü bildirilmektedir (DeCoster et al., 1997, p.:891).

1.5.2.3. Yönetimli Bakım Uygunluk Protokolü

Yönetimli Bakım Uygunluk Protokolü (Managed Care Appropriateness Protocol-MCAP), sağlığı sürdürme örgütlerinin gelişimi ve yönetimli bakımla ilgili tıbbi uygulama değişikliklerini (özellikle tıbbi bakım hizmetlerini hastane dışında sunma kapasitesinin artması) yansıtmak üzere, 1980’li yılların sonunda geliştirilmiştir (Restuccia, 1995, p.:256; Kaya, 1998, s.:314).

MCAP da AEP gibi, ihtiyaç duyulan klinik hizmet ve hastalığın şiddeti ile ilgili yatış ve hastanede kalış günlerini değerlendirmek üzere bir takım açık kriterlerden oluşmaktadır. Kriterlerden birinin karşılanıyor olması, hastaneye yatışın ya da incelenen hasta gününün uygun olduğuna işaret etmektedir. Tanıdan bağımsız olan MCAP’ın tüm hastalara uygulanabileceği belirtilmektedir (Kalant et al., 2000, p.:1809-1810).

1.5.3. Diğer Yöntemler

Kapalı ya da açık kriterlerin kullanıldığı yöntemlerden başka, uygun olmayan kullanımı belirlemede diğer yöntemler de bulunmaktadır. Bunlara genel olarak ara yöntemler (intermediate methods) denilmektedir. Bu yöntemlerde, spesifik kriterler tanımlanmamakta, ancak inceleme sürecinin çeşitli yönleri formüle edilebilmektedir (Kaya, 1998, s.:315). Ara yöntemlerde, araştırmacıların incelenmesi gereken bilgiyi,

kalite veya uygunluğu belirlemede kullanılabilecek süreç ya da çıktıyı, tüm değerlendirmelerde neye bakılacağını ya da nasıl ulaşılacağını tanımlayabildiği belirtilmektedir (Payne, 1987, p.:738-739).

Hastanelerde yaygın olarak kullanılan ara yöntemlerden birinin, yatış süresi profili olduğu belirtilmektedir (Payne, 1987, p.:739). Yatış süresi (length of stay), bir hastanın hastaneye yatışı ile taburcusu arasındaki gün sayısı olarak tanımlanmaktadır. Ortalama yatış süresi (average length of stay) ise, standart bir hastane istatistiğidir. Bir grup hasta için ortalama yatış süresi, hastaların yatış sürelerinin toplamının grup içindeki hasta sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır (Slee et al. 1996, p.:103).

Yatış süresi profilinde, yatış süreleri benzer olan hastalıkların Uluslararası Hastalık Sınıflandırması'na (International Classification of Diseases-ICD) göre alt tanı kodları gruplandırılmaktadır. DRG sisteminin, yatış süresi profili incelemesi için hastaları gruplamak amacıyla geliştirildiği ifade edilmektedir. Her grubun ortalama yatış süresi ve yatış süresinin belirli yüzdeleri belirlenerek, incelemenin uygun olduğunu gösteren bir işaret olarak hedef bir yüzdelik seçilmektedir. Daha sonra inceleyicinin, yatış süresi uygun grubun yüzdeliğini geçen her hastanın, kayıtlarını inceleyeceği belirtilmektedir. Yatış süresi profilinin, sadece daha ileri incelemenin yapılabilmesi için, yatış süresi olağandışı uzun olan hastaları hedef aldığı ifade edilmektedir (Kaya, 1998, s.:315).

Bu yöntemin, bir sorunun var olduğunu göstermekte olup ancak sorunun kaynağının belirlenmesine yardımcı olmayacağı belirtilmektedir. Yöntemin güvenilirliği ve geçerliliğinin, hastaları tanı gruplarına göre gruplamada kullanılan yöntem ve gerçek uygunluğu değerlendirmede kullanılan yöntemle ilgili olduğu ifade edilmektedir. Çok sayıda vakanın incelenmesinin gerekmesi ve tanıdaki hataların hatalı sınıflamaya yol açması da yatış süresi profillerinin dezavantajları arasındadır (Kaya, 1998, s.:315).

1.6. Uygun Olmayan Kullanımın Nedenleri

Uygun olmayan hastane kullanımı incelendiğinde, gereksiz hasta yatış günü nedenlerinin genel olarak üç grupta toplandığı vurgulanmaktadır. Bunlar: hekim ya da hastaneden kaynaklanan nedenler, hasta ya da ailesinden kaynaklanan nedenler ve çevresel nedenlerdir. Bu nedenler, ayrıntıları ile aşağıda verilmiştir (Teke, 2000, s.:20):

➤ Hekim ya da Hastaneden Kaynaklanan Nedenler:

- ✓ Ameliyat tarihinin uygun ayarlanamaması,
- ✓ Hastanın hastaneye erken yatırılması,
- ✓ Tanı ve tedavi işlemlerinin çeşitli nedenlerle ertelenmesi,
- ✓ Tatil günleri nedeniyle işlem yapılamaması,
- ✓ Tanı ve tedavi işlemlerini yönlendirecek test sonuçları veya konsültasyon beklenmesi,
- ✓ Hastanenin, hasta taburcu işlemlerine ilişkin bir plan ve politikasının bulunmaması,
- ✓ Hekimin taburcu kararını zamanında yazamaması,
- ✓ Hekimin, hastanın tıbbi yönetimi ile ilgili fazla koruyucu/ihtiyatlı davranması,
- ✓ Başka bir sağlık kuruluşuna transferi gerekli olan hastanın işlemleri ile ilgili gecikmeler,
- ✓ Hastanenin, hasta ile ilgili yasal sorunlarının olması,
- ✓ Tanı ve tedavi planının bulunmaması,
- ✓ Tanı ve tedavi planlarının ayakta yapılabilecek olması
- ✓ Diğer nedenler.

➤ Hasta ya da Ailesinden Kaynaklanan Nedenler:

- ✓ Hastanın ya da ailesinin, hastanın hastanede yatması konusunda ısrarlı olması,
- ✓ Hastanın hekim tarafından uygulanan tedavi programına uymaması,
- ✓ Hasta ya da ailesinin, yapılacak herhangi bir işlem için karar vermede gecikmesi,

✓ Diğer nedenler.

➤ **Çevresel Nedenler:**

- ✓ Hastane dışında bakım verilebilecek alternatif sağlık kuruluşlarının olmaması,
- ✓ Hastaya evde bakacak birinin olmaması,
- ✓ Hastanın başka bir sağlık kuruluşuna transferi için, finansal ve tıbbi onay ya da izin beklenmesi,
- ✓ Diğer nedenler.

Gereksiz yatış oranının, % 70-80 hekim ya da hastane kaynaklı, % 2-5 hasta ya da ailesinden kaynaklı ve % 12-25 çevre kaynaklı olduğu belirtilmektedir (Demir et al., 2002, p.:817; Teke ve ark., 2004, s.:130).

Kaya ve arkadaşlarının (2002, s.:144) yapmış olduğu bir çalışmada; uygun olmayan hasta günlerinin üniversite hastanesinde % 76'sından, devlet hastanesinde % 62,9'undan hekim ya da hastanenin sorumlu olduğu belirtilmiştir. Belirlenen uygun olmayan hasta günlerinin başlıca nedenleri şu şekilde sıralanmaktadır (Kaya ve ark., 2002, s.:143):

- İhtiyaç duyulan tanıyla ilgili işlemlerin ve/veya tedavinin ayakta yapılabilmesi,
- Hastaneye vaktinden önce yatırma,
- Hekim tarafından hastanın tıbbi yönetiminin fazla koruyucu/ihtiyatlı olması,
- Tanısal amaçlı test/işlem ya da konsültasyon sonuçlarının henüz alınmamış olması.

Restuccia ve arkadaşlarının araştırmasında; uygun olmayan hastane yatışına neden olan faktörler: hastanın hastaneye erken yatırılması (% 40), hastane düzeyinde bir bakıma gereksinim olmaması (% 37), daha düşük seviyede bakım gereksinimi (% 12) ve diğer faktörler (% 11) olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada, uygun olmayan kullanımda, hekim ya da hastaneden kaynaklanan faktörlerin rolü % 75, çevresel faktörlerin rolü % 13 ve hasta ya da ailesinden kaynaklanan faktörlerin rolü ise % 4 olarak bulunmuştur (Aktaran: Teke, 2000, s.:55).

Dizdar ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmada ise; uygun olmayan hastane kalış günlerinin temel nedenleri olarak, şu faktörler belirlenmiştir: tanı işlemleri ve konsültasyonlarda uygun olmayan zamanlama ya da gecikme (% 27), test sonuçlarının alınmasında gecikme (% 27), uygun olmayan yatış (% 18), taburcu kararında gecikme (% 9), alternatif bakım kurumlarının yokluğu ve yetersiz evde bakım (% 8) (Dizdar et al., 2007, p.:409).

1.7. Uygun Olmayan Kullanım Düzeyi

Uygun olmayan kullanım düzeyi ile ilgili çeşitli ülkelerde araştırmalar yapılmakla birlikte, Türkiye’de bu araştırmalar çok az sayıdadır. 1980 ve 1990’lı yıllarda çeşitli ülkelerde yapılan uygun olmayan yatışların ve hasta günlerinin yüzdesi Çizelge 1.2’de verilmiştir. ABD ve Avrupa’da yapılan araştırma sonuçlarına göre, uygun olmayan yatış oranının % 2,1 - 44,8 arasında ve uygun olmayan kalış günü oranının % 5- 66 arasında değişebildiği belirtilmektedir (Houghton et al., 1996, p.:544).

Çizelge 1.2. Çeşitli Ülkelerde, Uygun Olmayan Yatışların ve Uygun Olmayan Hasta Günlerinin Yüzdesi

Araştırmanın Yapıldığı Ülke	Hastaneye Uygun Olmayan Yatışlar (%)	Uygun Olmayan Hasta Günleri (%)
ABD	5-43	18-48
Kanada	24-48	13-64
İsrail	-	10-32
İngiltere	31	66
Fransa	18-25	-
İtalya	25-38	28-49
Portekiz	3-38	22-66
İspanya	2-45	15-44
İsviçre	1-6	8-15
Batı Almanya	-	18

Kaynak: Kaya, 1998, s.:315.

Kullanımın incelendiği araştırmalarda, kullanım inceleme araçları ve yöntemleri, inceleyicilerin özellikleri, incelemenin yapıldığı zaman (ileriye dönük, eşzamanlı ya da geriye dönük), örnekleme yöntemleri, uygun olmayan kullanım oranlarını hesaplama yolları, istatistiksel yöntemlerin özellikleri, hastanın özellikleri, hastanenin özellikleri vb. açısından farklılıklar bulunduğu için karşılaştırma yapılırken dikkatli olmanın gerekliliği belirtilmektedir (Kaya, 1998, s.: 315-316).

Türkiye’de yapılan sınırlı sayıdaki uygunluk değerlendirme çalışmaları ve elde edilen sonuçlar, şu şekilde sıralanabilmektedir:

- Kaya ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada, Ankara’da bir devlet hastanesi ile bir üniversite hastanesinde, AEP kullanılarak hasta günlerinin uygunluğu değerlendirilmiştir. Bu araştırmada uygun olmayan hasta günü miktarı, devlet hastanesinde % 34,3; üniversite hastanesinde % 24,6 bulunmuştur (Kaya ve ark., 2002, s.:140).
- Peker ve arkadaşları tarafından GATA Eğitim Hastanesinin dahiliye ve cerrahi kliniklerinde yatan hastaların teşhislerine dayalı olarak gereksiz kullanımın belirlenmesi için yapılan bir araştırmada; cerrahi kliniklerde (beyin cerrahisi, çocuk cerrahisi, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, kalp damar cerrahisi, plastik cerrahi) gereksiz kullanım düzeyi % 69,0 iken, dahili kliniklerde % 54,9 olduğu bulunmuştur (Peker ve ark., 2004, s.:215).
- Künver Kenar, 1 Ocak- 31 Aralık 2005 tarihleri arasında Atatürk Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde astım tanısı bulunan hastaların yatış süresini ve yatış uygunluğunu değerlendirmek amacıyla bir araştırma yapmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; hastaların % 3,9’u (7 hasta) yatış uygunluğu açısından belirlenmiş kriterlerin hiçbirini karşılamamıştır (Künver Kenar, 2007, s.:70).
- Aşçıoğlu ve Ünal’ın Hacettepe Üniversitesi Dahiliye Bölümünde 248 hasta üzerinde yapmış oldukları araştırmada, 4090 hasta/gün içerisinde 2314 günün

uygunsuz olduğu, uygunsuzluk nedenlerinin başında hekimler ve hastanenin olduğu saptanmıştır (Aşçıoğlu ve Ünal, 2006, s.:96- 97).

- Dizdar ve arkadaşlarının bir üniversite hastanesinin dahiliye bölümünde yapmış olduğu çalışmada; AEP ile değerlendirilen 402 hasta gününün % 34,6'sının uygun olmadığı belirlenmiştir (Dizdar et al., 2007, p.:408).
- Teke tarafından Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi cerrahi kliniklerinde yapılan çalışmada; incelenen hastaların % 21,3'ünün hastaneye yatışının uygun olmadığı, incelenen hastane kalış günlerinin % 49,1'inin uygun olmadığı saptanmıştır (Teke, 2000, s.:73).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi, türü, hipotezler, araştırmanın yapıldığı yer, evren ve örneklem, veri toplama aracı ve verilerin analizi gibi araştırmanın yöntemine ilişkin bilgiler verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniklerinde yatan hastaların, yatış ve hastanede kalış uygunluğunun değerlendirilmesi ve bunlara etki eden değişkenlerin belirlenmesidir.

2.2. Araştırmanın Önemi

Yapılan araştırmada, Uygunluk Değerlendirme Protokolü kullanılarak bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniklerinde yatış ve kalış uygunluğunun değerlendirilmesi ile yatış ve kalış uygunluğuna etki eden değişkenlerin belirlenmesi hedeflenmiştir. Tüm ülkelerde olduğu gibi, Türkiye’de de uygun olmayan hastane kullanımı önemli bir konudur. Yapılan literatür taramasında, Türkiye’de uygun olmayan hastane kullanımının değerlendirildiği az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Hastaneler gibi yüksek maliyetli sağlık kurumlarının, etkili ve verimli bir şekilde kullanılması, uygun olmayan kullanımın önlenmesi, hastane ve sağlık yöneticilerinin üzerinde önemle durması gereken bir konudur. Uygun olmayan yatış ve hastanede kalış günlerinin, kaynakların gereksiz kullanımının yarattığı maliyet ile birlikte, hasta açısından da birçok riski (iatrojenik hastalıklar, hastane enfeksiyonu vb.) beraberinde getirdiği bilinmektedir. Konuya ilişkin yapılacak olan araştırmaların, kullanım yönetimi hakkında sağlık ve hastane yöneticilerine bilgi vereceği, belirlenen uygun olmayan kaynak kullanımına karşı strateji geliştirme ve iyileştirme faaliyetlerinin başlatılmasına öncülük edebileceği, kaynak planlamasının daha rasyonel

yapılabilmesi yoluyla; kaliteli, etkili, verimli ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sunumuna katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

2.3. Araştırmanın Türü

Araştırma, yapıldığı yer açısından bir alan araştırmasıdır. Uygun olmayan hastane kullanımını ve buna etki eden değişkenleri belirlemesi itibarıyla tanımlayıcı, kapsadığı zaman açısından ise retrospektif niteliktedir.

2.4. Hipotezler

Yapılan araştırmanın hipotezleri aşağıda sıralanmıştır:

- 1- Hastaların yatış uygunluğuna göre ortalama yatış süreleri arasında fark vardır.
- 2- Hastaların kalış uygunluğuna göre ortalama kalış günleri arasında fark vardır.
- 3- Hastaların yatış uygunluğuna göre kalış günü uygunlukları arasında fark vardır.
- 4- Hastaların yatış uygunluğu;
 - a- Cinsiyete göre,
 - b- Yaş gruplarına göre,
 - c- Medeni duruma göre,
 - d- Öğrenim durumuna göre,
 - e- Sosyal güvence durumuna göre,
 - f- İkamet yerine göre,
 - g- Meslek grubuna göre,
 - h- Yatılan kliniklere göre,
 - i- Tanı uyumuna göre,
 - j- Kesin tanı durumuna göre,
 - k- Hastaneye yatış sayısına göre,
 - l- Kliniğe yatış sayısına göre,
 - m- Yatış yapılan yere göre,
 - n- Yatış tanısına ek hastalık durumuna göre,

- o-** Kronik hastalık durumuna göre,
- p-** Yatış yapılan aya göre,

istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

5- Hastaların ortalama uygun kalış süresi;

- a-** Cinsiyete göre,
- b-** Yaş gruplarına göre,
- c-** Medeni duruma göre,
- d-** Öğrenim durumuna göre,
- e-** Sosyal güvence durumuna göre,
- f-** İkamet yerine göre,
- g-** Meslek grubuna göre,
- h-** Yatılan kliniklere göre,
- i-** Tanı uyumuna göre,
- j-** Kesin tanı durumuna göre,
- k-** Hastaneye yatış sayısına göre,
- l-** Kliniğe yatış sayısına göre,
- m-** Yatış yapılan yere göre,
- n-** Yatış tanısına ek hastalık durumuna göre,
- o-** Kronik hastalık durumuna göre,
- p-** Yatış yapılan aya göre,
- r-** Yatış uygunluğuna göre,

istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

6- Hastaların ortalama uygun olmayan kalış süresi;

- a-** Cinsiyete göre,
- b-** Yaş gruplarına göre,
- c-** Medeni duruma göre,
- d-** Öğrenim durumuna göre,
- e-** Sosyal güvence durumuna göre,
- f-** İkamet yerine göre,
- g-** Meslek grubuna göre,
- h-** Yatılan kliniklere,

- i-** Tanı uyumuna göre,
- j-** Kesin tanı durumuna göre,
- k-** Hastaneye yatış sayısına göre,
- l-** Kliniğe yatış sayısına göre,
- m-** Yatış yapılan yere göre,
- n-** Yatış tanısına ek hastalık durumuna göre,
- o-** Kronik hastalık durumuna göre,
- p-** Yatış yapılan aya göre,
- r-** Yatış uygunluğuna göre,

istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

7- Hastaların kalış uygunluğu;

- a-** Cinsiyete göre,
- b-** Yaş gruplarına göre,
- c-** Medeni duruma göre,
- d-** Öğrenim durumuna göre,
- e-** Sosyal güvence durumuna göre,
- f-** İkamet yerine göre,
- g-** Meslek grubuna göre,
- h-** Yatılan kliniklere göre,
- i-** Tanı uyumuna göre,
- j-** Kesin tanı durumuna göre,
- k-** Hastaneye yatış sayısına göre,
- l-** Kliniğe yatış sayısına göre,
- m-** Yatış yapılan yere göre,
- n-** Yatış tanısına ek hastalık durumuna göre,
- o-** Kronik hastalık durumuna göre,
- p-** Yatış yapılan aya göre,

istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

8- Uygun olmayan yatış üzerinde;

- a-** Cinsiyet,
- b-** Yaş grubu,

- c- Medeni durum,
- d- Öğrenim durumu,
- e- Sosyal güvence durumu,
- f- İkamet yeri,
- g- Tanı uyumu,
- h- Kesin tanı,
- i- Hastaneye yatış sayısı,
- j- Yatış yapılan yer,
- k- Yatış tanısına ek hastalık,
- l- Kronik hastalık,
- m- Yatış yapılan ay,

değişkenlerinin istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

9- Uygun olmayan kalış üzerinde;

- a- Cinsiyet,
- b- Yaş grubu,
- c- Medeni durum,
- d- Öğrenim durumu,
- e- Sosyal güvence durumu,
- f- İkamet yeri,
- g- Tanı uyumu,
- h- Kesin tanı,
- i- Hastaneye yatış sayısı,
- j- Yatış yapılan yer,
- k- Yatış tanısına ek hastalık,
- l- Kronik hastalık,
- m- Yatış yapılan ay,

değişkenlerinin istatistiksel olarak anlamlı etkisi vardır.

2.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastane'sinde (AEAH) yapılmıştır. Hastanenin istatistik biriminden alınan 2008 yılı verilerine göre; 647 fiili yatak kapasitesine sahip hastanede, 29 yataklı servis, 17 ayrı dalda hizmet veren merkez poliklinikler ve 3 ayrı semt polikliniği mevcuttur.

Hastanede, istatistik biriminin 2008 yılı verilerine göre, toplam 349 uzman hekim çalışmaktadır (10 dahiliye uzmanı, 28 genel cerrahi uzmanı, 11 çocuk hastalıkları uzmanı, 20 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, 27 anestezi ve reanimasyon uzmanı, 22 göz hastalıkları uzmanı, 25 KBB uzmanı, 6 beyin ve sinir cerrahisi uzmanı, 12 ortopedi uzmanı, 8 üroloji uzmanı, 11 cildiye uzmanı, 3 kardiyoloji uzmanı, 3 kalp damar cerrahisi uzmanı, 6 göğüs hastalıkları uzmanı, 13 nöroloji uzmanı, 3 göğüs cerrahisi uzmanı, 1 çocuk cerrahi ve 8 plastik cerrahi uzmanı, 18 FTR uzmanı, 16 enfeksiyon hastalıkları uzmanı, 15 biyokimya ve 7 mikrobiyoloji uzmanı, 6 patoloji uzmanı, 5 acil tıp uzmanı, 2 adli tıp ve 2 halk sağlığı uzmanı, 2 radyasyon onkolojisi uzmanı ve 22 radyoloji uzmanı, 3 nükleer tıp uzmanı ve 3 ruh sağlığı uzmanı, 13 aile hekimliği uzmanı ve 1 diğer uzman hekim, 6 endokrinoloji uzmanı, 1 hematoloji ve 2 nefroloji uzmanı, 1 çocuk nefroloji ve 1 çocuk endokrinoloji uzmanı, 5 gastroenteroloji ve 1 çocuk hematoloji uzmanı). AEAH'nde uzman hekimler haricinde, 388 asistan hekim, 30 pratisyen hekim, 314 hemşire, 102 ebe ve 596 diğer personel olmak üzere, toplam 1779 personel çalışmaktadır.

Araştırmada incelenen genel cerrahi klinikleri, 5 ayrı servis olarak hizmet vermektedir. AEAH İstatistik Birimi 2008 yılı verilerine göre; 1. cerrahi kliniği 18 yatak, 2. cerrahi kliniği 15 yatak, 3. cerrahi kliniği 15 yatak, 4. cerrahi kliniği 19 yatak, 5. cerrahi kliniği 16 yatak kapasitesine sahip olup, cerrahi klinikler 83 hasta yatağı ile hizmet vermektedir.

Hastanenin yıllara göre poliklinik ve yatan hasta sayıları, Çizelge 2.3'te verilmiştir. Buna göre; 2000 yılında hastaneye toplam yatan hasta sayısı 20 380 ve

yatak işgal oranı % 70,4 iken; 2008 yılında toplam yatan hasta sayısı iki katın üzerine çıkarak 41 427 olmuş, yatak işgal oranı % 90 olarak belirlenmiştir. 2004 ve 2005 yıllarında yatak işgal oranlarının % 102,4 ve % 118,5 olduğu ve ortalama yatış süresinin 6 gün olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 2.3. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Toplam Poliklinik ve Toplam Yatan Hasta Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı

Yıl	Poliklinik Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Ortalama Yatış Süresi	Yatak İşgal Oranı (%)
2000	859072	20380	6,6	70,4
2001	827459	23182	7,1	88,7
2002	990428	25319	7,2	99
2003	901133	26833	6,8	99,7
2004	1063341	33056	5,8	102,4
2005	1441129	35843	6	118,5
2006	1583313	35757	6	93
2007	1612453	34335	6,2	89,3
2008	1803364	41427	6	90

Kaynak: AEAH İstatistik Yıllıkları 2000-2008.

AEAHA istatistik yıllıklarından alınan verilere göre; 2001 yılında 5 ayrı genel cerrahi kliniğinde, toplam yatan hasta sayısı 3456; ortalama yatış süresi 6,86 gün ve ortalama yatak işgal oranı % 82,56 olarak belirlenmiştir. 2007 yılında, 5 ayrı genel cerrahi kliniğinde, toplam yatan hasta sayısı 6714; ortalama yatış süresi 5,28 gün ve ortalama yatak işgal oranı % 116,66 olarak belirlenmiştir. Cerrahi kliniklerinde yıllara göre yatan hasta sayısı neredeyse iki katına çıkmış, yatak işgal oranı % 100'ün üzerinde seyretmeye başlamıştır. Yatak işgal oranının % 100'ün üzerinde seyretmesine, izinli olarak hastaneden çıkan hastaların yerine, aynı gün içinde yeni hastaların yatışının yapılması neden olmaktadır.

2.6. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, AEAH Genel Cerrahi Kliniklerine 2007 yılının ilk 6 ayında (Ocak, Şubat, Mart, Nisan, Mayıs ve Haziran ayları) yatan hastalar oluşturmuştur. 2007 yılının ilk 6 ayında, toplam 5 genel cerrahi kliniğine yatan hasta sayısının bulunması için, hastanenin istatistik birimi ve cerrahi kliniklerin servis protokol defterleri taranmıştır. Ancak servis protokol defterlerinden elde edilen yatan hasta sayısı ile istatistik biriminden elde edilen yatan hasta sayısı arasında uyumsuzluk olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak, servis protokol defterlerine yatan hastaların bazılarının kaydedilmemiş olabileceği düşünülmüştür. Araştırmada, hastanenin istatistik birimi ve bilgi işlem merkezinden alınan yatan hasta sayıları temel alınmıştır. Ayrıca bilgi işlem merkezinden, aylara ve kliniklere göre ayrı ayrı yatan hasta listeleri alınmış, örneklem seçilirken bu yatan hasta listeleri kullanılmıştır.

AEAH İstatistik Birimi ve Bilgi İşlem Merkezi 2007 yılı verilerine göre; Genel Cerrahi Kliniklerinde 2007 yılının ilk 6 ayında yatan hasta sayısı 3733 olarak belirlenmiştir (Çizelge 2.4). Buna göre; 2007 yılının ilk 6 ayında, 1. cerrahi kliniğe toplam 918 hasta; 2. cerrahi kliniğe toplam 752 hasta; 3. cerrahi kliniğe toplam 539 hasta; 4. cerrahi kliniğe toplam 741 hasta ve 5. cerrahi kliniğe toplam 783 hasta yatmıştır. Belirlenmiş olan toplam 3733 hasta, araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Çizelge 2.4. Cerrahi Kliniklerde Aylara ve Kliniklere Göre Yatan Hasta Sayıları

2007 Yılı	Cerrahi 1	Cerrahi 2	Cerrahi 3	Cerrahi 4	Cerrahi 5
Ocak	131	120	75	149	115
Şubat	158	98	86	129	126
Mart	165	123	102	131	153
Nisan	123	133	87	127	141
Mayıs	176	141	100	109	123
Haziran	165	137	89	96	125
Toplam	918	752	539	741	783
Toplam: 3733					

Kaynak: AEAH İstatistik Birimi, AEAH Bilgi İşlem Merkezi

Araştırmanın evrenini (N) oluşturan 3733 hasta içinden örnekleme alınacak hasta sayısını (örneklem büyüklüğü) belirlemek için; evrendeki birey sayısının bilinmesi durumunda örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için kullanılan formülden yararlanılmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2005, s.:265).

Kullanılan formüle, % 95 güvenilirlik aralığında ($\alpha:0,05$) belirlenen değerler yerleştirilmiş (N:3733; p:0,30; q:0,70; d:0,05; t:1,96) ve işlemin sonucunda örneklem büyüklüğü (n) 297,092 hasta olarak belirlenmiş, ancak örneklemin evreni daha iyi temsil etmesi açısından, 300 hasta örnekleme alınmıştır.

Kullanılan formül aşağıda verilmiştir:

Evrendeki birey sayısı biliniyor ise; $n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq}$	n: Örnekleme alınacak birey sayısı N: Evrendeki birey sayısı p: İncelenen olayın görülüş sıklığı q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer
---	---

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinin ardından, örnekleme alınacak hastaların seçilmesi için tabakalı tesadüfî örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Cerrahi kliniklere yatan hastalar, aylara ve kliniklere göre tabakalara ayrılmıştır (Çizelge 2.4). Her bir tabakada bulunan hasta sayısının evrene oranlaması yapılarak tabaka ağırlığı hesaplanmış, bunun ardından her bir tabaka ağırlığı örnekleme alınacak toplam hasta sayısı ile çarpılmıştır. Elde edilen sonuca göre, o tabakadan örnekleme alınacak hasta sayısı oransal olarak belirlenmiştir. 1. cerrahi kliniğe Ocak ayında yatan 131 hastadan örnekleme kaç hasta alınacağı, aşağıda belirtildiği gibi hesaplanmıştır:

$$131 / 3733 \times 300 = 10,52$$

Buna göre; 1. cerrahi kliniğe Ocak ayında yatan 131 hastadan örnekleme alınacak hasta sayısı 10,52 olarak hesaplanmış ve 11 hasta örnekleme alınmıştır. Her bir tabaka için bu işlem tekrarlanmış ve toplam 300 hasta sayısı elde edilmiştir. Aylara ve kliniklere göre, her bir tabakadan örnekleme alınan hasta sayıları Çizelge 2.5'te verilmiştir. Buna göre 1. Cerrahi Klinikten; Ocak ayında yatan 11 hasta, Şubat ayında yatan 13 hasta, Mart ayında yatan 13 hasta, Nisan ayında yatan 10 hasta, Mayıs ayında yatan 14 hasta ve Haziran ayında yatan 13 hasta olmak üzere toplam 74 hasta örnekleme alınmıştır. Aynı şekilde 2. Cerrahi Klinikten toplam 61 hasta, 3. Cerrahi Klinikten toplam 43 hasta, 4. Cerrahi Klinikten toplam 60 hasta ve 5. Cerrahi Klinikten toplam 62 hasta örnekleme alınmıştır.

Çizelge 2.5. Cerrahi Kliniklerde Aylara ve Kliniklere Göre Örnekleme Alınan Hasta Sayıları

2007 Yılı	Cerrahi 1	Cerrahi 2	Cerrahi 3	Cerrahi 4	Cerrahi 5
Ocak	11	10	6	12	9
Şubat	13	8	7	10	10
Mart	13	10	8	11	12
Nisan	10	11	7	10	11
Mayıs	14	11	8	9	10
Haziran	13	11	7	8	10
Toplam	74	61	43	60	62
Toplam: 300					

Her bir tabakadan örnekleme kaç hastanın alınacağı belirlenmesinden sonra, tabakalı tesadüfi örnekleme yönteminin ikinci aşaması olan rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Aylara ve kliniklere göre düzenlenmiş yatan hasta listeleri kullanılarak örnekleme alınan hastalar seçilmiştir. Hastanenin bilgi işlem merkezinden edinilen yatan hasta listelerinde bulunan hasta bilgi işlem numaraları kullanılarak, örnekleme alınan 300 hastanın arşiv dosya numarasına ulaşılmış, daha sonra belirlenen dosyalar arşivden elde edilerek üzerinde çalışılmıştır. Belirlenen 300 hastanın arşiv zarf dosyalarının bazılarının içinin boş olduğu (hasta dosyasının

olmadığı) belirlenmiştir. Bu durumda olan hasta dosyaları için, örnekleme aynı tabakadan başka hastalar seçilmiştir.

2.7. Varsayımlar

Araştırmanın yapıldığı süre içerisinde elde edilen verilerin değerlendirilmesi için, aşağıda belirtilen varsayımları kabul etmeye gereksinim duyulmuştur:

- Araştırmada incelenen 2007 yılının ilk 6 ayını (Ocak, Şubat, Mart, Nisan, Mayıs, Haziran) içeren süre zarfında, hastanenin fiziki olanakları (araç, gereç, malzeme vb.) araştırma sonuçlarını etkileyecek bir şekilde değişiklik göstermemiştir.
- Örnekleme alınarak incelenen hasta dosyalarındaki tüm bilgiler, doğru ve tam olarak kayıt edilmiştir.
- Hastanenin istatistik birimi ve bilgi işlem merkezinden elde edilen, genel cerrahi kliniklerine yatan hasta sayıları ve hasta listeleri tam ve doğrudur.

2.8. Sınırlılıklar

Araştırma yapılan hastanenin, hasta dosyaları arşivi biriminde yapılan incelemede; A4 boyutundaki yatan hasta dosyalarının, büyük zarf dosyalar içerisinde muhafaza edilmediği saptanmıştır. Ancak zarf dosyalar içerisine, hastaya ait tüm kayıt ve tetkik sonuçlarının düzensiz bir şekilde yerleştirildiği, yatan hasta dosyasının içine sabitlenmesi gereken A4 boyutundaki hasta kayıtları ve tetkik sonuçlarının sabitlenmediği, yatan hasta dosyalarının içlerinin boş olduğu belirlenmiştir. Birden fazla hastane yatışı olan hastalarda, tüm yatışlara ait hastane kayıtlarının birbirine karıştığı saptanmıştır. Bu nedenle incelenecek hasta dosyalarına öncelikle standart bir iç düzenleme yapılmış ve bu nedenle de araştırma, olması gerekenden daha uzun sürede tamamlanabilmiştir.

İncelenen hasta dosyalarında, özellikle doktor ve hemşire gözlem formlarının günlük ve düzenli olarak kayıt edilmediği, tetkik sonuçlarının hasta dosyasına

işlenmediği, bazı hastaların adres bilgilerinin dosyaya kaydedilmediği belirlenmiştir. Hasta dosyalarından elde edilemeyen veriler için, hastanenin bilgi işlem merkezinden elektronik hasta kayıtları incelenmiştir.

İncelenen hasta dosyalarında belirlenen önemli diğer bir nokta; birçok hastanın hastaneye yatışını takiben en az bir gün süre ile hastaneden izinli olarak çıkarılmasından dolayı oluşan durumdur. İzinli olarak evine gönderilen hastaların taburculuk işlemleri yapılmadığı için, izinli olarak geçirilen hasta günleri de yatış süresine dâhil edilmektedir. Bu nedenle, izinli olarak hastaneden çıkan hastaların toplam yatış süreleri, fiili olarak hastanede geçirdikleri gün sayısından fazla olarak belirlenmiştir.

Araştırma retrospektif olarak hastaların tıbbi kayıtları üzerinde yürütüldüğünden, uygun olmayan yatış ve kalış nedenleri araştırma kapsamına alınmamıştır. Hastaların hastanede yattığı süreç içinde yapılacak eşzamanlı kullanım incelemesi ile hastanın tıbbi kayıtları, ailesi, hekim ve hemşiresinden alınan bilgiler doğrultusunda, uygun olmayan hastane kullanımının nedenlerinin daha net belirlenebileceği düşünülmüş, bu nedenle uygun olmayan yatış ve kalış nedenleri incelenmemiştir.

Araştırmanın en önemli sınırlılığı ise; araştırma bulguları ve sonuçlarının, AEAH Genel Cerrahi Kliniklerinde 2007 yılının ilk 6 ayında yatan hastalar ile sınırlı olmasıdır. Bu nedenle genelleme yapılamaz.

2.9. Veri Toplama Aracı

Araştırma, örnekleme alınan hastaların dosyaları üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada kullanılan veri toplama aracı (Ek-1) iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde, incelenen hastaya ait sosyo-demografik bilgilerin elde edilmesi amaçlanmıştır. İkinci bölümde ise, 1970’li yılların sonlarında 1980’li yılların başında Boston Üniversitesi’nde geliştirilen ve Gertman ile Restuccia tarafından revize edilen

Uygunluk Değerlendirme Protokolü (Restuccia, 1995, p.:255; Restuccia et al., 1996, p.: 159; Teke, 2000, s.:14; McDonagh et al., 2000, p.:172; Soria-Aledo, 2009, p.:321) kullanılmıştır. Uygunluk Değerlendirme Protokolü'nün Türkiye'de güvenilirlik ve geçerlilik testi Kaya ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Kaya et al., 2000, p.: 328). Yapılan bu güvenilirlik testinde; araştırma yapılan üç bölümde (dahiliye, cerrahi, kadın doğum), Uygunluk Değerlendirme Protokolü'nü uygulayan iki bağımsız kullanıcı arasında yüksek düzeyde uyum sağlandığı belirlenmiştir (toplam uyum= % 90,7-97,6; spesifik uygunsuzluk uyumu= % 69,1-92,3; spesifik uygunluk uyumu= % 88,3-96,6). Aynı çalışmadaki geçerlilik testinde de; Uygunluk Değerlendirme Protokolü'nün, 0,83-0,97 duyarlılık; 0,62-0,80 özgüllük; 0,84-0,88 pozitif belirleyici değerler ve 0,73-0,95 negatif belirleyici değerlere sahip olduğu belirlenmiştir. Dahiliye ve jinekolojide Kappa Katsayıları, güvenilirlik testinde mükemmel bir uyum göstermiş, geçerlilik testinde ölçülü bir uyuma işaret etmiştir. Genel cerrahi kliniklerinde Kappa Katsayıları, her iki testte de önemli ölçüde uyum göstermiştir (Kaya et al., 2000, p.: 328).

Veri toplama aracının ilk bölümünde, hastaya ait genel bilgilere yanıt arayan 21 adet soru yer almaktadır. Uygunluk değerlendirme protokolü ise; yatış ve kalış değerlendirme bölümü olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Yatış (Admission) değerlendirme bölümünde, hastaya verilen klinik hizmet (7 kriter) ve hastanın klinik durumuyla ilgili (11 kriter) olmak üzere toplam 18 kriter bulunmaktadır. İncelenen hastanın bu kriterlerden herhangi birini karşılıyor olması, hastaneye yatışın uygun olduğu yönünde değerlendirilmiştir.

Uygunluk değerlendirme protokolünün kalış (stay) değerlendirme bölümünde ise, hastaya verilen tıbbi hizmetler (11 kriter) ve hemşirelik/yaşam destekleyici hizmetler (7 kriter) ile hastanın klinik durumuyla ilgili faktörlere (9 kriter) ait 27 adet kriter yer almaktadır. İncelenen hastanın yatış gününü takiben hastanede kaldığı her bir hasta günü, bu 27 kritere göre ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Değerlendirilen hasta kalış günü için, bu kriterlerden herhangi birinin karşılanıyor olması, incelenen günün uygun olduğu yönünde değerlendirilmiştir (Bkz Ek-1 Veri Toplama Aracı).

Veri toplama aracında yer alan Uygunluk Değerlendirme Protokolü'nün kalış değerlendirme bölümünde yer alan kriterlerin her birinin altına 23 kutu simgesi yerleştirilmiştir. Kutuların her biri, hastanın hastanede kaldığı günleri simgelemektedir. Örneğin ilk kutu hastanın hastanede kaldığı ilk kalış gününü, beşinci kutu ise, beşinci kalış gününü ifade etmektedir. İncelenen günde hangi kriter karşılanmışsa, o kriterin altında bulunan ve incelenen günü simgeleyen kutu işaretlenmiştir. Böylece, tek bir veri toplama formu kullanılarak hastaların tüm kalış günleri incelenebilmiştir. Kalış günü 23 günden fazla olan hastalar için, daha fazla kutu sayısı olan ayrı bir form düzenlenmiştir.

Araştırmanın veri toplama aşamasında, hasta dosyalarındaki tıbbi kayıtlar incelenirken, AEAH Genel Cerrahi Kliniklerinde çalışan hekim ve sorumlu hemşirelerinden tıbbi kayıtlarda kullanılan kısaltmalar, tanı ve tedavi yöntemleri, tıbbi uygulamalar vb. konularda görüş alınmıştır. Böylece, incelenen tıbbi kayıtların daha doğru bir biçimde incelenebilmesi sağlanmıştır.

2.10. Verilerin Analizi

Araştırmanın veri toplama aşamasında elde edilen veriler, hazırlanan veri toplama aracı formlarına geçirilmiş, daha sonra bu formlar üzerindeki veriler bilgisayar ortamına aktarılarak hata denetimleri yapılmıştır. Verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde, Statistical Package Program for Social Sciences (SPSS) for Windows 11.5 kullanılmıştır.

İstatistiksel değerlendirmelerde; hastaneye yatışı uygun olanlar ve uygun olmayanlar arasında karşılaştırma yapmak için Mann-Whitney U testi kullanılmış; uygun kalış günleri ile uygun olmayan kalış günleri için, iki ortalama arasındaki farkın önem kontrolü (Student's t testi) yapılmıştır. Yatış uygunluğu ile kalış uygunluğu arasındaki ilişkiyi tespit etmek için Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Araştırma grubunun sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin; yatış uygunluğu ve kalış günü uygunluğu üzerine etkisinin olup olmadığını araştırmak için Ki-Kare testi kullanılmıştır. İncelenen değişkenlere göre yatış ve kalış uygunluğu Ki-Kare testi ile analiz edilirken; ikiden fazla kategorili değişkenler için istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğunda, Ki-Kare değerine en yüksek katkıda bulunan kategori işlem dışı bırakılarak test tekrarlanmıştır. Bu işlem istatistiksel farklılık kalmayana kadar devam ettirilmiş, böylece farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin uygun ve uygun olmayan kalış günleri üzerine etkilerini belirlemek için, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans analizi yapılmıştır. İkiden fazla kategorisi bulunan değişkenler için, yapılan analiz sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğunda; ileri analiz olarak, değişken içindeki kategorilere ikişerli gruplar halinde Mann-Whitney U testi yapılmış, böylece farklılığı yaratan kategori/kategoriler tespit edilmiştir.

Uygun olmayan yatış ve uygun olmayan kalış günü riski üzerinde araştırma grubunun sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin etkisini araştırmak amacıyla, Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Araştırma grubunun tanımlayıcı değerleri olarak; kategorik veriler için sayı ve yüzdeler, sürekli veriler için aritmetik ortalama, standart sapma ve ortanca (medyan) değerleri kullanılmıştır. En küçük anlamlılık sınırı (p) 0,05 olarak kabul edilmiştir.

3. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde; Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde yatan hastaların yatış ve kalış uygunluğunu değerlendirmek, yatış ve kalış uygunluğuna etki eden değişkenleri belirlemek amacıyla, Genel Cerrahi Kliniklerinde 2007 yılının ilk 6 ayında yatan hastalar içerisinde örneklemeye alınan 300 hasta ve araştırma kapsamına alınan değişkenlere ilişkin bulgular verilmiştir.

Araştırmada toplam 300 hasta örneklemeye alınmış, bu hastaların 300 yatış günü ve 1381 kalış günü olmak üzere toplam 1681 hasta günü incelenmiştir. Araştırma grubunun ortalama yatış süresinin 5,59 gün ve standart sapmasının 5,05 olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri, toplam hasta günü ve ortalama yatış sürelerine ilişkin bulgular Çizelge 3.1’de verilmiştir.

Araştırma grubunun % 56,3’ü (169 hasta) kadın, % 43,7’si (131 hasta) erkektir. Kadın hastaların toplam hasta günü 1049 ve ortalama yatış süresi 6,21 gün, erkek hastaların toplam hasta günü 632 ve ortalama yatış süresi 4,82 gündür. Kadın hastaların ortalama yatış süresinin erkek hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1).

Araştırma grubunun % 2,7’ si (8 hasta) 7 yaşından küçük, % 2’si (6 hasta) 7-14 yaş aralığında, % 4,7’si (14 hasta) 15-18 yaş aralığında, % 9,3’ü (28 hasta) 19-25 yaş aralığında, % 23,7’si (71 hasta) 26-40 yaş aralığında, % 39’u (117 hasta) 41-60 yaş aralığında ve % 18,7’si (56 hasta) 60 üzeri yaşlardadır. 41-60 yaş aralığındaki hastaların toplam hasta günü sayısının 710 gün olduğu ve diğer yaş aralıklarının toplam hasta günü sayısından fazla olduğu belirlenmiştir. Ortalama yatış süresinin 7 yaş altı hastalarda 3,25 gün ile en düşük değerde olduğu, 60 yaşın üzerindeki hastalarda ise ortalama yatış süresi 8,05 gün ile en yüksek değerde olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1).

Araştırma grubunun % 74,7’sini (224 hasta) evli hastalar, % 21,0’ını (63 hasta) bekâr hastalar ve % 4,3’ünü (13 hasta) dul hastalar oluşturmaktadır. Evli hastaların

1337 hasta günü ile diğer medeni durumdaki hastalara göre daha fazla hasta gününe sahip olduğu belirlenmiştir. Ortalama yatış süresi açısından, bekâr hastaların yatış süresi 3,75 gün ile daha kısayken, dul hastalarda bu süre ortalama 8,31 gün ile daha uzun olarak saptanmıştır (Çizelge 3.1).

Araştırma grubunun öğrenim durumu açısından; % 10,7'si (32 hasta) okuryazar değil durumda, % 13,0'ı (39 hasta) okuryazar durumda, % 40,7'si (122 hasta) ilkökul mezunu, % 13,3'ü (40 hasta) ortaokul mezunu, % 18,3'ü (55 hasta) lise mezunu ve % 4,0'ı (12 hasta) yüksekokul mezunudur. İlkokul mezunu hastaların 667 toplam hasta günü ile diğer gruplara oranla daha fazla hasta gününe sahip olduğu belirlenmiştir. Ortalama yatış süresi, lise mezunu hastalarda 4,16 gün ile daha kısayken, okuryazar grupta 7,74 gün ile daha uzun olarak saptanmıştır (Çizelge 3.1).

Grubun sosyal güvence durumu açısından; %8,7'si (26 hasta) Emekli Sandığı, % 14,3'ü (43 hasta) Bağ-Kur, % 58,3'ü (175 hasta) Sosyal Sigortalar Kurumu (S.S.K), % 16,0'ı (48 hasta) Yeşil Kart ve % 2,7'si (8 hasta) ücretli (cepten ödeme) kapsamındadır. Toplam hasta günü açısından, 19 hasta günü ile en az hasta günü sayısına ücretli gruptaki hastalar sahipken, 877 hasta günü ile S.S.K'lı hastalar en fazla hasta gününe sahip grup olarak saptanmıştır. Ortalama yatış süresi 2,37 gün ile ücretli hastalarda daha kısayken, bu süre 7,19 gün ile Yeşil Kartlı hastalarda daha uzun olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.1).

İkamet yerine göre araştırma grubu incelendiğinde ise; grubun % 90,3 ünün (271 hasta) Ankara'da ikamet ettiği, % 9,7'sinin (29 hasta) Ankara dışındaki diğer illerde ikamet ettiği saptanmıştır. Ankara'da ikamet eden hastaların toplam hasta günü 1394 olarak saptanmış, Ankara dışındaki diğer illerde ikamet eden hastaların ortalama yatış süresinin 9,90 gün ile Ankara'da ikamet edenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.1).

Meslek dağılımına göre; araştırma grubunun % 2,7'sini (8 hasta) çocuklar, % 45,3'ünü (136 hasta) ev hanımları, % 3,7'sini (11 hasta) memurlar, % 8,0'ını (24 hasta) işçiler, % 22,3'ünü (67 hasta) serbest çalışanlar, % 10,3'ünü (31 hasta)

emekliler, % 6,0'ını (18 hasta) öğrenciler ve % 1,7'sini (5 hasta) işsizler oluşturmaktadır. İşsiz hastalar 22 gün ile en az hasta gününe sahipken, ev hanımı hastalar 871 hasta günüyle en fazla hasta günü sayısına sahip grup olarak saptanmıştır. Ortalama yatış süresi çocuk hastalarda 3,25 gün ile en kısa, ev hanımı hastalarda 6,40 gün ile en uzun olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Toplam Hasta Günü ve Ortalama Yatış Sürelerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	Hasta Günü	OYS (Gün)	Standart Sapma
Cinsiyet					
Kadın	169	56,3	1049	6,21	5,83
Erkek	131	43,7	632	4,82	3,66
Yaş					
<7	8	2,7	26	3,25	0,89
7-14	6	2,0	20	3,33	1,50
15-18	14	4,7	52	3,71	1,59
19-25	28	9,3	117	4,18	2,51
26-40	71	23,7	305	4,29	3,45
41-60	117	39,0	710	6,06	4,69
60+	56	18,7	451	8,05	7,78
Medeni Durum					
Evli	224	74,7	1337	5,97	5,33
Bekâr	63	21,0	236	3,75	1,86
Dul	13	4,3	108	8,31	7,63
Öğrenim Durumu					
Okuryazar Değil	32	10,7	217	6,78	8,59
Okuryazar	39	13,0	302	7,74	6,68
İlkokul Mezunu	122	40,7	667	5,47	4,40
Ortaokul Mezunu	40	13,3	188	4,70	3,53
Lise Mezunu	55	18,3	229	4,16	2,24
Yüksekokul Mezunu	12	4,0	78	6,50	3,55
Sosyal Güvence					
Emekli Sandığı	26	8,7	138	5,31	2,68
Bağ-Kur	43	14,3	302	7,02	6,33
S.S.K	175	58,3	877	5,01	3,64
Yeşil Kart	48	16,0	345	7,19	8,09
Ücretli	8	2,7	19	2,37	0,74
İkamet Yeri					
Ankara	271	90,3	1394	5,14	4,10
Diğer	29	9,7	287	9,90	9,37

Çizelge 3.1. (Devam) Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Toplam Hasta Günü ve Ortalama Yatış Sürelerinin Dağılımı

Meslek					
Çocuk	8	2,7	26	3,25	0,89
Ev Hanımı	136	45,3	871	6,40	6,24
Memur	11	3,7	61	5,54	2,98
İşçi	24	8,0	90	3,75	2,00
Serbest Meslek	67	22,3	343	5,12	4,10
Emekli	31	10,3	196	6,32	4,69
Öğrenci	18	6,0	72	4,00	2,00
İşsiz	5	1,7	22	4,40	1,95
TOPLAM	300	100,0	1681	5,59	5,05

Araştırma grubunun klinik özelliklerine göre, toplam hasta günü ve ortalama yatış sürelerinin dağılımı Çizelge 3.2’de verilmiştir. Buna göre, araştırma grubunun % 24,7’si (74 hasta) 1. Cerrahi Klinikte, % 20,3’ü (61 hasta) 2. Cerrahi Klinikte, % 14,3’ü (43 hasta) 3. Cerrahi Klinikte, % 20,0’ı (60 hasta) 4. Cerrahi Klinikte ve % 20,7’si (62 hasta) 5. Cerrahi Klinikte yatmaktadır. Toplam hasta günü olarak, diğer kliniklere göre, 1. Cerrahi Klinikte yatan hastaların 501 hasta günü ile en fazla hasta gününe sahip olduğu, 5. Cerrahi Klinikte yatan hastaların ise 220 hasta günü ile en az hasta gününe sahip olduğu saptanmıştır. Ortalama yatış süresinin, 5. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 3,55 gün ile diğer kliniklere göre daha kısa olduğu, 1. Cerrahi Klinikte bu sürenin 6,77 gün ile diğer kliniklere oranla daha uzun olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.2).

Tanı uyumu açısından yapılan değerlendirmede; araştırma grubunun % 90,3’ünün (271 hasta), ön tanısı ile son tanısının aynı olduğu, % 9,7’sinin (29 hasta) ön tanısı ile son tanısının farklı olduğu saptanmıştır. Ön tanı, hastalara hastaneye yatış esnasında konulan tanıyı, son tanı ise hastaların yatışını takip eden süre içinde konulan kesin tanıyı ifade etmektedir. Ön tanısı ile son tanısı aynı olan hastaların, 1484 toplam hasta gününe sahip olduğu ve ortalama yatış süresinin 5,48 gün olduğu belirlenmiştir. Ön tanısı ile son tanısı farklı olan hastaların ise, 197 toplam hasta gününe sahip olduğu ve ortalama yatış süresinin 6,79 gün olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.2).

Araştırma grubunun % 96'sına (288 hasta) kesin tanı konulduğu, % 4,0'ına (12 hasta) kesin tanı konulamadığı belirlenmiştir. Kesin tanı konulan hastaların toplam hasta günü 1621 ve ortalama yatış süreleri 5,63 gün iken, kesin tanı konulamayan hastaların toplam hasta günü 60 ve ortalama yatış süreleri 5,00 gündür (Çizelge 3.2).

Hastaneye ilk kez yatan hastaların, araştırma grubu içerisinde % 83,3 (250 hasta) oranında olduğu, ikinci kez hastaneye yatan hastaların % 11,7 (35 hasta) oranında, üç veya daha fazla hastane yatışı olan hastaların % 5,0 (15 hasta) oranında olduğu belirlenmiştir. Hastaneye ilk kez yatan hastaların toplam hasta günü 1338 gün olarak belirlenmiş, üç veya daha fazla hastane yatışı olan hastaların ise toplam hasta günü 116 gün olarak saptanmıştır. Hastaneye üç veya daha fazla yatış sayısı olan hastalarda, ortalama yatış süresinin 7,73 gün ile yatış sayısı bir ve iki olan hastalara göre daha uzun olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.2). Hastaneye yatış sayısı ile ifade edilmek istenen, “incelenen yatışla birlikte, hastanın AEAH'ne kaçınıcı kez yattığı” durumudur.

Araştırma grubunun % 87,7'si (263 hasta) cerrahi kliniğe ilk kez yatmıştır. Hastaların % 9,7'sinin (29 hasta) cerrahi kliniğe ikinci kez yatışı yapılmış, % 2,6'sının (8 hasta) cerrahi kliniğe üç veya daha fazla yatışı olmuştur. Toplam hasta günü, cerrahi kliniğe ilk kez yatan hastalarda 1429 gün, üç veya daha fazla yatışı olan hastalarda 67 gün olarak belirlenmiştir. Ortalama yatış süresi, cerrahi kliniğe ilk yatışı olan hastalarda 5,43 gün, üç veya daha fazla yatışı olan hastalarda 8,38 gün olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.2). Cerrahi kliniğe yatış sayısı ile ifade edilmek istenen, “incelenen yatışla birlikte, hastaların AEAH Genel Cerrahi Kliniklerine kaçınıcı kez yattığı” durumudur.

Araştırma grubunun % 18,7'sinin (56 hasta) hastaneye yatışı acil poliklinikten, % 81,3'ünün (244 hasta) cerrahi poliklinikten yapılmıştır. Acil poliklinikten yatan hastaların toplam hasta günü 281 gün ve ortalama yatış süresi 5,02 gün iken, cerrahi poliklinikten yatan hastaların toplam hasta günü 1400 gün ve ortalama yatış süresi 5,74 gün olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.2).

Araştırma grubunun % 8,3'ünde (25 hasta) yatış tanısına ek bir hastalık mevcutken, % 91,7'sinde (275 hasta) yatış tanısına ek bir hastalık bulunmamaktadır. Toplam hasta günü, ek hastalığı olanlarda 214 gün iken, ek hastalığı olmayanlarda 1467 gündür. Ortalama yatış süresi, ek hastalığı olanlarda 8,56 gün, ek hastalığı olmayanlarda 5,33 gün olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.2). Yatış tanısına ek hastalıktan kastedilen; hastaların hastaneye yatışı sırasında, yatış tanısı olarak konulan ikinci veya daha fazla hastalık türüdür (Örneğin; İnguinal Herni+Kolesistit).

Araştırmada kronik hastalıkların varlığı, tanıya ek hastalıklardan bağımsız olarak ele alınmıştır. Araştırma grubunun % 74,3'ünün (223 hasta) kronik bir hastalığı bulunmamaktadır. Hastaların % 16,7'sinde (50 hasta) sadece bir kronik hastalık, % 9,0'ında (27 hasta) iki veya daha fazla sayıda kronik hastalık bulunmaktadır. Toplam hasta günü, kronik hastalığı olmayanlarda 1144 gün iken, sadece bir kronik hastalığı olanlarda 355 gün, iki veya daha fazla kronik hastalığı olanlarda 182 gündür. Kronik hastalığı olmayanların ortalama yatış süresi 5,13 gün iken, sadece bir kronik hastalığı olanlarda 7,10 gün, iki veya daha fazla kronik hastalığı olanlarda 6,74 gündür (Çizelge 3.2). Araştırma grubunda kronik hastalığı olan 72 hasta içinde; 56 hastada hipertansiyon, 25 hastada diyabet, 12 hastada kalp hastalığı, 6 hastada KOAH ve 17 hastada diğer kronik hastalıkların (astım, kronik böbrek yetmezliği, guatr ve romatoid artrit) mevcut olduğu belirlenmiştir.

Araştırma grubunun % 16,0'ı (48 hasta) Ocak ayında, % 16,0'ı (48 hasta) Şubat ayında, % 18,0'ı (54 hasta) Mart ayında, % 16,3'ü (49 hasta) Nisan ayında, % 17,3'ü (52 hasta) Mayıs ayında, % 16,3'ü (49 hasta) Haziran ayında Cerrahi Kliniğe yatmıştır. Toplam hasta günü, Ocak ayında yatanlarda 335 gün, Şubat ayında yatanlarda 211 gün, Mart ayında yatanlarda 259 gün, Nisan ayında yatanlarda 269 gün, Mayıs ayında yatanlarda 281 gün, Haziran ayında yatanlarda 326 gün olarak saptanmıştır. Ortalama yatış süresinin, Ocak ayında yatanlarda 6,98 gün, Şubat ayında yatanlarda 4,39 gün, Mart ayında yatanlarda 4,80 gün, Nisan ayında yatanlarda 5,49 gün, Mayıs ayında yatanlarda 5,40 gün, Haziran ayında yatanlarda 6,65 gün olduğu belirlenmiştir (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.2. Araştırma Grubunun Klinik Özelliklerine Göre Toplam Hasta Günü ve Ortalama Yatış Sürelerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)	Hasta Günü	OYS (Gün)	Standart Sapma
Yatılan Klinik					
1. Cerrahi Klinik	74	24,7	501	6,77	5,50
2. Cerrahi Klinik	61	20,3	351	5,75	3,66
3. Cerrahi Klinik	43	14,3	250	5,81	5,17
4. Cerrahi Klinik	60	20,0	359	5,98	6,39
5. Cerrahi Klinik	62	20,7	220	3,55	3,35
Tanı Uyumu					
Ön Tanı ve Son Tanı Aynı	271	90,3	1484	5,48	5,04
Ön Tanı ve Son Tanı Farklı	29	9,7	197	6,79	5,04
Kesin Tanı					
Konulmuş	288	96,0	1621	5,63	5,13
Konulmamış	12	4,0	60	5,00	2,13
Hastaneye Yatış Sayısı					
1. Yatış	250	83,3	1338	5,35	5,10
2. Yatış	35	11,7	227	6,48	4,29
3+ Yatış	15	5,0	116	7,73	5,28
Cerrahi Kliniğe Yatış Sayısı					
1. Yatış	263	87,7	1429	5,43	5,04
2. Yatış	29	9,7	185	6,38	4,66
3+ Yatış	8	2,6	67	8,38	6,09
Yatış Yapılan Yer					
Acil Poliklinik	56	18,7	281	5,02	4,96
Cerrahi Poliklinik	244	81,3	1400	5,74	5,06
Yatış Tanısına Ek Hastalık					
Var	25	8,3	214	8,56	8,87
Yok	275	91,7	1467	5,33	4,47
Kronik Hastalık					
Yok	223	74,3	1144	5,13	4,78
1 Kronik Hastalık	50	16,7	355	7,10	6,06
2+ Kronik Hastalık	27	9,0	182	6,74	4,54
Yatış Yapılan Ay					
Ocak	48	16,0	335	6,98	6,05
Şubat	48	16,0	211	4,39	2,02
Mart	54	18,0	259	4,80	3,31
Nisan	49	16,3	269	5,49	4,34
Mayıs	52	17,3	281	5,40	4,66
Haziran	49	16,3	326	6,65	7,69
TOPLAM	300	100,0	1681	5,59	5,05

Araştırma grubuna dâhil olan hastaların “hastaneye yattığı ilk gün, yatış günü”, “yatış gününü takip eden diğer hasta günleri, kalış günü” olarak kabul edilmiştir. Buna göre; 300 yatış günü Uygunluk Değerlendirme Protokolü’nün yatış değerlendirme bölümü kriterleri, 1381 kalış günü ise kalış değerlendirme bölümü kriterleri çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Araştırma grubunun yatış uygunluğu kriterlerini karşılama durumu Çizelge 3.3’te verilmiştir. Hastaların % 32’si (96 hasta) yatış uygunluğu kriterlerinin hiçbirini karşılamamış ve bu hastaların hastaneye yatışının uygun olmadığı belirlenmiştir. Yatışı uygun olan 204 hastanın, % 44,0’ının (132 hasta) 1 kriter karşıladığı, % 6,0’ının (18 hasta) 2 kriter karşıladığı, % 3,7’sinin (11 hasta) 3 kriter karşıladığı, % 9,0’ının (27 hasta) 4 kriter karşıladığı, % 3,0’ının (9 hasta) 5 kriter karşıladığı, % 1,0’ının (3 hasta) 6 kriter karşıladığı, % 0,7’sinin (2 hasta) 7 kriter karşıladığı ve % 0,7’sinin (2 hasta) 8 kriter karşıladığı saptanmıştır (Çizelge 3.3). Bir veya birden fazla kriteri karşılayan hastaların yatışı uygun olarak değerlendirilmiştir.

Çizelge 3.3. Araştırma Grubunun Yatış Uygunluğu Kriteri Karşılama Sayısına Göre Dağılımı

Yatış Uygunluğu Kriter Karşılama Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiçbir Kriteri Karşılamayan (Uygun Olmayan Yatış)	96	32,0
1 Kriter Karşılayan	132	44,0
2 Kriter Karşılayan	18	6,0
3 Kriter Karşılayan	11	3,7
4 Kriter Karşılayan	27	9,0
5 Kriter Karşılayan	9	3,0
6 Kriter Karşılayan	3	1,0
7 Kriter Karşılayan	2	0,7
8 Kriter Karşılayan	2	0,7
Toplam	300	100,0

Araştırma grubunun yatış uygunluğu kriterlerine göre dağılımı Çizelge 3.4’de verilmiştir. Hastaların % 24,3’ü (73 hasta) yatış değerlendirme bölümünün klinik hizmet 01 nolu kriteri, % 55,7’si (167 hasta) klinik hizmet 02 nolu kriteri, % 14,3’ü (43 hasta) klinik hizmet 03 nolu kriteri, % 11,7’si (35 hasta) klinik hizmet 05 nolu kriteri, % 6,7’si (20 hasta) klinik hizmet 06 nolu kriteri, % 1,0’ı (3 hasta) klinik

hizmet 08 nolu kriteri, % 0,3'ü (1 hasta) hastanın klinik durumu 09 nolu kriteri, % 3,0'ı (9 hasta) hastanın klinik durumu 10 nolu kriteri, % 1,7'si (5 hasta) hastanın klinik durumu 11 nolu kriteri, % 1,3'ü (4 hasta) hastanın klinik durumu 15 nolu kriteri, % 10,3'ü (31 hasta) hastanın klinik durumu 17 nolu kriteri ve % 2,3'ü (7 hasta) hastanın klinik durumu 18 nolu kriteri karşılamaktadır (Çizelge 3.4) (Yatış uygunluğu kriterleri için Bkz. Ek-1 Veri Toplama Aracı).

Araştırma grubunu uygun yatış nedenleri incelendiğinde; ilk sırayı “24 saat içerisinde, sadece hastane olanaklarıyla ve genel ya da lokal anestezi altında yapılması planlanan cerrahi veya özel işlemler (Klinik Hizmet 02 nolu kriter)”in aldığı belirlenmiştir. İkinci sırada “IV ilaç / mayi gerekliliği (Klinik Hizmet 01 nolu kriter)”, üçüncü sırada “her 2 saatte bir ya da daha sık vital bulgu izlemi (Klinik Hizmet 03 nolu kriter)” yer almaktadır (Çizelge 3.4).

Klinik hizmet 04 ve 07 nolu kriterler ile hastanın klinik durumu 12, 13, 14 ve 16 nolu kriterleri, incelenen 300 hastanın hiçbiri karşılamamıştır. Buna göre; araştırma grubundaki hastalardan, sürekli gözlem gerektiren kemoterapi uygulaması (toksik reaksiyon gözleme gerekliliği), intermittan veya sürekli respiratör gerekliliği (her 8 saatte), son 48 saat içinde aniden gelişen görme/işitme kaybı, son 48 saat içinde vücudun bir bölgesinde aniden gelişen hareket kaybı, sürekli ateş (rektal 38.3 ya da oral 37.7< ve >5 gün), EKG'de Akut İskemi ve Akut MI şüphesi nedenleriyle hastaneye yatışı yapılan olmadığı saptanmıştır (Çizelge 3.4).

Çizelge 3.4. Araştırma Grubunun Yatış Uygunluğu Kriterlerine Göre Dağılımı

Yatış Uygunluğu Kriterleri	Karşıllayan		Karşılamayan	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Klinik Hizmet 01	73	24,3	227	75,7
Klinik Hizmet 02	167	55,7	133	44,3
Klinik Hizmet 03	43	14,3	257	85,7
Klinik Hizmet 04	0	0,0	300	100,0
Klinik Hizmet 05	35	11,7	265	88,3
Klinik Hizmet 06	20	6,7	280	93,3
Klinik Hizmet 07	0	0,0	300	100,0
Hastanın Klinik Durumu 08	3	1,0	297	99,0
Hastanın Klinik Durumu 09	1	0,3	299	99,7
Hastanın Klinik Durumu 10	9	3,0	291	97,0
Hastanın Klinik Durumu 11	5	1,7	295	98,3
Hastanın Klinik Durumu 12	0	0,0	300	100,0
Hastanın Klinik Durumu 13	0	0,0	300	100,0
Hastanın Klinik Durumu 14	0	0,0	300	100,0
Hastanın Klinik Durumu 15	4	1,3	296	98,7
Hastanın Klinik Durumu 16	0	0,0	300	100,0
Hastanın Klinik Durumu 17	31	10,3	269	89,7
Hastanın Klinik Durumu 18	7	2,3	293	97,7

Araştırma grubunun yatış uygunluğuna göre, ortalama yatış sürelerinin dağılımı Çizelge 3.5'te verilmiştir. Araştırma grubunun % 68,0'ının (204 hasta) yatışının uygun olduğu (AEP yatış değerlendirme kriterlerinin en az birini karşıladığı), % 32'sinin (96 hasta) yatışının uygun olmadığı (yatış değerlendirme kriterlerinin hiçbirini karşılamadığı) belirlenmiştir. Ortalama yatış süresi, yatışı uygun olan hastalarda 5,14 gün, yatışı uygun olmayan hastalarda 6,58 gün olarak saptanmıştır. Yatış uygunluğu açısından, yatışı uygun olan hastalar ile yatışı uygun olmayan hastaların ortalama yatış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U=6582$; $p=0,0001$) (Çizelge 3.5). Hipotez 1. kabul edilmiştir.

Çizelge 3.5. Araştırma Grubunun Yatış Uygunluğuna Göre Ortalama Yatış Sürelerinin Dağılımı

Yatış Uygunluğu	Sayı (n)	Yüzde (%)	OYS (Gün)	Standart Sapma	Test İstatistiği
Uygun Yatış	204	68,0	5,14	4,58	$P=0,0001$ $U=6582$
Uygun Olmayan Yatış	96	32,0	6,58	5,79	

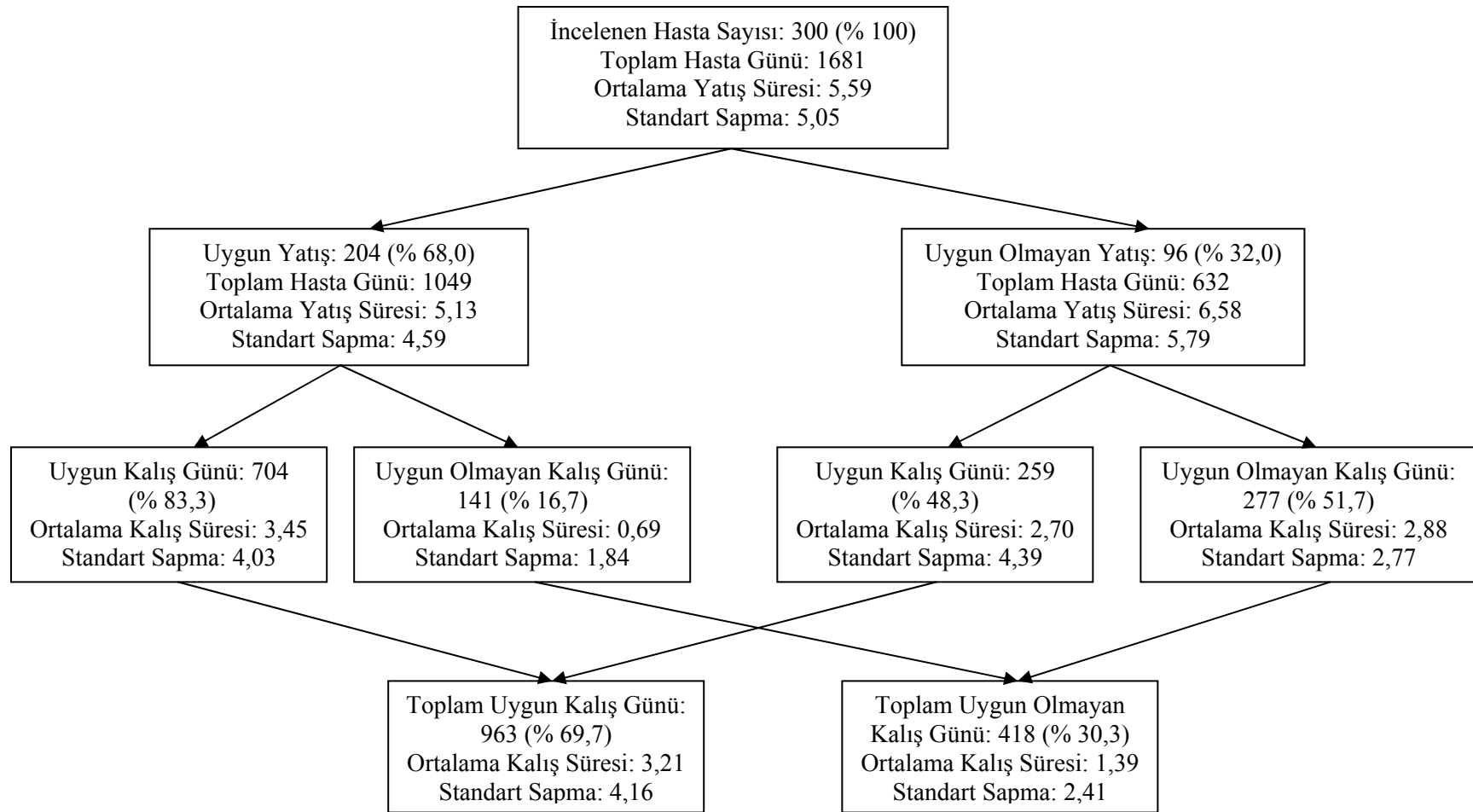
Araştırma grubunun hastaneye yatış ve hastanede kalış günü uygunluğuna ilişkin tanımlayıcı değerler Şekil 3.1’de verilmiştir. Örnekleme alınan 300 hastanın, 300 yatış günü ve 1381 kalış günü olmak üzere toplam 1681 hasta günü incelenmiştir. Ortalama yatış süresi 300 hasta için 5,59 gün ve standart sapma 5,05 olarak belirlenmiştir (Şekil 3.1).

İncelenen 300 hastanın, % 68,0’ının (204 hasta) yatışının uygun olduğu, % 32,0’ının (96 hasta) yatışının uygun olmadığı belirlenmiştir. Yatışı uygun olan hastaların toplam hasta gününün 1049 olduğu, ortalama yatış süresinin 5,13 gün ve standart sapmasının 4,59 olduğu saptanmıştır. Yatışı uygun olmayan hastaların toplam hasta gününün ise 632 gün olduğu, ortalama yatış süresinin 6,58 gün ve standart sapmasının 5,79 olduğu tespit edilmiştir (Şekil 3.1).

Yatışı uygun olan 204 hastanın, toplam kalış günlerinin % 83,3’ünün (704 gün) uygun olduğu, ortalama kalış süresinin 3,45 gün ve standart sapmasının 4,03 olduğu belirlenmiştir. Yatışı uygun hastaların, toplam kalış günlerinin % 16,7’sinin (141 gün) uygun olmadığı, ortalama kalış süresinin 0,69 gün ve standart sapmasının 1,84 olduğu saptanmıştır (Şekil 3.1).

Yatışı uygun olmayan 96 hastanın, toplam kalış günlerinin % 48,3’ünün (259 gün) uygun olduğu, ortalama kalış süresinin 2,70 gün ve standart sapmasının 4,39 olduğu saptanmıştır. Yatışı uygun olmayan hastaların, toplam kalış günlerinin % 51,7’sinin (277 gün) uygun olmadığı, ortalama kalış süresinin 2,88 gün ve standart sapmasının 2,77 olduğu belirlenmiştir (Şekil 3.1).

Araştırma grubunun toplam kalış günlerinin % 69,7’sinin (963 gün) uygun kalış günü olduğu, ortalama kalış süresinin 3,21 gün ve standart sapmasının 4,16 olduğu tespit edilmiştir. Araştırma grubunun toplam kalış günlerinin % 30,3’ünün (418 gün) ise uygun olmayan kalış günü olduğu, ortalama kalış süresinin 1,39 gün ve standart sapmasının 2,41 olduğu belirlenmiştir (Şekil 3.1).



Şekil 3.1. Araştırma Grubunun Hastaneye Yatış ve Hastanede Kalış Günü Uygunluğu

Araştırma grubunun kalış günü uygunluğuna göre ortalama kalış sürelerinin dağılımı Çizelge 3.6'da verilmiştir. Ortalama kalış gününden kastedilen, hastaların yatış günü hariç olmak üzere hastanede kalış süresinin (toplam hasta gülerinin) ortalamasıdır. Toplam uygun kalış günlerinin (963 gün) ortalaması 3,21 gün ve standart sapması 4,16 olarak belirlenmiştir. Toplam uygun olmayan kalış günlerinin ise, ortalamasının 1,39 gün ve standart sapmasının 2,41 olduğu tespit edilmiştir. Kalış uygunluğuna göre ortalama kalış süreleri arasında istatistiksel olarak fark olup olmadığını ortaya çıkarabilmek için, iki ortalama arasındaki farkın önem kontrolü (Student's t test) yapılmıştır. Araştırma grubunun uygun ve uygun olmayan kalış günlerine göre, ortalama kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t = 8,18$; $p = 0,0001$) (Çizelge 3.6). Hipotez 2. kabul edilmiştir.

Çizelge 3.6. Araştırma Grubunun Kalış Günü Uygunluğuna Göre Ortalama Kalış Sürelerinin Dağılımı (n: 300)

Kalış Uygunluğu	Toplam Kalış Günü	Yüzde (%)	Ortalama Kalış Süresi	Standart Sapma	Test İstatistiği
Uygun Kalış Günleri	963	69,7	3,21	4,16	$t = 8,18$ $p = 0,0001$
Uygun Olmayan Kalış Günleri	418	30,3	1,39	2,41	

Araştırma grubunun yatış uygunluğu durumuna göre, kalış günü uygunluğunun dağılımı Çizelge 3.7'de verilmiştir. Yatışı uygun olan hastaların toplam kalış günlerinin % 83,3'ünün (704 gün) uygun kalış günü olduğu, % 16,7'sinin (141 gün) uygun olmayan kalış günü olduğu saptanmıştır. Yatışı uygun olmayan hastaların toplam kalış günlerinin % 48,3'ünün (259 gün) uygun kalış günü olduğu, % 51,7'sinin (277 gün) uygun olmayan kalış günü olduğu belirlenmiştir. Yatış uygunluğuna göre, uygun ve uygun olmayan kalış günü oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2 = 190,2$; $p = 0,0001$; $\kappa = 0,36$) (Çizelge 3.7). Hipotez 3. kabul edilmiştir.

Çizelge 3.7. Araştırma Grubunun Yatış Uygunluğuna Göre; Kalış Günü Uygunluğunun Dağılımı

Yatış Uygunluğu	Kalış Günü Uygunluğu						
	Uygun Kalış Günü		Uygun Olmayan Kalış Günü		X ²	SD	P
	Gün	Yüzde (%)	Gün	Yüzde (%)			
Uygun Yatış	704	83,3	141	16,7	190,2	1	0,0001
Uygun Olmayan Yatış	259	48,3	277	51,7			

($\kappa = 0,36$; $p = 0,0001$)

Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre yatış uygunluğu değerlendirilmiş, elde edilen bulgular Çizelge 3.8’de verilmiştir. Araştırma grubundaki kadın hastaların % 68,0’ının (115 hasta) yatışının uygun olduğu, % 32,0’ının (54 hasta) yatışının uygun olmadığı; erkek hastaların, % 67,9’unun (89 hasta) yatışının uygun olduğu, % 32,1’inin (42 hasta) yatışının uygun olmadığı belirlenmiştir. Cinsiyet değişkeni ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2 = 0,0001$; $p = 0,984$) (Çizelge 3.8). Hipotez 4.a. reddedilmiştir.

Araştırma grubunun yaşlarına göre yapılan değerlendirmede; 7 yaşından küçük hastaların % 50’sinin (4 hasta) yatışının uygun olduğu, diğer % 50’sinin (4 hasta) yatışının uygun olmadığı saptanmıştır. 7-14 yaş aralığındaki hastaların % 66,7’sinin (4 hasta), 15-18 yaş aralığındaki hastaların % 78,6’sının (11 hasta), 19-25 yaş aralığındaki hastaların % 67,9’unun (19 hasta), 26-40 yaş aralığındaki hastaların % 63,4’ünün (45 hasta), 41-60 yaş aralığındaki hastaların % 68,4’ünün (80 hasta), 60 yaşından büyük hastaların % 73,2’sinin (41 hasta) yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. 7-14 yaş aralığındaki hastaların % 33,3’ünün (2 hasta), 15-18 yaş aralığındaki hastaların % 21,4’ünün (3 hasta), 19-25 yaş aralığındaki hastaların % 32,1’inin (9 hasta), 26-40 yaş aralığındaki hastaların % 36,6’sının (26 hasta), 41-60 yaş aralığındaki hastaların % 31,6’sının (37 hasta), 60 yaşından büyük hastaların % 26,8’inin (15 hasta) yatışının uygun olmadığı tespit edilmiştir. Uygun yatış oranının % 78,6 ile 15-18 yaş aralığında en yüksek değerde olduğu, 7 yaşından küçük

hastalarda % 50 ile en düşük değerde olduğu saptanmıştır. Yapılan değerlendirmede, yaş grupları ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 3,319$; $p= 0,768$) (Çizelge 3.8). Hipotez 4.b. reddedilmiştir.

Araştırma grubundaki evli hastaların % 68,3'ünün (153 hasta) yatışının uygun olduğu, % 31,7'sinin (71 hasta) yatışının uygun olmadığı tespit edilmiştir. Bekâr hastaların % 66,7'sinin (42 hasta), dul hastaların % 69,2'sinin (9 hasta) yatışının uygun olduğu; bekar hastaların % 33,3'ünün (21 hasta) ve dul hastaların % 30,8'inin yatışının uygun olmadığı belirlenmiştir. Hastaların medeni durumu ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 0,070$; $p= 0,966$) (Çizelge 3.8). Hipotez 4.c. reddedilmiştir.

Hastaların öğrenim durumuna göre yapılan değerlendirmede; okuryazar olmayan hastaların % 71,9'unun (23 hasta), okuryazar hastaların % 66,7'sinin (26 hasta), ilkokul mezunu hastaların % 69,7'sinin (85 hasta), ortaokul mezunu hastaların % 65,0'ının (26 hasta), lise mezunu hastaların % 67,3'ünün (37 hasta) ve yüksekokul mezunu hastaların % 58,3'ünün (7 hasta) yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Okuryazar olmayan hastaların % 28,1'inin (9 hasta), okuryazar hastaların % 33,3'ünün (13 hasta), ilkokul mezunu hastaların % 30,3'ünün (37 hasta), ortaokul mezunu hastaların % 35,0'ının (14 hasta), lise mezunu hastaların % 32,7'sinin (18 hasta) ve yüksekokul mezunu hastaların % 41,7'sinin (5 hasta) yatışının uygun olmadığı saptanmıştır. Hastaların öğrenim durumu ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 1,104$; $p= 0,954$) (Çizelge 3.8). Hipotez 4.d. reddedilmiştir.

Araştırma grubunda Emekli Sandığı'na bağlı hastaların % 53,8'inin (14 hasta), Bağ-Kur'lu hastaların % 65,1'inin (28 hasta), SSK'lı hastaların % 70,3'ünün (123 hasta), Yeşil Kart'lı hastaların % 68,8'inin (33 hasta) ve ücretli hastaların %75,0'ının (6 hasta) yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Ayrıca Emekli Sandığı'na bağlı hastaların % 46,2'sinin (12 hasta), Bağ-Kur'lu hastaların % 34,9'unun (15 hasta), SSK'lı hastaların % 29,7'sinin (52 hasta), Yeşil Kart'lı hastaların % 31,2'sinin (15 hasta) ve ücretli hastaların % 25,0'ının (2 hasta) yatışının uygun olmadığı

belirlenmiştir. Hastaların sosyal güvenceleri ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 3,171$; $p= 0,530$) (Çizelge 3.8). Hipotez 4.e. reddedilmiştir.

Hastaların ikamet ettiği yer açısından; Ankara’da ikamet eden hastaların % 70,1’inin (190 hasta) yatışı uygunken, Ankara dışındaki diğer illerde ikamet eden hastaların % 48,3’ünün (14 hasta) yatışı uygun olarak bulunmuştur. Ankara’da ikamet eden hastaların uygun olmayan yatış oranı % 29,9 (81 hasta) iken, Ankara dışındaki illerde ikamet eden hastalarda uygun olmayan yatış oranı % 51,7 (15 hasta) olarak belirlenmiştir. Uygun olmayan yatış oranının, Ankara’da ikamet edenlere göre Ankara dışında ikamet eden hastalarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan değerlendirmede, ikamet yerine göre yatış uygunluğu oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 5,740$; $p= 0,017$) (Çizelge 3.8). Hipotez 4.f. kabul edilmiştir.

Araştırma grubunun meslek grupları yönünden yatış uygunluğu değerlendirmesinde; çocuk hastaların % 50,0’inin (4 hasta), ev hanımı hastaların % 68,4’ünün (93 hasta), memur hastaların % 54,5’inin (6 hasta), işçi statüsündeki hastaların %62,5’inin (15 hasta), serbest çalışan hastaların % 73,1’inin (49 hasta), emekli hastaların % 77,4’ünün (24 hasta), öğrenci olan hastaların % 61,1’inin (11 hasta) ve işsiz hastaların % 40,0’inin (2 hasta) yatışının uygun olduğu bulunmuştur. Ayrıca çocuk hastaların % 50,0’inin (4 hasta), ev hanımı hastaların % 31,6’sının (43 hasta), memur hastaların % 45,5’inin (5 hasta), işçi statüsündeki hastaların % 37,5’inin (9 hasta), serbest çalışan hastaların % 26,9’unun (18 hasta), emekli hastaların % 22,6’sının (7 hasta), öğrenci olan hastaların % 38,9’unun (7 hasta) ve işsiz hastaların % 60,0’inin (3 hasta) yatışının uygun olmadığı saptanmıştır. Uygun yatış oranının % 73,1’le en yüksek serbest meslek sahibi hastalarda olduğu, uygun olmayan yatış oranının ise % 60,0’la en yüksek değerde işsiz hastalarda görüldüğü belirlenmiştir. Meslek grupları ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 6,719$; $p= 0,459$) (Çizelge 3.8). Hipotez 4.g. reddedilmiştir.

Çizelge 3.8. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Yatış Uygunluğu Yönünden Değerlendirilmesi

Değişkenler	Uygun Yatış		Uygun Olmayan Yatış		Toplam		X ²	SD	P
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)			
Cinsiyet									
Kadın	115	68,0	54	32,0	169	100,0	0,0001	1	0,984
Erkek	89	67,9	42	32,1	131	100,0			
Yaş									
<7	4	50,0	4	50,0	8	100,0	3,319	6	0,768
7-14	4	66,7	2	33,3	6	100,0			
15-18	11	78,6	3	21,4	14	100,0			
19-25	19	67,9	9	32,1	28	100,0			
26-40	45	63,4	26	36,6	71	100,0			
41-60	80	68,4	37	31,6	117	100,0			
60+	41	73,2	15	26,8	56	100,0			
Medeni Durum							0,070	2	0,966
Evli	153	68,3	71	31,7	224	100,0			
Bekar	42	66,7	21	33,3	63	100,0			
Dul	9	69,2	4	30,8	13	100,0			
Öğrenim Durumu							1,104	5	0,954
Okuryazar Değil	23	71,9	9	28,1	32	100,0			
Okuryazar	26	66,7	13	33,3	39	100,0			
İlkokul Mezunu	85	69,7	37	30,3	122	100,0			
Ortaokul M.	26	65,0	14	35,0	40	100,0			
Lise Mezunu	37	67,3	18	32,7	55	100,0			
Yüksekokul M.	7	58,3	5	41,7	12	100,0			
S. Güvence							3,171	4	0,530
Emekli Sandığı	14	53,8	12	46,2	26	100,0			
Bağ-Kur	28	65,1	15	34,9	43	100,0			
S.S.K.	123	70,3	52	29,7	175	100,0			
Yeşil Kart	33	68,8	15	31,2	48	100,0			
Ücretli	6	75,0	2	25,0	8	100,0			
İkamet Yeri							5,740	1	0,017
Ankara	190	70,1	81	29,9	271	100,0			
Diğer	14	48,3	15	51,7	29	100,0			
Meslek							6,719	7	0,459
Çocuk	4	50,0	4	50,0	8	100,0			
Ev Hanımı	93	68,4	43	31,6	136	100,0			
Memur	6	54,5	5	45,5	11	100,0			
İşçi	15	62,5	9	37,5	24	100,0			
Serbest Meslek	49	73,1	18	26,9	67	100,0			
Emekli	24	77,4	7	22,6	31	100,0			
Öğrenci	11	61,1	7	38,9	18	100,0			
İşsiz	2	40,0	3	60,0	5	100,0			

Araştırma grubunun klinik özelliklerine göre, yatış uygunluğuna ilişkin bulgular Çizelge 3.9'da verilmiştir. Hastaların yattığı kliniklere göre yatış uygunluğu değerlendirildiğinde; 1. Cerrahi Klinikte yatanların % 62,2'sinin (46 hasta), 2. Cerrahi Klinikte yatanların % 68,9'unun (42 hasta), 3. Cerrahi Klinikte yatanların % 69,8 'inin (30 hasta), 4. Cerrahi Klinikte yatanların % 73,3'ünün (44 hasta) ve 5. Cerrahi Klinikte yatanların % 67,7'sinin (42 hasta) hastaneye yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. 1. Cerrahi Klinikte yatanların % 37,8'inin (28 hasta), 2. Cerrahi Klinikte yatanların % 31,1'inin (19 hasta), 3. Cerrahi Klinikte yatanların % 30,2'sinin (13 hasta), 4. Cerrahi Klinikte yatanların % 26,7'sinin (16 hasta) ve 5. Cerrahi Klinikte yatanların % 32,3'ünün (20 hasta) yatışının uygun olmadığı belirlenmiştir. 4. Cerrahi Klinikte yatan hastaların uygun yatış oranının diğer klinikte yatanlara göre daha yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, yatılan klinik ile yatış uygunluğu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 2,027$; $p= 0,731$) (Çizelge 3.9). Hipotez 4.h. reddedilmiştir.

Yatış uygunluğu, tanı uyumuna göre incelendiğinde; ön tanı ve son tanısı aynı olan hastaların % 66,4'ünün (180 hasta) yatışının uygun olduğu ve % 33,6'sının (91 hasta) yatışının uygun olmadığı saptanmıştır. Ön tanısı ile son tanısı farklı olan hastaların % 82,8'inin (24 hasta) yatışının uygun olduğu, % 17,2'sinin (5 hasta) yatışının uygun olmadığı belirlenmiştir. Tanı uyumu ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 3,214$; $p= 0,073$) (Çizelge 3.9). Hipotez 4.i. reddedilmiştir.

Araştırma grubunda, kesin tanısı konulan hastaların % 69,1'inin (199 hasta) yatışının uygun olmasına karşın; kesin tanı konulamayan hastaların % 41,7'sinin (5 hasta) yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Uygun olmayan yatış oranının % 30,9'u (89 hasta) kesin tanısı olan hastalara aitken, bu oranın % 58,3'ü (7 hasta) kesin tanısı olmayan hastalara aittir. Buna göre; uygun olmayan yatış oranının kesin tanı konulamayan hastalarda, kesin tanı konulan hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan değerlendirmede, kesin tanı durumuna göre yatış uygunluğu oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 3,983$; $p= 0,046$) (Çizelge 3.9). Hipotez 4.j. kabul edilmiştir.

Araştırma grubunun hastaneye yatış sayısına göre yatış uygunluğunun değerlendirilmesinde; hastaneye ilk kez yatan hastaların % 66,0'ının (165 hasta), ikinci kez yatanların % 71,4'ünün (25 hasta) ve üç ve daha fazla hastane yatışı olan hastaların % 93,3'ünün (14 hasta) yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Hastaneye ilk kez yatan hastaların % 34,0'ının (85 hasta), ikinci kez yatanların % 28,6'sının (10 hasta) ve üç ve daha fazla hastane yatışı olan hastaların % 6,7'sinin (1 hasta) hastaneye yatışının uygun olmadığı saptanmıştır. Hastaneye üç ve daha fazla yatan hastalarda uygun yatış oranının diğer yatış sayılarına göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaneye yatış sayısı ile yatış uygunluğu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 5,073$; $p= 0,079$) (Çizelge 3.9). Hipotez 4.k. reddedilmiştir.

Araştırma grubunun cerrahi kliniğe yatış sayısına göre yatış uygunluğunun değerlendirilmesinde; cerrahi kliniğe ilk kez yatan hastaların % 66,2'sinin (174 hasta), ikinci kez yatanların % 75,9'unun (22 hasta) ve üç ve daha fazla cerrahi kliniğe yatan hastaların tamamının (% 100,0 - 8 hasta) yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Cerrahi kliniğe ilk kez yatan hastaların % 33,8'inin (89 hasta), ikinci kez yatanların % 24,1'inin (7 hasta) hastaneye yatışının uygun olmadığı saptanmıştır. Üç ve daha fazla cerrahi kliniğe yatan hastaların hiçbirinde uygun olmayan yatışın olmadığı dikkati çekmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, cerrahi kliniğe yatış sayısı ile yatış uygunluğu arasında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 4,998$; $p= 0,082$) (Çizelge 3.9). Hipotez 4.l. reddedilmiştir.

Yatış yapılan yere göre, araştırma grubunun yatış uygunluğu değerlendirildiğinde; acil poliklinikten yatan hastaların tamamının (% 100,0 - 56 hasta), cerrahi poliklinikten yatan hastaların % 60,7'sinin (148 hasta) hastaneye yatışının uygun olduğu bulunmuştur. Cerrahi poliklinikten yatan hastaların % 39,3'ünün (96 hasta) yatışının uygun olmadığı, acil poliklinikten yatan hastalarda uygun olmayan yatışın olmadığı tespit edilmiştir. Yatış uygunluğu açısından, acil poliklinikten yatan hastalar ile cerrahi poliklinikten yatan hastalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 32,401$; $p= 0,0001$) (Çizelge 3.9). Hipotez 4.m. kabul edilmiştir.

Araştırma grubunda, yatış tanısına ek hastalığı olan hastaların % 68,0'ının (17 hasta), ek hastalığı olmayanların % 68,0'ının (187 hasta) yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Ek hastalığı olan hastaların % 32,0'ının (8 hasta), ek hastalığı olmayanların % 32,0'ının (88 hasta) yatışının uygun olmadığı bulunmuştur. Yatış tanısına ek hastalık olma durumu ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 0,0001$; $p= 1,000$) (Çizelge 3.9). Hipotez 4.n. reddedilmiştir.

Araştırma grubunun kronik hastalık durumuna göre yatış uygunluğu incelendiğinde; kronik hastalığı olmayan hastaların % 66,4'ünün (148 hasta), sadece bir kronik hastalığı olanların % 76,0'ının (38 hasta) ve iki ve daha fazla kronik hastalığı olanların % 66,7'sinin (18 hasta) yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı olmayanların % 33,6'sının (75 hasta), bir kronik hastalığı olanların % 24,0'ının (12 hasta) ve iki ve daha fazla kronik hastalığı olanların % 33, 3'ünün (9 hasta) yatışının uygun olmadığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, kronik hastalık durumu ile yatış uygunluğu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 1,766$; $p= 0,414$) (Çizelge 3.9). Hipotez 4.o. reddedilmiştir.

Hastaneye yatış yapılan aya göre yatış uygunluğu değerlendirildiğinde; Ocak ayında yatan hastaların % 66,7'sinin (32 hasta), Şubat ayında yatanların % 56,3'ünün (27 hasta), Mart ayında yatanların % 61,1'inin (33 hasta), Nisan ayında yatanların % 81,6'sının (40 hasta), Mayıs ayında yatanların % 75,0'ının (39 hasta) ve Haziran ayında yatan hastaların % 67,3'ünün (33 hasta) yatışının uygun olduğu saptanmıştır. Ocak ayında yatan hastaların % 33,3'ünün (16 hasta), Şubat ayında yatanların % 43,8'inin (21 hasta), Mart ayında yatanların % 38,9'unun (21 hasta), Nisan ayında yatanların % 18,4'ünün (9 hasta), Mayıs ayında yatanların % 25,0'ının (13 hasta) ve Haziran ayında yatan hastaların % 32,7'sinin (16 hasta) yatışının uygun olmadığı belirlenmiştir. Nisan ayında yatan hastaların uygun yatış oranının diğer aylara göre daha yüksek olduğu; Şubat ayında yatan hastalarda uygun olmayan yatış oranının diğer aylara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, yatış yapılan ay ile yatış uygunluğu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 9,628$; $p= 0,086$) (Çizelge 3.9). Hipotez 4.p. reddedilmiştir.

Çizelge 3.9. Araştırma Grubunun Klinik Özelliklerine Göre Yatış Uygunluğu Yönünden Değerlendirilmesi

Değişkenler	Uygun Yatış		Uygun Olmayan Yatış		Toplam		X ²	SD	P
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)			
Yatılan Klinik							2,027	4	0,731
1. Cerrahi Klinik	46	62,2	28	37,8	74	100,0			
2. Cerrahi Klinik	42	68,9	19	31,1	61	100,0			
3. Cerrahi Klinik	30	69,8	13	30,2	43	100,0			
4. Cerrahi Klinik	44	73,3	16	26,7	60	100,0			
5. Cerrahi Klinik	42	67,7	20	32,3	62	100,0			
Tanı Uyumu							3,214	1	0,073
Ön Tanı ve Son Tanı Aynı	180	66,4	91	33,6	271	100,0			
Ön Tanı ve Son Tanı Farklı	24	82,8	5	17,2	29	100,0			
Kesin Tanı							3,983	1	0,046
Konulmuş	199	69,1	89	30,9	288	100,0			
Konulmamış	5	41,7	7	58,3	12	100,0			
Hastaneye Yatış Sayısı							5,073	2	0,079
1. Yatış	165	66,0	85	34,0	250	100,0			
2. Yatış	25	71,4	10	28,6	35	100,0			
3+ Yatış	14	93,3	1	6,7	15	100,0			
Cerrahi Kliniğe Yatış Sayısı							4,998	2	0,082
1. Yatış	174	66,2	89	33,8	263	100,0			
2. Yatış	22	75,9	7	24,1	29	100,0			
3+ Yatış	8	100,0	0	0,0	8	100,0			
Yatış Yapılan Yer							32,401	1	0,0001
Acil Poliklinik	56	100,0	0	0,0	56	100,0			
Cerrahi Poliklinik	148	60,7	96	39,3	244	100,0			
Yatış Tanısına Ek Hastalık							0,0001	1	1,000
Var	17	68,0	8	32,0	25	100,0			
Yok	187	68,0	88	32,0	275	100,0			
Kronik Hastalık							1,766	2	0,414
Yok	148	66,4	75	33,6	223	100,0			
1 Kronik Hastalık	38	76,0	12	24,0	50	100,0			
2+ Kronik Hastalık	18	66,7	9	33,3	27	100,0			
Yatış Yapılan Ay							9,628	5	0,086
Ocak	32	66,7	16	33,3	48	100,0			
Şubat	27	56,3	21	43,8	48	100,0			
Mart	33	61,1	21	38,9	54	100,0			
Nisan	40	81,6	9	18,4	49	100,0			
Mayıs	39	75,0	13	25,0	52	100,0			
Haziran	33	67,3	16	32,7	49	100,0			

Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre; ortalama uygun ve uygun olmayan kalış günlerinin dağılımı ile istatistiksel karşılaştırma sonuçları Çizelge 3.10'da verilmiştir.

Araştırma grubunun uygun kalış günleri açısından; ortalama uygun kalış süresinin kadın hastalarda (3,59 gün) erkek hastalara (2,72 gün) göre daha yüksek olduğu saptanmış, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U= 9315,5$; $p= 0,013$) (Çizelge 3.10). Hipotez 5.a. kabul edilmiştir.

Uygun olmayan kalış günü ortalamasının; kadınlarda 1,62 gün, erkeklerde 1,11 gün olduğu belirlenmiştir. Cinsiyete göre, ortalama uygun olmayan kalış günleri arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($U= 10356$; $p= 0,291$) (Çizelge 3.10). Hipotez 6.a. reddedilmiştir.

Yaş gruplarına göre uygun kalış günleri incelendiğinde; ortalama uygun kalış süresinin 7 yaş altındaki hastalarda 1,38 gün, 7-14 yaş aralığında 1,50 gün, 15-18 yaş aralığında 1,71 gün, 19-25 yaş aralığında 1,96 gün, 26-40 yaş aralığında 2,06 gün, 41-60 yaş aralığında 3,52 gün, 60 yaşından büyük hastalarda 5,46 gün olduğu saptanmıştır. Yaş gruplarının ortalama uygun kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($KW= 30,05$; $p= 0,0001$) (Çizelge 3.10). Hipotez 5.b. kabul edilmiştir. Farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığını bulmak için, Mann-Whitney U testi ile ikişerli karşılaştırmalar yapılmıştır. Yapılan ileri analizde; <7 ile 60+ yaş grupları ($p= 0,010$), 7-14 ile 60+ yaş grupları ($p= 0,026$), 15-18 ile 60+ yaş grupları ($p= 0,006$), 19-25 ile 41-60 yaş grupları ($p= 0,024$), 19-25 ile 60+ yaş grupları ($p= 0,001$), 26-40 ile 41-60 yaş grupları ($p= 0,006$), 26-40 ile 60+ yaş grupları ($p= 0,0001$), 41-60 ile 60+ yaş grupları ($p= 0,028$) arasında fark bulunmuştur.

Ortalama uygun olmayan kalış süresinin; 7 yaş altındaki hastalarda 0,88 gün, 7-14 yaş aralığında 0,83 gün, 15-18 yaş aralığında 1,00 gün, 19-25 yaş aralığında 1,21 gün, 26-40 yaş aralığında 1,24 gün, 41-60 yaş aralığında 1,55 gün, 60 yaşından büyük hastalarda 1,59 gün olduğu saptanmıştır. Yaş gruplarına göre ortalama uygun

olmayan kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (KW= 0,71; p= 0,994) (Çizelge 3.10). Hipotez 6.b. reddedilmiştir.

Araştırma grubunun ortalama uygun kalış süresi; evli hastalarda 3,50 gün, bekar hastalarda 1,68 gün, dul hastalarda 5,54 gün olarak belirlenmiştir. Medeni duruma göre, ortalama uygun kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW= 17,63; p= 0,0001) (Çizelge 3.10). Hipotez 5.c. kabul edilmiştir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı incelenmiş, evli ve bekar hastalar arasında (p= 0,001), evli ve dul hastalar arasında (p= 0,030), bekar ve dul hastalar arasında (p= 0,0001) fark bulunmuştur.

Uygun olmayan kalış günü ortalaması; evli hastalarda 1,46 gün, bekar hastalarda 1,06 gün, dul hastalarda 1,77 gün olarak belirlenmiştir. Medeni duruma göre ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (KW= 0,08; p= 0,961) (Çizelge 3.10). Hipotez 6.c. reddedilmiştir.

Öğrenim durumuna göre araştırma grubunun uygun kalış günleri incelendiğinde; ortalama uygun kalış süresi, okuryazar olmayan hastalarda 4,47 gün, okuryazar hastalarda 4,92 gün, ilkokul mezunu hastalarda 3,11 gün, ortaokul mezunu hastalarda 2,68 gün, lise mezunu hastalarda 1,89 gün ve yüksekokul mezunlarında 3,08 gün olarak tespit edilmiştir. Öğrenim durumuna göre ortalama uygun kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW= 14,10; p= 0,015) (Çizelge 3.10). Hipotez 5.d. kabul edilmiştir. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı incelenmiş, okuryazar olmayanlar ile lise mezunları arasında (p= 0,028), okuryazar hastalar ile ilkokul mezunları arasında (p= 0,023), okuryazar hastalar ile ortaokul mezunları arasında (p= 0,010), okuryazar hastalar ile lise mezunları arasında (p= 0,001) fark bulunmuştur.

Uygun olmayan kalış süresi ortalamasının; okuryazar olmayan hastalarda 1,31 gün, okuryazar hastalarda 1,82 gün, ilkokul mezunu hastalarda 1,35 gün, ortaokul mezunu hastalarda 1,03 gün, lise mezunu hastalarda 1,27 gün ve yüksekokul mezunlarında 2,42 gün olduğu tespit edilmiştir. Öğrenim durumuna göre, ortalama

uygun olmayan kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (KW= 6,43; p= 0,267) (Çizelge 3.10). Hipotez 6.d. reddedilmiştir.

Sosyal güvence durumuna göre araştırma grubunun ortalama uygun kalış süreleri incelendiğinde; Emekli Sandığı'na bağlı hastaların ortalama 2,88 gün, Bağ-Kur'lu hastaların ortalama 3,93 gün, SSK'lı hastaların ortalama 2,86 gün, Yeşil Kartlı hastaların ortalama 4,40 gün, ücretli hastaların ortalama 1,00 gün uygun kalış günü olduğu saptanmıştır. Sosyal güvence durumuna göre, ortalama uygun kalış süreleri arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (KW= 9,05; p= 0,060) (Çizelge 3.10). Hipotez 5.e. reddedilmiştir.

Ortalama uygun olmayan kalış süresinin; Emekli Sandığı'na bağlı hastalarda 1,42 gün, Bağ-Kur'lu hastalarda 2,09 gün, SSK'lı hastalarda 1,15 gün, Yeşil Kartlı hastalarda 1,79 gün, ücretli hastalarda 0,38 gün olduğu saptanmıştır. Sosyal güvence durumuna göre, ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (KW= 7,41; p= 0,116) (Çizelge 3.10). Hipotez 6.e. reddedilmiştir.

Araştırma grubunun ikamet ettiği yere göre ortalama uygun kalış süreleri incelendiğinde; Ankara'da ikamet eden hastaların ortalama uygun kalış süresi 2,75 gün iken, diğer illerde ikamet eden hastaların ortalama uygun kalış süresi 7,48 gündür. Ortalama uygun kalış süresinin, Ankara dışında ikamet eden hastalarda, Ankara'da ikamet edenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U= 2226,5; p= 0,0001) (Çizelge 3.10). Hipotez 5.f. kabul edilmiştir.

Uygun olmayan kalış süresi ortalamalarının, Ankara'da ikamet edenlerde 1,39 gün, Ankara dışında ikamet edenlerde 1,41 gün olduğu saptanmış, aralarında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamıştır (U= 3811,5; p= 0,769) (Çizelge 3.10). Hipotez 6.f. reddedilmiştir.

Meslek gruplarına göre ortalama uygun kalış süresi; çocuk hastalarda 1,38 gün, ev hanımı hastalarda 3,87 gün, memur hastalarda 2,55 gün, işçi statüsündeki hastalarda 2,00 gün, serbest çalışanlarda 2,93 gün, emekli hastalarda 3,71 gün, öğrenci hastalarda 1,78 gün ve işsizlerde 1,40 gün olarak belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre ortalama uygun kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW= 19,55; $p= 0,007$) (Çizelge 3.10). Hipotez 5.g. kabul edilmiştir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığı incelenmiş, çocuk hastalar ile ev hanımı hastalar arasında ($p= 0,054$), çocuk hastalar ile emekli hastalar arasında ($p= 0,024$), ev hanımı hastalar ile işçi hastalar arasında ($p= 0,009$), ev hanımı hastalar ile öğrenci hastalar arasında ($p= 0,013$), işçi hastalar ile emekli hastalar arasında ($p= 0,006$), emekli hastalar ile öğrenci hastalar arasında ($p= 0,008$) fark bulunmuştur.

Meslek gruplarına göre ortalama uygun olmayan kalış süresi; çocuk hastalarda 0,88 gün, ev hanımı hastalarda 1,54 gün, memur hastalarda 2,00 gün, işçi statüsündeki hastalarda 0,75 gün, serbest çalışanlarda 1,19 gün, emekli hastalarda 1,61 gün, öğrenci hastalarda 1,22 gün ve işsizlerde 2,00 gün olarak belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (KW= 7,04; $p= 0,425$) (Çizelge 3.10). Hipotez 6.g. reddedilmiştir.

Çizelge 3.10. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre; Ortalama Uygun ve Uygun Olmayan Kalış Günlerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	UYGUN KALIŞ GÜNLERİ				UYGUN OLMAYAN KALIŞ GÜNLERİ			
		Ort.±SS	Medyan	Test İst.	P	Ort.±SS	Medyan	Test İst.	P
Cinsiyet									
Kadın	169	3,59±4,72	2,00	U=9315,5	0,013	1,62±2,77	0,00	U=10356	0,291
Erkek	131	2,72±3,25	1,00			1,11±1,80	0,00		
Yaş									
<7	8	1,38±0,52	1,00	KW=30,05	0,0001	0,88±0,83	1,00	KW=0,71	0,994
7-14	6	1,50±1,38	1,00			0,83±0,98	0,50		
15-18	14	1,71±0,99	1,00			1,00±1,75	0,00		
19-25	28	1,96±1,88	1,00			1,21±1,68	0,00		
26-40	71	2,06±1,86	1,00			1,24±2,48	0,00		
41-60	117	3,52±3,94	2,00			1,55±2,61	0,00		
60+	56	5,46±6,75	3,00			1,59±2,60	0,00		
Medeni Durum									
Evli	224	3,50±4,48	2,00	KW=17,63	0,0001	1,46±2,52	0,00	KW=0,08	0,961
Bekâr	63	1,68±1,21	1,00			1,06±1,44	0,00		
Dul	13	5,54±5,56	4,00			1,77±3,85	0,00		
Öğrenim D.									
Okuryazar Değil	32	4,47±6,95	2,00	KW=14,10	0,015	1,31±2,29	0,00	KW=6,43	0,267
Okuryazar	39	4,92±5,67	2,00			1,82±2,92	1,00		
İlkokul Mezunu	122	3,11±3,51	2,00			1,35±2,58	0,00		
Ortaokul Mezunu	40	2,68±3,47	1,00			1,03±1,86	0,00		
Lise Mezunu	55	1,89±1,51	1,00			1,27±2,02	0,00		
Yüksekokul M.	12	3,08±3,03	2,50			2,42±2,31	2,00		
Sosyal Güvence									
Emekli Sandığı	26	2,88±3,00	2,00	KW=9,05	0,060	1,42±1,58	1,00	KW=7,41	0,116
Bağ-Kur	43	3,93±5,09	2,00			2,09±3,25	1,00		
S.S.K	175	2,86±3,25	2,00			1,15±1,95	0,00		
Yeşil Kart	48	4,40±6,30	2,00			1,79±3,31	0,50		
Ücretli	8	1,00±0,53	1,00			0,38±0,74	0,00		
İkamet Yeri									
Ankara	271	2,75±3,10	2,00	U=2226,5	0,0001	1,39±2,43	0,00	U=3811,5	0,769
Diğer	29	7,48±8,43	6,00			1,41±2,23	0,00		
Meslek									
Çocuk	8	1,38±0,52	1,00	KW=19,55	0,007	0,88±0,83	1,00	KW=7,04	0,425
Ev Hanımı	136	3,87±5,11	2,00			1,54±2,70	0,00		
Memur	11	2,55±3,05	1,00			2,00±2,00	2,00		
İşçi	24	2,00±2,09	1,00			0,75±0,90	0,00		
Serbest Meslek	67	2,93±3,32	1,00			1,19±2,58	0,00		
Emekli	31	3,71±4,00	2,00			1,61±2,28	1,00		
Öğrenci	18	1,78±1,80	1,00			1,22±1,63	0,50		
İşsiz	5	1,40±0,55	1,00			2,00±2,35	1,00		

Araştırma grubunun klinik özelliklerine göre; ortalama uygun ve uygun olmayan kalış günlerinin dağılımı ile istatistiksel karşılaştırma sonuçları Çizelge 3.11’de verilmiştir.

Araştırma grubunun yatılan kliniğe göre ortalama uygun kalış sürelerinin; 1. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 3,33 gün, 2. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 3,79 gün, 3. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 3,98 gün, 4. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 3,47 gün ve 5. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 1,68 gün olduğu belirlenmiştir. Yatılan kliniğe göre ortalama uygun kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW= 29,88; $p= 0,0001$) (Çizelge 3.11). Hipotez 5.h. kabul edilmiştir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığı incelenmiş, 1. Cerrahi Klinik ile 5. Cerrahi Klinik arasında ($p= 0,001$), 2. Cerrahi Klinik ile 5. Cerrahi Klinik arasında ($p= 0,0001$), 3. Cerrahi Klinik ile 5. Cerrahi Klinik arasında ($p= 0,0001$), 4. Cerrahi Klinik ile 5. Cerrahi Klinik arasında ($p= 0,0001$) fark bulunmuştur.

Uygun olmayan kalış günü ortalamalarının; 1. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 2,41 gün, 2. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 0,97 gün, 3. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 0,84 gün, 4. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 1,52 gün ve 5. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 0,87 gün olduğu saptanmıştır. Yatılan kliniğe göre ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW= 32,56; $p= 0,0001$) (Çizelge 3.11). Hipotez 6.h. kabul edilmiştir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığı incelenmiş, 1. Cerrahi Klinik ile 2. Cerrahi Klinik arasında ($p= 0,0001$), 1. Cerrahi Klinik ile 3. Cerrahi Klinik arasında ($p= 0,0001$), 1. Cerrahi Klinik ile 4. Cerrahi Klinik arasında ($p= 0,0001$), 1. Cerrahi Klinik ile 5. Cerrahi Klinik arasında ($p= 0,0001$) fark bulunmuştur.

Tanı uyumuna göre ortalama uygun kalış süreleri incelendiğinde; ön tanısı ve son tanısı aynı hastaların ortalama 3,07 gün, ön tanısı ve son tanısı farklı hastaların ortalama 4,52 gün uygun kalış süresinin olduğu belirlenmiştir. Tanı uyumuna göre hastaların ortalama uygun kalış süreleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($U= 3169$; $p= 0,071$) (Çizelge 3.11). Hipotez 5.i. reddedilmiştir.

Ortalama uygun olmayan kalış sürelerinin; ön tanısı ve son tanısı aynı hastalarda 1,41 gün, ön tanısı ve son tanısı farklı hastalarda 1,28 gün olduğu saptanmıştır. Tanı uyumu açısından, hastaların ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($U= 3546,5$; $p= 0,341$) (Çizelge 3.11). Hipotez 6.i. reddedilmiştir.

Kesin tanı durumuna göre araştırma grubunun ortalama uygun kalış süreleri incelendiğinde; ortalama uygun kalış süresi kesin tanı konulan hastalarda 3,24 gün, kesin tanı konulamayan hastalarda 2,50 gün olarak belirlenmiştir. Kesin tanı durumuna göre hastaların ortalama uygun kalış süreleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($U= 1539,5$; $p= 0,500$) (Çizelge 3.11). Hipotez 5.j. reddedilmiştir.

Araştırma grubunun ortalama uygun olmayan kalış süresinin; kesin tanı konulan hastalarda 1,39 gün, kesin tanı konulamayan hastalarda 1,50 gün olduğu tespit edilmiştir. Kesin tanı durumuna göre hastaların ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($U= 1496$; $p= 0,384$) (Çizelge 3.11). Hipotez 6.j. reddedilmiştir.

Araştırma grubunun, ortalama uygun kalış sürelerinin hastaneye yatış sayısı açısından değerlendirilmesinde; ortalama uygun kalış süresinin hastaneye ilk kez yatanlarda 2,96 gün, ikinci kez yatanlarda 4,11 gün, üç ve daha fazla hastane yatışı olanlarda 5,20 gün olduğu tespit edilmiştir. Hastaneye yatış sayısına göre ortalama uygun kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($KW= 11,70$; $p= 0,03$) (Çizelge 3.11). Hipotez 5.k. kabul edilmiştir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığı incelenmiş, hastaneye ilk kez yatanlar ile ikinci kez yatanlar arasında ($p= 0,017$), hastaneye ilk kez yatanlar ile üç ve daha fazla sayıda yatanlar arasında ($p= 0,008$) fark bulunmuştur.

Hastaların ortalama uygun olmayan kalış süresi; hastaneye ilk kez yatanlarda 1,39 gün, ikinci kez yatanlarda 1,37 gün, üç ve daha fazla hastane yatışı olanlarda 1,53 gün olarak saptanmıştır. Hastaneye yatış sayısına göre ortalama uygun olmayan

kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (KW= 0,530; $p= 0,77$) (Çizelge 3.11). Hipotez 6.k. reddedilmiştir.

Araştırma grubunun ortalama uygun kalış süresinin; cerrahi kliniğe ilk kez yatanlarda 3,03 gün, ikinci kez yatanlarda 4,03 gün, üç ve daha fazla yatışı olanlarda 6,25 gün olduğu tespit edilmiştir. Cerrahi kliniğe yatış sayısına göre ortalama uygun kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW= 7,00; $p= 0,030$) (Çizelge 3.11). Hipotez 5.l. kabul edilmiştir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığı incelenmiş, cerrahi kliniğe ilk kez yatanlar ile üç ve daha fazla sayıda yatışı olanlar arasında ($p= 0,034$) fark olduğu bulunmuştur.

Ortalama uygun olmayan kalış süreleri; cerrahi kliniğe ilk kez yatanlarda 1,41 gün, ikinci kez yatanlarda 1,34 gün, üç ve daha fazla cerrahi kliniğe yatışı olanlarda 1,13 gün olarak belirlenmiştir. Cerrahi kliniğe yatış sayısına göre ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (KW= 0,13; $p= 0,939$) (Çizelge 3.11). Hipotez 6.l. reddedilmiştir.

Yatış yapılan yere göre, araştırma grubunun ortalama uygun kalış süreleri; acil poliklinikten yatan hastalarda 3,86 gün, cerrahi poliklinikten yatan hastalarda 3,06 gün olarak belirlenmiştir. Acil ve cerrahi poliklinikten yatan hastaların ortalama uygun kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (U= 5962; $p= 0,117$) (Çizelge 3.11). Hipotez 5.m. reddedilmiştir.

Uygun olmayan kalış günü ortalamalarının, acil poliklinikten yatan hastalarda 0,16 gün, cerrahi poliklinikten yatan hastalarda 1,68 gün olduğu tespit edilmiştir. Yatış yapılan yere göre ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U= 3757; $p= 0,0001$) (Çizelge 3.11). Hipotez 6.m. kabul edilmiştir.

Araştırma grubunun yatış tanısına ek hastalık durumuna göre ortalama uygun kalış süreleri; ek hastalık olanlarda 5,96 gün, ek hastalık olmayanlarda 2,96 gün olarak saptanmıştır. Yatış tanısına ek hastalık olma durumuna göre ortalama uygun

kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U= 2556$; $p= 0,025$) (Çizelge 3.11). Hipotez 5.n. kabul edilmiştir.

Ortalama uygun olmayan kalış süresinin, ek hastalık olanlarda 1,60 gün, ek hastalık olmayanlarda 1,37 gün olduğu saptanmıştır. Yatış tanısına ek hastalık olma durumuna göre ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($U= 3227,5$; $p= 0,577$) (Çizelge 3.11). Hipotez 6.n. reddedilmiştir.

Kronik hastalık durumuna göre araştırma grubunun ortalama uygun kalış süreleri; kronik hastalığı olmayan hastalarda 2,80 gün, sadece bir kronik hastalığı olanlarda 4,36 gün, iki ve daha fazla kronik hastalığı olanlarda 4,44 gün olarak bulunmuştur. Kronik hastalık durumuna göre ortalama uygun kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($KW= 14,59$; $p= 0,001$) (Çizelge 3.11). Hipotez 5.o. kabul edilmiştir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığı incelenmiş, kronik hastalığı olmayanlar ile sadece bir kronik hastalığı olanlar arasında ($p= 0,001$), kronik hastalığı olmayanlar ile iki ve daha fazla kronik hastalığı olanlar arasında ($p= 0,022$) fark bulunmuştur.

Araştırma grubunun ortalama uygun olmayan kalış sürelerinin, kronik hastalığı olmayanlarda 1,33 gün, bir kronik hastalığı olanlarda 1,74 gün, iki ve daha fazla kronik hastalığı olanlarda 1,30 gün olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalık durumuna göre, ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($KW= 0,14$; $p= 0,933$) (Çizelge 3.11). Hipotez 6.o. reddedilmiştir.

Araştırma grubunun yatış yapılan aya göre ortalama uygun kalış sürelerinin; Ocak ayında yatanlarda 4,27 gün, Şubat ayında yatanlarda 2,13 gün, Mart ayında yatanlarda 2,44 gün, Nisan ayında yatanlarda 3,16 gün, Mayıs ayında yatanlarda 3,40 gün, Haziran ayında yatanlarda 3,92 gün olduğu saptanmıştır. Aylara göre ortalama uygun kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($KW= 10,07$; $p= 0,073$) (Çizelge 3.11). Hipotez 5.p. reddedilmiştir.

İncelenen hastaların ortalama uygun olmayan kalış süresinin, Ocak ayında yatanlarda 1,71 gün, Şubat ayında yatanlarda 1,27 gün, Mart ayında yatanlarda 1,35 gün, Nisan ayında yatanlarda 1,33 gün, Mayıs ayında yatanlarda 1,00 gün, Haziran ayında yatanlarda 1,73 gün olduğu tespit edilmiştir. Yatış yapılan aylara göre, ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (KW= 5,73; $p= 0,334$) (Çizelge 3.11). Hipotez 6.p. reddedilmiştir.

Yatış uygunluğuna göre, araştırma grubunun ortalama uygun kalış süresinin; yatışı uygun olan hastalarda 3,45 gün, yatışı uygun olmayan hastalarda 2,70 gün olduğu tespit edilmiştir. Yatış uygunluğuna göre, ortalama uygun kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U= 7578$; $p= 0,001$) (Çizelge 3.11). Hipotez 5.r. kabul edilmiştir.

Ortalama uygun olmayan kalış süresinin; yatışı uygun olan hastalarda 0,69 gün, yatışı uygun olmayan hastalarda 2,89 gün olduğu saptanmıştır. Yatış uygunluğuna göre, ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U= 27,16$; $p= 0,0001$) (Çizelge 3.11). Hipotez 6.r. kabul edilmiştir.

Çizelge 3.11. Araştırma Grubunun Klinik Özelliklerine Göre; Ortalama Uygun ve Uygun Olmayan Kalış Günlerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayı (n)	UYGUN KALIŞ GÜNLERİ				UYGUN OLMAYAN KALIŞ GÜNLERİ			
		Ort.±SS	Medyan	Test İst.	P	Ort.±SS	Medyan	Test İst.	P
Yatılan Klinik									
1.Cerrahi Klinik	74	3,36±4,60	2,00	KW=29,88	0,0001	2,41±2,81	2,00	KW=32,56	0,0001
2.Cerrahi Klinik	61	3,79±3,41	2,00			0,97±1,35	0,00		
3.Cerrahi Klinik	43	3,98±4,77	2,00			0,84±1,59	0,00		
4.Cerrahi Klinik	60	3,47±5,19	2,00			1,52±2,91	0,00		
5.Cerrahi Klinik	62	1,68±1,77	1,00			0,87±2,29	0,00		
Tanı Uyumu									
Ön Tanı ve Son Tanı Aynı	271	3,07±4,06	2,00	U=3169	0,071	1,41±2,39	0,00	U=3546,5	0,341
Ön Tanı ve Son Tanı Farklı	29	4,52±4,91	3,00			1,28±2,58	0,00		
Kesin Tanı									
Konulmuş	288	3,24±4,22	2,00	U=1539,5	0,500	1,39±2,43	0,00	U=1496	0,384
Konulmamış	12	2,50±2,39	1,00			1,50±1,73	1,00		
Hastaneye Yatış Sayısı									
1. Yatış	250	2,96±4,12	1,50	KW=11,70	0,03	1,39±2,48	0,00	KW=0,530	0,77
2. Yatış	35	4,11±4,19	2,00			1,37±1,86	1,00		
3+ Yatış	15	5,20±4,25	5,00			1,53±2,42	0,00		
Cerrahi Kliniğe Yatış Sayısı									
1. Yatış	263	3,03±4,09	2,00	KW=7,00	0,030	1,41±2,47	0,00	KW=0,13	0,939
2. Yatış	29	4,03±4,26	2,00			1,34±1,99	0,00		
3+ Yatış	8	6,25±5,17	5,50			1,13±1,88	0,00		
Yatış Yapılan Yer									
Acil Poliklinik	56	3,86±4,93	2,00	U=5962	0,117	0,16±0,56	0,00	U=3757	0,0001
Cerrahi Poliklinik	244	3,06±3,96	2,00			1,68±2,58	1,00		
Yatış Tanısına Ek Hastalık									
Var	25	5,96±7,75	3,00	U=2556	0,025	1,60±2,31	0,00	U=3227,5	0,577
Yok	275	2,96±3,59	2,00			1,37±2,42	0,00		
Kronik Hastalık									
Yok	223	2,80±3,99	1,00	KW=14,59	0,001	1,33±2,23	0,00	KW=0,14	0,933
1 Kronik Hastalık	50	4,36±4,43	3,00			1,74±3,18	0,00		
2+ Kronik Hastalık	27	4,44±4,53	3,00			1,30±2,23	0,00		
Yatış Yapılan Ay									
Ocak	48	4,27±5,02	2,00	KW=10,07	0,073	1,71±3,13	0,00	KW=5,73	0,334
Şubat	48	2,13±1,93	1,00			1,27±1,36	1,00		
Mart	54	2,44±2,91	1,00			1,35±2,57	0,00		
Nisan	49	3,16±3,50	2,00			1,33±2,27	0,00		
Mayıs	52	3,40±3,96	2,00			1,00±1,85	0,00		
Haziran	49	3,92±6,14	2,00			1,73±2,87	1,00		
Yatış Uygunluğu									
Uygun Yatış	204	3,45±4,03	2,00	U=7578	0,001	0,69±1,85	0,00	U=2716	0,0001
Uygun Olmayan Yatış	96	2,70±4,39	1,00			2,89±2,77	2,00		

Araştırma grubu, sosyo-demografik özelliklerine göre kalış günü uygunluğu yönünden değerlendirilmiş, elde edilen bulgular Çizelge 3.12’de verilmiştir. Buna göre; araştırma grubundaki kadın hastaların kalış günlerinin % 69,0’ının (607 gün) uygun olduğu, % 31,0’ının (273 gün) uygun olmadığı saptanmıştır. Erkek hastaların kalış günlerinin % 71,1’inin (356 gün) uygun olduğu, % 28,9’unun (145 gün) uygun olmadığı belirlenmiştir. Cinsiyet ile kalış günü uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 0,655$; $p= 0,418$) (Çizelge 3.12). Hipotez 7.a. reddedilmiştir.

Araştırma grubunun yaşlarına göre kalış günü uygunluğunun değerlendirilmesinde; 7 yaşından küçük hastaların kalış günlerinin % 61,1’inin (11 gün) uygun olduğu, % 38,9’unun (7 gün) uygun olmadığı saptanmıştır. 7-14 yaş aralığındaki hastaların kalış günlerinin % 64,3’ünün (9 gün) uygun, % 35,7’sinin (5 gün) uygun olmadığı; 15-18 yaş aralığındaki hastaların kalış günlerinin % 63,2’sinin (24 gün) uygun, % 36,8’inin uygun olmadığı; 19-25 yaş aralığındaki hastaların kalış günlerinin % 61,8’inin (55 gün) uygun, % 38,2’sinin (34 gün) uygun olmadığı; 26-40 yaş aralığındaki hastaların kalış günlerinin % 62,4’ünün (146 gün) uygun olduğu, % 37,6’sının (88 gün) uygun olmadığı; 41-60 yaş aralığındaki hastaların kalış günlerinin % 69,5’inin (412 gün) uygun, % 30,5’inin (181 gün) uygun olmadığı; 60 yaşın üzerindeki hastaların kalış günlerinin % 77,5’inin (306 gün) uygun ve % 22,5’inin (89 gün) uygun olmadığı belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 21,453$; $p= 0,002$) (Çizelge 3.12). Hipotez 7.b. kabul edilmiştir. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için Ki-Kare değerine en fazla katkısı olabilecek kategori işlem dışı bırakılarak teste devam edilmiştir. Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın 60 yaş üstü hasta grubundan ($p<0,05$) kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırma grubunda, evli hastaların kalış günlerinin % 70,5’inin (785 gün) uygun olduğu, % 29,5’inin (328 gün) uygun olmadığı tespit edilmiştir. Bekâr hastaların kalış günlerinin % 61,3’ünün (106 gün) uygun olduğu, % 38,7’sinin (67 gün) uygun olmadığı; dul hastaların kalış günlerinin % 75,8’inin (72 gün) uygun

olduğu, % 24,2'sinin (23 gün) uygun olmadığı belirlenmiştir. Medeni duruma göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 7,854$; $p= 0,020$) (Çizelge 3.12). Hipotez 7.c. kabul edilmiştir. Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın bekar hasta grubundan ($p<0,05$) kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların öğrenim durumuna göre kalış günü uygunluğunun değerlendirilmesinde; okuryazar olmayan hastaların kalış günlerinin % 77,3'ünün (143 gün) uygun olduğu, % 22,7'sinin (42 gün) uygun olmadığı tespit edilmiştir. Okuryazar hastaların kalış günlerinin % 73,0'ının (192 gün) uygun olduğu, % 27,0'ının (71 gün) uygun olmadığı; ilkokul mezunu hastaların kalış günlerinin % 69,7'sinin (380 gün) uygun olduğu, % 30,3'ünün (165 gün) uygun olmadığı; ortaokul mezunu hastaların kalış günlerinin % 72,3'ünün (107 gün) uygun olduğu, % 27,7'sinin (41 gün) uygun olmadığı; lise mezunu hastaların kalış günlerinin % 59,8'inin (104 gün) uygun olduğu, % 40,2'sinin (70 gün) uygun olmadığı; yüksekokul mezunu hastaların kalış günlerinin % 56,1'inin (37 gün) uygun olduğu, % 43,9'unun (29 gün) uygun olmadığı saptanmıştır. Öğrenim durumuna göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 20,838$; $p= 0,001$) (Çizelge 3.12). Hipotez 7.d. kabul edilmiştir. Yapılan ileri analiz sonucunda, istatistiksel farkın lise mezunu ($p<0,05$) ve yüksekokul mezunu hasta gruplarından ($p<0,05$) kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırma grubunun sosyal güvence durumuna göre kalış günü uygunluğu incelendiğinde; Emekli Sandığı'na bağlı hastaların kalış günlerinin % 67,0'ının (75 gün) uygun olduğu, % 33,0'ının (37 gün) uygun olmadığı belirlenmiştir. Bağ-Kur'lu hastaların kalış günlerinin % 65,3'ünün (169 gün) uygun olduğu, % 34,7'sinin (90 gün) uygun olmadığı; SSK'lı hastaların kalış günlerinin % 71,2'sinin (500 gün) uygun olduğu, % 28,8'inin (202 gün) uygun olmadığı; Yeşil Kart'lı hastaların kalış günlerinin % 71,0'ının (211 gün) uygun olduğu, % 29,0'ının (86 gün) uygun olmadığı; ücretli hastaların kalış günlerinin % 72,7'sinin (8 gün) uygun olduğu, % 27,3'ünün (3 gün) uygun olmadığı saptanmıştır. Hastaların sosyal güvencelerine göre

kalış günü uygunluk oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 3,901$; $p= 0,420$) (Çizelge 3.12). Hipotez 7.e. reddedilmiştir.

Hastaların ikamet ettiği yer açısından; Ankara’da ikamet eden hastaların kalış günlerinin % 66,4’ü (746 gün) uygunken, % 33,6’sı (377 gün) uygun olmayan kalış günüdür. Ankara dışındaki diğer illerde ikamet eden hastaların kalış günlerinin % 84,1’i (217 gün) uygun olduğu, % 15,9’u (41 gün) uygun olmadığı bulunmuştur. Ankara dışında ikamet eden hastalarda uygun kalış günü oranının daha yüksek olduğu saptanmış, ikamet yerine göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 31,069$; $p= 0,0001$) (Çizelge 3.12). Hipotez 7.f. kabul edilmiştir.

Araştırma grubunun meslek gruplarına göre kalış günü uygunluğunun değerlendirilmesinde; kalış günlerinin çocuk hastalarda % 61,1’inin (11 gün), ev hanımı hastalarda % 71,6’sının (526 gün), memur hastalarda % 56,0’ının (28 gün), işçi statüsündeki hastalarda % 72,7’sinin (48 gün), serbest çalışan hastalarda % 71,0’ının (196 gün), emekli hastalarda % 69,7’sinin (115 gün), öğrenci olan hastalarda % 59,3’ünün (32 gün), işsiz hastalarda % 41,2’sinin (7 gün) uygun kalış günü olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, kalış günlerinin çocuk hastalarda % 38,9’unun (7 gün), ev hanımı hastalarda % 28,4’ünün (209 gün), memur hastalarda % 44,0’ının (22 gün), işçi statüsündeki hastalarda % 27,3’ünün (18 gün), serbest çalışan hastalarda % 29,0’ının (80 gün), emekli hastalarda % 30,3’ünün (50 gün), öğrenci olan hastalarda % 40,7’sinin (22 gün), işsiz hastalarda % 58,8’inin (10 gün) uygun olmadığı saptanmıştır. Meslek gruplarına göre, kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 16,140$; $p= 0,024$) (Çizelge 3.12). Hipotez 7.g. kabul edilmiştir. Yapılan ileri analiz sonucunda, istatistiksel farkın işsiz hasta grubundan ($p<0,05$) kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çizelge 3.12. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kalış Uygunluğu Yönünden Değerlendirilmesi

Değişkenler	Sayı (n)	Uygun Kalış Günü		Uygun Olmayan Kalış Günü		Toplam		X ²	SD	P
		Gün	Yüzde (%)	Gün	Yüzde (%)	Gün	Yüzde (%)			
Cinsiyet										
Kadın	169	607	69,0	273	31,0	880	100,0	0,655	1	0,418
Erkek	131	356	71,1	145	28,9	501	100,0			
Yaş										
<7	8	11	61,1	7	38,9	18	100,0	21,453	6	0,002
7-14	6	9	64,3	5	35,7	14	100,0			
15-18	14	24	63,2	14	36,8	38	100,0			
19-25	28	55	61,8	34	38,2	89	100,0			
26-40	71	146	62,4	88	37,6	234	100,0			
41-60	117	412	69,5	181	30,5	593	100,0			
60+	56	306	77,5	89	22,5	395	100,0			
Medeni Durum										
Evli	224	785	70,5	328	29,5	1113	100,0	7,854	2	0,020
Bekar	63	106	61,3	67	38,7	173	100,0			
Dul	13	72	75,8	23	24,2	95	100,0			
Öğrenim D.										
Okuryazar Değil	32	143	77,3	42	22,7	185	100,0	20,838	5	0,001
Okuryazar	39	192	73,0	71	27,0	263	100,0			
İlkokul Mezunu	122	380	69,7	165	30,3	545	100,0			
Ortaokul M.	40	107	72,3	41	27,7	148	100,0			
Lise Mezunu	55	104	59,8	70	40,2	174	100,0			
Yüksekokul M.	12	37	56,1	29	43,9	66	100,0			
Sosyal Güvence										
Emekli Sandığı	26	75	67,0	37	33,0	112	100,0	3,901	4	0,420
Bağ-Kur	43	169	65,3	90	34,7	259	100,0			
S.S.K.	175	500	71,2	202	28,8	702	100,0			
Yeşil Kart	48	211	71,0	86	29,0	297	100,0			
Ücretli	8	8	72,7	3	27,3	11	100,0			
İkamet Yeri										
Ankara	271	746	66,4	377	33,6	1123	100,0	31,069	1	0,000 1
Diğer	29	217	84,1	41	15,9	258	100,0			
Meslek										
Çocuk	8	11	61,1	7	38,9	18	100,0	16,140	7	0,024
Ev Hanımı	136	526	71,6	209	28,4	735	100,0			
Memur	11	28	56,0	22	44,0	50	100,0			
İşçi	24	48	72,7	18	27,3	66	100,0			
Serbest Meslek	67	196	71,0	80	29,0	276	100,0			
Emekli	31	115	69,7	50	30,3	165	100,0			
Öğrenci	18	32	59,3	22	40,7	54	100,0			
İşsiz	5	7	41,2	10	58,8	17	100,0			

Araştırma grubunun klinik özelliklerine göre kalış günü uygunluğu değerlendirilmiş, elde edilen bulgular Çizelge 3.13’de verilmiştir.

Hastaların yattığı kliniklere göre kalış günlerinin; 1. Cerrahi Klinikte yatanların % 58,3’ünün (249 gün), 2. Cerrahi Klinikte yatanların % 79,7’sinin (231 gün), 3. Cerrahi Klinikte yatanların % 82,6’sının (171 gün), 4. Cerrahi Klinikte yatanların % 69,6’sının (208 gün) ve 5. Cerrahi Klinikte yatanların % 65,8’inin (104 gün) uygun olduğu belirlenmiştir. Uygun olmayan kalış günü oranı; 1. Cerrahi Klinikte yatanlarda % 41,7 (178 gün), 2. Cerrahi Klinikte yatanlarda % 20,3 (59 gün), 3. Cerrahi Klinikte yatanlarda % 17,4 (36 gün), 4. Cerrahi Klinikte yatanlarda % 30,4 (91 gün) ve 5. Cerrahi Klinikte yatanlarda % 34,2 (54 gün) olarak saptanmıştır. Yatılan kliniklere göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 57,315$; $p= 0,0001$) (Çizelge 3.13). Hipotez 7.h. kabul edilmiştir. Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın 2. ve 3. Cerrahi Kliniklerde yatan hasta gruplarından ($p<0,05$) kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tanı uyumuna göre kalış günü uygunluğu incelendiğinde; ön tanı ve son tanısı aynı olan hastaların kalış günlerinin % 68,6’sının (832 gün) uygun olduğu, % 31,4’ünün (381 gün) uygun olmadığı saptanmıştır. Ön tanısı ile son tanısı farklı olan hastaların kalış günlerinin % 78,0’ının (131 gün) uygun olduğu, % 22,0’ının (37 gün) uygun olmadığı belirlenmiştir. Tanı uyumuna göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 6,159$; $p= 0,013$) (Çizelge 3.13). Hipotez 7.i. kabul edilmiştir.

Araştırma grubunda, kesin tanısı konulan hastaların kalış günlerinin % 70,0’ının (933 gün) uygun, % 30,0’ının (400 gün) uygun olmadığı; kesin tanı konulamamış hastaların kalış günlerinin % 62,5’inin (30 gün) uygun, % 37,5’inin (18 gün) uygun olmadığı belirlenmiştir. Kesin tanı durumuna göre kalış günü uygunluk oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır ($X^2= 1,232$; $p= 0,267$) (Çizelge 3.13). Hipotez 7.j. reddedilmiştir.

Araştırma grubunda, hastaneye ilk kez yatan hastaların kalış günlerinin % 68,1'inin (741 gün), ikinci kez yatanların kalış günlerinin % 75,0'ının (144 gün), üç ve daha fazla hastane yatışı olan hastaların kalış günlerinin % 77,2'sinin (78 gün) uygun olduğu belirlenmiştir. Uygun olmayan kalış oranı açısından, hastaneye ilk kez yatan hastaların kalış günlerinin % 31,9'unun (347 gün), ikinci kez yatanların % 25,0'ının (48 gün), üç ve daha fazla hastane yatışı olan hastaların % 22,8'inin (23 gün) uygun olmadığı saptanmıştır. Hastaneye yatış sayısına göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 6,575$; $p= 0,037$) (Çizelge 3.13). Hipotez 7.k. kabul edilmiştir. Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın hastaneye ilk kez yatan hasta grubundan ($p<0,05$) kaynaklandığı belirlenmiştir.

Araştırma grubunda, cerrahi kliniğe ilk kez yatan hastaların kalış günlerinin % 68,3'ünün (796 gün) uygun olduğu, % 31,7'sinin (370 gün) uygun olmadığı tespit edilmiştir. Cerrahi kliniğe ikinci kez yatanların kalış günlerinin % 75,0'ının (144 gün) uygun, % 25,0'ının (39 gün) uygun olmadığı; kliniğe üç ve daha fazla yatışı olan hastaların kalış günlerinin % 84,7'sinin (50 gün) uygun, % 15,3'ünün (9 gün) uygun olmadığı saptanmıştır. Cerrahi kliniğe yatış sayısına göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 9,537$; $p= 0,008$) (Çizelge 3.13). Hipotez 7.l. kabul edilmiştir. Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın cerrahi kliniğe üç ve daha fazla yatışı olan hasta grubundan ($p<0,05$) kaynaklandığı belirlenmiştir.

Yatış yapılan yere göre, araştırma grubunun kalış uygunluğu değerlendirildiğinde; acil poliklinikten yatan hastaların kalış günlerinin % 96,0'ının (216 gün) uygun, % 4,0'ının (9 gün) uygun olmadığı belirlenmiştir. Cerrahi poliklinikten yatan hastaların kalış günlerinin % 64,6'sının (747 gün) uygun, % 35,4'ünün (409 gün) uygun olmadığı tespit edilmiştir. Yatış yapılan yere göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 87,873$; $p= 0,0001$) (Çizelge 3.13). Hipotez 7.m. kabul edilmiştir.

Araştırma grubunda, yatış tanısına ek hastalığı olan hastaların kalış günlerinin % 78,8'inin (149 gün) uygun, % 21,2'sinin (40 gün) uygun olmadığı saptanmıştır. Ek hastalığı olmayan hastaların kalış günlerinin % 68,3'ünün (814 gün) uygun, % 31,7'sinin (378 gün) uygun olmadığı bulunmuştur. Ek hastalığı durumuna göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=8,598$; $p=0,003$) (Çizelge 3.13). Hipotez 7.n. kabul edilmiştir.

Araştırma grubunun kronik hastalık durumuna göre kalış uygunluğu incelendiğinde; kronik hastalığı olmayan hastaların kalış günlerinin % 67,9'unun (625 gün) uygun olduğu, % 32,1'inin (296 gün) uygun olmadığı saptanmıştır. Bir kronik hastalığı olanların kalış günlerinin % 71,5'inin (218 gün) uygun olduğu, %28,5'inin (87 gün) uygun olmadığı; iki ve daha fazla kronik hastalığı olanların kalış günlerinin % 77,4'ünün (120 gün) uygun, % 22,6'sının (35 gün) uygun olmadığı tespit edilmiştir. Kronik hastalık durumuna göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=6,307$; $p=0,043$) (Çizelge 3.13). Hipotez 7.o. kabul edilmiştir. Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın, kronik hastalığı olmayan hasta grubu ($p<0,05$) ve iki ve daha fazla kronik hastalığı bulunan hasta grubundan ($p<0,05$) kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaneye Ocak ayında yatan hastaların kalış günlerinin % 71,4'ünün (205 gün) uygun, % 28,6'sının (82 gün) uygun olmadığı bulunmuştur. Şubat ayında yatanların kalış günlerinin % 62,6'sının (102 gün) uygun, % 37,4'ünün (61 gün) uygun olmadığı; Mart ayında yatanların kalış günlerinin % 64,4'ünün (132 gün) uygun, % 35,6'sının (73 gün) uygun olmadığı; Nisan ayında yatanların kalış günlerinin % 70,5'inin (155 gün) uygun, % 29,5'inin (65 gün) uygun olmadığı; Mayıs ayında yatanların kalış günlerinin % 77,3'ünün (177 gün) uygun, %22,7'sinin (52 gün) uygun olmadığı; Haziran ayında yatan hastaların kalış günlerinin % 69,3'ünün (192 gün) uygun, % 30,7'sinin (85 gün) uygun olmadığı saptanmıştır. Yatış yapılan aya göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=13,396$; $p=0,020$) (Çizelge 3.13). Hipotez 7.p. kabul edilmiştir. Yapılan ileri analiz sonucunda istatistiksel farkın Mayıs ayında yatan gruptan ($p<0,05$) kaynaklandığı belirlenmiştir.

Çizelge 3.13. Araştırma Grubunun Klinik Özelliklerine Göre Kalış Uygunluğu Yönünden Değerlendirilmesi

Değişkenler	Sayı (n)	Uygun Kalış Günü		Uygun Olmayan Kalış Günü		Toplam		X ²	SD	P
		Gün	Yüzde (%)	Gün	Yüzde (%)	Gün	Yüzde (%)			
Yatılan Klinik										
1. Cerrahi Klinik	74	249	58,3	178	41,7	427	100,0	57,315	4	0,0001
2. Cerrahi Klinik	61	231	79,7	59	20,3	290	100,0			
3. Cerrahi Klinik	43	171	82,6	36	17,4	207	100,0			
4. Cerrahi Klinik	60	208	69,6	91	30,4	299	100,0			
5. Cerrahi Klinik	62	104	65,8	54	34,2	158	100,0			
Tanı Uyumu										
Ön Tanı ve Son Tanı Aynı	271	832	68,6	381	31,4	1213	100,0	6,159	1	0,013
Ön Tanı ve Son Tanı Farklı	29	131	78,0	37	22,00	168	100,0			
Kesin Tanı										
Konulmuş	288	933	70,0	400	30,0	1333	100,0	1,232	1	0,267
Konulmamış	12	30	62,5	18	37,5	48	100,0			
Hastaneye Yatış Sayısı										
1. Yatış	250	741	68,1	347	31,9	1088	100,0	6,575	2	0,037
2. Yatış	35	144	75,0	48	25,0	192	100,0			
3+ Yatış	15	78	77,2	23	22,8	101	100,0			
Cerrahi Kliniğe Yatış Sayısı										
1. Yatış	263	796	68,3	370	31,7	1166	100,0	9,537	2	0,008
2. Yatış	29	117	75,0	39	25,0	156	100,0			
3+ Yatış	8	50	84,7	9	15,3	59	100,0			
Yatış Yapılan Yer										
Acil Poliklinik	56	216	96,0	9	4,0	225	100,0	87,873	1	0,0001
Cerrahi Poliklinik	244	747	64,6	409	35,4	1156	100,0			
Yatış Tanısına Ek Hastalık										
Var	25	149	78,8	40	21,2	189	100,0	8,598	1	0,003
Yok	275	814	68,3	378	31,7	1192	100,0			
Kronik Hastalık										
Yok	223	625	67,9	296	32,1	921	100,0	6,307	2	0,043
1 Kronik Hastalık	50	218	71,5	87	28,5	305	100,0			
2+ Kronik Hastalık	27	120	77,4	35	22,6	155	100,0			
Yatış Yapılan Ay										
Ocak	48	205	71,4	82	28,6	287	100,0	13,396	5	0,020
Şubat	48	102	62,6	61	37,4	163	100,0			
Mart	54	132	64,4	73	35,6	205	100,0			
Nisan	49	155	70,5	65	29,5	220	100,0			
Mayıs	52	177	77,3	52	22,7	229	100,0			
Haziran	49	192	69,3	85	30,7	277	100,0			

Araştırma grubunun kalış uygunluğu kriterlerini karşılama durumuna ilişkin bulgular Çizelge 3.14'te verilmiştir. Çizelgede yüzde sütununda verilen değerler, kriter karşılanma sayısının toplam uygun kalış günleri içindeki oranını ifade etmektedir. 01 nolu kalış uygunluğu kriteri toplam 220 gün, 02 nolu kriter 69 gün, 05 nolu kriter 12 gün, 10 nolu kriter 12 gün, 11 nolu kriter 152 gün, 12 nolu kriter 74 gün, 13 nolu kriter 684 gün, 14 nolu kriter 146 gün, 15 nolu kriter 438 gün, 16 nolu kriter 293 gün, 17 nolu kriter 310 gün, 18 nolu kriter 819 gün, 19 nolu kriter 47 gün, 20 nolu kriter 62 gün, 21 nolu kriter 1 gün, 22 nolu kriter 170 gün, 23 nolu kriter 8 gün, 24 nolu kriter 3 gün 25 nolu kriter 90 gün karşılandığı bulunmuştur. Kalış uygunluğu kriterleri arasında, 03, 04, 06, 07, 08, 09, 26 ve 27 nolu kriterlerin hiçbir hastada karşılanmadığı belirlenmiştir (Çizelge 3.14).

Hastanede uygun kalış günü nedenleri olarak, kalış uygunluğu kriterleri değerlendirildiğinde; ilk sırada 18 nolu kriter (Hekimin verdiği ordere göre, günde en az 3 kez hemşire tarafından yakın tıbbi gözlem ve takip), ikinci sırada 13 nolu kriter (Parenteral tedavi - aralıklı ya da sürekli damardan sıvı tedavisi, elektrolitler, protein, ilaçlar gibi herhangi bir ekleme ile) ve üçüncü sırada 15 nolu kriter (Günde en az 2 kez IM ve subcutan enjeksiyonlar) yer almaktadır (Çizelge 3.14) (Kalış uygunluğu kriterleri için Bkz. Ek 1- Veri Toplama Aracı).

Çizelge 3.14. Araştırma Grubunun Kalış Uygunluğu Kriterlerini Karşılama Durumu

Kalış Uygunluğu Kriterleri	Kriter Karşılama Durumu			
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ortalama (Gün)	Standart Sapma
Tıbbi Hizmetler 01	220	22,8	0,73	0,47
Tıbbi Hizmetler 02	69	7,1	0,23	0,81
Tıbbi Hizmetler 03	0	0,0	0,00	0,00
Tıbbi Hizmetler 04	0	0,0	0,00	0,00
Tıbbi Hizmetler 05	12	1,2	0,04	0,19
Tıbbi Hizmetler 06	0	0,0	0,00	0,00
Tıbbi Hizmetler 07	0	0,0	0,00	0,00
Tıbbi Hizmetler 08	0	0,0	0,00	0,00
Tıbbi Hizmetler 09	0	0,0	0,00	0,00
Tıbbi Hizmetler 10	12	1,2	0,04	0,35
Tıbbi Hizmetler 11	152	15,7	0,50	0,56
Hemşirelik/Yaşam Destekleyici Hizmetler 12	74	7,6	0,24	1,71
Hemşirelik/Yaşam Destekleyici Hizmetler 13	684	71,0	2,28	3,43
Hemşirelik/Yaşam Destekleyici Hizmetler 14	146	15,1	0,49	0,65
Hemşirelik/Yaşam Destekleyici Hizmetler 15	438	45,4	1,46	2,65
Hemşirelik/Yaşam Destekleyici Hizmetler 16	293	30,4	0,98	2,62
Hemşirelik/Yaşam Destekleyici Hizmetler 17	310	32,1	1,03	2,74
Hemşirelik/Yaşam Destekleyici Hizmetler 18	819	85,0	2,73	4,07
Hasta Durumuyla İlgili Faktörler 19	47	4,8	0,15	0,60
Hasta Durumuyla İlgili Faktörler 20	62	6,4	0,20	0,96
Hasta Durumuyla İlgili Faktörler 21	1	0,1	0,01	0,06
Hasta Durumuyla İlgili Faktörler 22	170	17,6	0,56	1,20
Hasta Durumuyla İlgili Faktörler 23	8	0,8	0,02	0,27
Hasta Durumuyla İlgili Faktörler 24	3	0,3	0,01	0,13
Hasta Durumuyla İlgili Faktörler 25	90	9,3	0,30	1,41
Hasta Durumuyla İlgili Faktörler 26	0	0,0	0,00	0,00
Hasta Durumuyla İlgili Faktörler 27	0	0,0	0,00	0,00

Araştırma grubunun yatış ve kalış uygunluğuna etkisi olan değişkenlerin belirlenmesi amacıyla, tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizi bulgularında, OR (Odds Ratio) olasılık oranını, CI (Confidence Interval) güven aralığını, S.E. (Standart Error) standart hatayı ifade etmektedir. Araştırma grubunun sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre; uygun olmayan yatış açısından tek değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları Çizelge 3.15’te verilmiştir.

Uygun olmayan yatış olasılığı açısından; erkek hastalar referans olarak alınmış, uygun olmayan yatış olasılığı kadın hastalarda 1,022 kat daha yüksek olarak belirlenmiştir. Cinsiyetlerin uygun olmayan yatış üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 8.a. reddedilmiştir (Çizelge 3.15).

Yaş gruplarının uygun olmayan yatışa etkisi incelenmiş, 60 yaş üzeri hastalar referans olarak alınmıştır. 60 yaşın üzerindeki hastalara göre uygun olmayan yatış olasılığının; 7 yaş altındaki hastalarda 2,733 kat, 7-14 yaş aralığında 1,367 kat, 15-18 yaş aralığında 0,745 kat, 19-25 yaş aralığında 1,295 kat, 26-40 yaş aralığında 1,579 kat ve 41-60 yaş aralığında 1,315 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yaş gruplarının uygun olmayan yatış üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 8.b. reddedilmiştir (Çizelge 3.15).

Medeni duruma göre uygun olmayan yatış olasılığının değerlendirilmesinde; dul hastalar referans olarak alınmıştır. Dul hastalara göre; uygun olmayan yatış olasılığı evli hastalarda 1,066 kat ve bekar hastalarda 1,125 kat daha fazladır. Medeni durumun uygun olmayan yatış üzerinde, istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 8.c. reddedilmiştir (Çizelge 3.15).

Araştırma grubunun öğrenim durumunun uygun olmayan yatış üzerindeki etkisi incelenmiş, okuryazar olmayan hasta grubu referans alınmıştır. Uygun olmayan yatış olasılığının, okuryazar olmayan hastalara göre; okuryazar hastalarda 1,278 kat, ilkokul mezunu hastalarda 1,156 kat, ortaokul mezunu hastalarda 1,376 kat, lise mezunu hastalarda 1,243 kat ve yüksekokul mezunu hastalarda 1,825 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Öğrenim durumunun uygun olmayan yatış üzerinde, istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 8.d. reddedilmiştir (Çizelge 3.15).

Araştırma grubunun sosyal güvence durumunun uygun olmayan yatış üzerindeki etkisi incelenmiş, ücretli hastalar referans olarak alınmıştır. Ücretli hastalara göre, uygun olmayan yatış olasılığının; Emekli Sandığı'na bağlı hastalarda 2,571 kat, Bağ-kur'lu hastalarda 1,607 kat, S.S.K.'lı hastalarda 1,303 kat, Yeşil

Kartlı hastalarda 1,364 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal güvence durumunun uygun olmayan yatış üzerinde, istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 8.e. reddedilmiştir (Çizelge 3.15).

Hastaların ikamet ettiği yerin uygun olmayan yatış üzerindeki etkisi değerlendirilirken, ikamet yeri Ankara olan hastalar referans olarak alınmıştır. Diğer illerde ikamet eden hastalarda, Ankara’da ikamet edenlere göre 2,470 kat daha fazla uygun olmayan yatış olasılığı tespit edilmiştir. İkamet yerinin uygun olmayan yatış üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur ($p= 0,022$). Hipotez 8.f. kabul edilmiştir (Çizelge 3.15).

Tanı uyumunun uygun olmayan yatış üzerindeki etkisinin incelenmesinde, ön tanısı ve son tanısı farklı hastalar referans olarak alınmıştır. Ön tanısı ile son tanısı aynı olan hastaların uygun olmayan yatış olasılığı 1,938 kat daha yüksek olarak belirlenmiştir. Tanı uyumunun uygun olmayan yatış üzerinde, istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 8.g. reddedilmiştir (Çizelge 3.15).

Uygun olmayan yatış olasılığı açısından kesin tanı durumuna göre hastalar değerlendirilmiş, kesin tanı konulan hastalar referans olarak alınmıştır. Kesin tanı konulamayan hastaların uygun olmayan yatış olasılığı, kesin tanı konulan hastalara göre 3,080 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buna karşın kesin tanı durumunun, uygun olmayan yatış üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 8.h. reddedilmiştir (Çizelge 3.15).

Hastaneye yatış sayısının uygun olmayan yatış üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinde, hastaneye 3 ve daha fazla yatışı olan hastalar referans olarak alınmıştır. Hastaneye üç ve daha fazla yatan hastalara göre, ilk kez yatan hastaların uygun olmayan yatış olasılığının 7,341 kat, ikinci yatışlarda uygun olmayan yatış olasılığının 5,600 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaneye yatış sayısının, uygun olmayan yatış üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 8.i. reddedilmiştir (Çizelge 3.15).

Uygun olmayan yatış üzerinde yatış yapılan yerin etkisi incelenmiş, acil poliklinikten yatan hastalar referans olarak alınmıştır. Cerrahi poliklinikten yatan hastaların uygun olmayan yatış olasılığının acilden yatanlara göre 35,676 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yatış yapılan yerin uygun olmayan yatış üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu bulunmuştur ($p=0,0001$). Hipotez 8.j. kabul edilmiştir (Çizelge 3.15).

Yatış tanısına ek hastalık olma durumunun uygun olmayan yatış üzerindeki etkisi incelenirken, ek hastalığı olmayan hastalar referans olarak alınmıştır. Ek hastalığı olan hastaların uygun olmayan yatış olasılığı 0,983 kat daha fazla olduğu belirlenmiş, ek hastalık durumunun uygun olmayan yatış üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 8.k. reddedilmiştir (Çizelge 3.15).

Kronik hastalık durumunun uygun olmayan yatış üzerindeki etkisi incelenirken, kronik hastalığı olmayanlar referans olarak alınmıştır. Kronik hastalığı olmayanlara göre uygun olmayan yatış olasılığının, bir kronik hastalığı olanlarda 0,623 kat; iki ve üzeri kronik hastalığı olanlarda 1,161 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalık durumunun uygun olmayan yatış üzerinde, istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 8.l. reddedilmiştir (Çizelge 3.15).

Yatış yapılan ayın uygun olmayan yatış üzerindeki etkisi incelenirken ise; Nisan ayında yatış yapılan hastalar referans olarak alınmıştır. Buna göre; Şubat ayında yatan hastalarda uygun olmayan yatış olasılığı Nisan ayına göre 3,457 kat daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p=0,008$). Mart ayında yatan hastalarda uygun olmayan yatış olasılığı Nisan ayına göre 2,828 kat daha yüksek bulunmuştur ($p=0,025$). Şubat ve Mart ayında hastaneye yatışın, uygun olmayan yatış üzerinde anlamlı etkisinin olduğu belirlenmiştir. Hipotez 8.m. kabul edilmiştir. Ocak, Mayıs ve Haziran aylarında hastaneye yatışın uygun olmayan yatış üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.15).

Çizelge 3.15. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre; Uygun Olmayan Yatış Açısından Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	OR	% 95,0 CI		P	S.E.
		En Düşük	En Yüksek		
Cinsiyet					
Kadın	1,022	0,628	1,666	0,929	0,249
Erkek	Referans				
Yaş					
<7	2,733	0,606	12,334	0,191	0,769
7-14	1,367	0,226	8,247	0,733	0,917
15-18	0,745	0,183	3,044	0,682	0,718
19-25	1,295	0,481	3,482	0,609	0,505
26-40	1,579	0,736	3,389	0,241	0,390
41-60	1,315	0,648	2,666	0,448	0,361
60+	Referans				
Medeni Durum					
Evli	1,066	0,318	3,577	0,918	0,618
Bekar	1,125	0,310	4,083	0,858	0,658
Dul	Referans				
Öğrenim Durumu					
Okuryazar Değil	Referans				
Okuryazar	1,278	0,462	3,538	0,637	0,520
İlkokul Mezunu	1,156	0,489	2,734	0,741	0,439
Ortaokul Mezunu	1,376	0,502	3,770	0,535	0,514
Lise Mezunu	1,243	0,479	3,229	0,655	0,487
Yüksekokul Mezunu	1,825	0,458	7,273	0,394	0,705
Sosyal Güvence					
Emekli Sandığı	2,571	0,435	15,193	0,297	0,906
Bağ-Kur	1,607	0,288	8,964	0,588	0,877
S.S.K.	1,303	0,255	6,668	0,750	0,833
Yeşil Kart	1,364	0,246	7,560	0,723	0,874
Ücretli	Referans				
İkamet Yeri					
Ankara	Referans				
Diğer	2,470	1,140	5,350	0,022	0,394
Tanı Uyumu					
Ön Tanı ve Son Tanı Aynı	1,938	0,762	4,927	0,165	0,476
Ön Tanı ve Son Tanı Farklı	Referans				
Kesin Tanı					
Konulmuş	Referans				
Konulmamış	3,080	0,952	9,967	0,060	0,599
Hastaneye Yatış Sayısı					
1. Yatış	7,341	0,949	56,770	0,056	1,044
2. Yatış	5,600	0,648	48,424	0,118	1,101
3+ Yatış	Referans				
Yatış Yapılan Yer					
Acil Poliklinik	Referans				
Cerrahi Poliklinik	35,676	4,856	262,114	0,0001	1,018

Çizelge 3.15. (Devam) Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre; Uygun Olmayan Yatış Açısından Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	OR	% 95,0 CI		P	S.E.
		En Düşük	En Yüksek		
Yatış Tanısına Ek Hastalık					
Var	0,983	0,409	2,365	0,970	0,448
Yok	Referans				
Kronik Hastalık					
Yok	Referans				
1 Kronik Hastalık	0,623	0,308	1,262	0,189	0,360
2+ Kronik Hastalık	1,161	0,507	2,659	0,724	0,423
Yatış Yapılan Ay					
Ocak	2,437	0,958	6,203	0,062	0,477
Şubat	3,457	1,376	8,682	0,008	0,470
Mart	2,828	1,142	7,004	0,025	0,463
Nisan	Referans				
Mayıs	1,481	0,569	3,860	0,421	0,489
Haziran	2,155	0,844	5,504	0,109	0,478

Araştırma grubunun sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre, uygun olmayan yatış açısından çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları Çizelge 3.16’da verilmiştir. Uygun olmayan yatışa etki edebilecek değişkenlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde; yaş, cinsiyet, tanı uyumu, kesin tanı, ikamet yeri, medeni durum, sosyal güvence, öğrenim durumu, hastaneye yatış sayısı, yatış yapılan yer, yatış tanısına ek hastalık, kronik hastalık ve yatış yapılan ay değişkenleri bir arada incelenmiştir.

Araştırma grubunun sos-demografik özelliklerine ilişkin çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulgularına göre; ikamet yeri, hastanede yatış sayısı, yatış yapılan yer ve yatış yapılan ay değişkenlerinin, uygun olmayan yatışa istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu belirlenmiştir. Ankara dışındaki diğer illerde ikamet eden ($p= 0,065$), hastaneye ilk kez yatan ($p= 0,046$), cerrahi poliklinikten yatışı yapılan ($p= 0,0001$) ve kliniğe Ocak ($p= 0,025$), Şubat ($p= 0,017$), Mart ($p= 0,023$) ve Haziran ($p= 0,025$) ayında yatan hastalarda, uygun olmayan yatış olasılığı referans kategorilere göre daha yüksek olarak belirlenmiştir (Çizelge 3.16). Uygun olmayan yatış olasılığı açısından, çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları, tek

değişkenli lojistik regresyon analizi bulgularına göre kabul edilen 8.f., 8.j., 8.m hipotezlerini ve reddedilen 8.a., 8.b., 8.c., 8.d., 8.e., 8.g., 8.h., 8.k., 8.l., hipotezlerini desteklemektedir. Tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçlarında, uygun olmayan yatış üzerinde hastaneye yatış sayısının tek başına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamış ve 8.i. hipotezi reddedilmiştir. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, hastanede yatış sayısının incelenen diğer değişkenler ile bir aradayken uygun olmayan yatış üzerinde anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur (Çizelge 3.16).

Çizelge 3.16. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre; Uygun Olmayan Yatış Açısından Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	OR	% 95,0 CI		P	S.E.
		En Düşük	En Yüksek		
İkamet Yeri					
Ankara	Referans				
Diğer	2,243	0,950	5,293	0,065	0,438
Hastaneye Yatış Sayısı					
1. Yatış	8,557	1,040	70,419	0,046	1,075
2. Yatış	4,295	0,467	39,477	0,198	1,132
3+ Yatış	Referans				
Yatış Yapılan Yer					
Acil Poliklinik	Referans				
Cerrahi Poliklinik	38,440	5,160	286,381	0,0001	1,025
Yatış Yapılan Ay					
Ocak	3,190	1,157	8,790	0,025	0,517
Şubat	3,261	1,237	8,595	0,017	0,494
Mart	3,051	1,163	8,006	0,023	0,492
Nisan	Referans				
Mayıs	1,617	0,592	4,423	0,349	0,513
Haziran	3,214	1,157	8,930	0,025	0,521

Araştırma grubunun sosyo-demografik ve klinik özelliklerinin, uygun olmayan kalış günü üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan tek değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları Çizelge 3.17’de verilmiştir.

Uygun olmayan kalış günü olasılığı açısından; erkek hastalar referans olarak alınmış, uygun olmayan kalış günü olasılığı kadın hastalarda 1,121 kat daha fazla olarak belirlenmiştir. Cinsiyetlerin uygun olmayan kalış günü üzerinde istatistiksel

olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 9.a. reddedilmiştir (Çizelge 3.17).

Yaş gruplarının uygun olmayan kalış günü üzerindeki etkisi incelendiğinde; 60 yaş üzeri hastalar referans olarak alınmıştır. 60 yaşın üzerindeki hastalara göre uygun olmayan kalış olasılığının; 7 yaş altındaki hastalarda 2,222 kat, 7-14 yaş aralığında 1,333 kat, 15-18 yaş aralığında 0,741 kat, 19-25 yaş aralığında 1,000 kat, 26-40 yaş aralığında 1,094 kat ve 41-60 yaş aralığında 1,067 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Yaş gruplarının uygun olmayan kalış günü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 9.b. reddedilmiştir (Çizelge 3.17).

Araştırma grubunun medeni durumuna göre uygun olmayan kalış günü olasılığının değerlendirilmesinde; dul hastalar referans olarak alınmıştır. Dul hastalara göre; uygun olmayan kalış günü olasılığı evli hastalarda 1,267 kat, bekâr hastalarda 1,365 kat daha fazladır. Ancak medeni durumun uygun olmayan kalış günü üzerinde, istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 9.c. reddedilmiştir (Çizelge 3.17).

Araştırma grubunun öğrenim durumunun uygun olmayan kalış günleri üzerindeki etkisi incelenmiş, okuryazar olmayan hasta grubu referans olarak alınmıştır. Uygun olmayan kalış olasılığının, okuryazar olmayan hastalara göre; okuryazar hastalarda 1,500 kat, ilkokul mezunu hastalarda 0,893 kat, ortaokul mezunu hastalarda 0,771 kat, lise mezunu hastalarda 1,071 kat ve yüksekokul mezunu hastalarda 2,571 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubunun öğrenim durumunun uygun olmayan kalış günleri üzerinde, istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 9.d. reddedilmiştir (Çizelge 3.17).

Araştırma grubunun sosyal güvence durumunun uygun olmayan kalış günleri üzerindeki etkisi incelenmiş, ücretli hastalar referans olarak alınmıştır. Ücretli hastalara göre, uygun olmayan kalış olasılığının; Emekli Sandığı'na bağlı hastalarda 4,800 kat, Bağ-kur'lu hastalarda 3,143 kat, S.S.K.'lı hastalarda 1,953 kat, Yeşil Kartlı hastalarda 3,000 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunun

sosyal güvence durumunun uygun olmayan kalış günü üzerinde, istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 9.e. reddedilmiştir (Çizelge 3.17).

Hastaların ikamet ettiği yerin uygun olmayan kalış günü üzerindeki etkisi değerlendirilirken, ikamet yeri Ankara olan hastalar referans olarak alınmıştır. Diğer illerde ikamet eden hastalarda, Ankara’da ikamet edenlere göre 1,192 kat daha fazla uygun olmayan kalış günü olasılığı tespit edilmiştir. Araştırma grubunun ikamet yerinin uygun olmayan kalış günleri üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 9.f. reddedilmiştir (Çizelge 3.17).

Tanı uyumunun uygun olmayan kalış günleri üzerindeki etkisinin incelenmesinde, ön tanısı ve son tanısı farklı hastalar referans olarak alınmıştır. Ön tanısı ile son tanısı aynı olan hastaların uygun olmayan kalış günü olasılığının 1,579 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Tanı uyumunun uygun olmayan kalış günü üzerinde, istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 9.g. reddedilmiştir (Çizelge 3.17).

Uygun olmayan kalış günü olasılığı açısından kesin tanı durumuna göre araştırma grubundaki hastalar değerlendirilmiş, kesin tanı konulan hastalar referans olarak alınmıştır. Kesin tanı konulamayan hastaların uygun olmayan kalış günü olasılığının 1,800 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma grubunun kesin tanı durumunun, uygun olmayan kalış günü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 9.h. reddedilmiştir (Çizelge 3.17).

Hastaneye yatış sayısının uygun olmayan kalış günleri üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinde, hastaneye 3 ve daha fazla yatışı olan hastalar referans olarak alınmıştır. Hastaneye üç ve daha fazla yatan hastalara göre, ilk kez yatan hastaların uygun olmayan kalış günü olasılığının 1,160 kat, ikinci yatışlarda uygun olmayan kalış günü olasılığının 1,588 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaneye yatış sayısının, uygun olmayan kalış günü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 9.i. reddedilmiştir (Çizelge 3.17).

Uygun olmayan kalış günleri üzerinde yatış yapılan yerin etkisi incelenmiş, acil poliklinikten yatan hastalar referans olarak alınmıştır. Cerrahi poliklinikten yatan hastaların uygun olmayan kalış günü olasılığının acilden yatanlara göre 11,255 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yatış yapılan yerin uygun olmayan kalış günü üzerinde istatistiksel olarak çok anlamlı etkisinin olduğu bulunmuştur ($p= 0,0001$). Hipotez 9.j. kabul edilmiştir (Çizelge 3.17).

Yatış tanısına ek hastalık durumunun, uygun olmayan kalış günleri üzerindeki etkisi incelenirken, ek hastalığı olmayan hastalar referans olarak alınmıştır. Ek hastalığı olan hastaların uygun olmayan kalış günü olasılığı 1,175 kat daha yüksek olarak belirlenmiştir. Araştırma grubunun ek hastalık durumunun uygun olmayan kalış günü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 9.k. reddedilmiştir (Çizelge 3.17).

Kronik hastalık durumunun uygun olmayan kalış günü üzerindeki etkisi incelenirken, kronik hastalığı olmayanlar referans olarak alınmıştır. Kronik hastalığı olmayanlara göre uygun olmayan kalış günü olasılığının, bir kronik hastalığı olanlarda 0,966 kat ve iki ve üzeri kronik hastalığı olanlarda 0,846 kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalık durumunun uygun olmayan kalış günü üzerinde, istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipotez 9.l. reddedilmiştir (Çizelge 3.17).

Yatış yapılan ayın uygun olmayan kalış günleri üzerindeki etkisi incelenirken ise; Nisan ayında yatış yapılan hastalar referans olarak alınmıştır. Buna göre; Şubat ayında yatan hastalarda uygun olmayan kalış günü olasılığı Nisan ayında yatan hastalara göre 2,411 kat daha yüksek olarak belirlenmiş, Şubat ayında yatış yapılmasının uygun olmayan kalış günü üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur ($p= 0,035$). Hipotez 9.m. kabul edilmiştir. Buna karşın, Ocak, Mart, Mayıs ve Haziran aylarında hastaneye yatışın uygun olmayan kalış günleri üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3.17).

Çizelge 3.17. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre; Uygun Olmayan Kalış Günü Açısından Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	OR	% 95,0 CI		P	S.E.
		En Düşük	En Yüksek		
Cinsiyet					
Kadın	1,121	0,708	1,775	0,627	0,235
Erkek	Referans				
Yaş					
<7	2,222	0,483	10,222	0,305	0,779
7-14	1,333	0,247	7,194	0,738	0,860
15-18	0,741	0,220	2,495	0,628	0,620
19-25	1,000	0,400	2,501	1,000	0,468
26-40	1,094	0,540	2,217	0,803	0,360
41-60	1,067	0,561	2,028	0,844	0,328
60+	Referans				
Medeni Durum					
Evli	1,267	0,402	3,994	0,686	0,586
Bekar	1,365	0,402	4,633	0,618	0,624
Dul	Referans				
Öğrenim Durumu					
Okuryazar Değil	Referans				
Okuryazar	1,500	0,586	3,841	0,398	0,480
İlkokul Mezunu	0,893	0,407	1,960	0,778	0,401
Ortaokul Mezunu	0,771	0,299	1,990	0,591	0,483
Lise Mezunu	1,071	0,446	2,576	0,877	0,448
Yüksekokul Mezunu	2,571	0,641	10,310	0,183	0,709
Sosyal Güvence					
Emekli Sandığı	4,800	0,806	28,598	0,085	0,911
Bağ-Kur	3,143	0,569	17,348	0,189	0,872
S.S.K.	1,953	0,383	9,955	0,421	0,831
Yeşil Kart	3,000	0,549	16,379	0,205	0,866
Ücretli	Referans				
İkamet Yeri					
Ankara	Referans				
Diğer	1,192	0,554	2,567	0,653	0,391
Tanı Uyumu					
Ön Tanı ve Son Tanı Aynı	1,579	0,708	3,522	0,264	0,409
Ön Tanı ve Son Tanı Farklı	Referans				
Kesin Tanı					
Konulmuş	Referans				
Konulmamış	1,800	0,558	5,805	0,325	0,597
Hastaneye Yatış Sayısı					
1. Yatış	1,160	0,401	3,356	0,785	0,542
2. Yatış	1,588	0,465	5,419	0,460	0,626
3+ Yatış	Referans				

Çizelge 3.17. (Devam) Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre; Uygun Olmayan Kalış Günü Açısından Tek Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	OR	% 95,0 CI		P	S.E.
		En Düşük	En Yüksek		
Yatış Yapılan Yer					
Acil Poliklinik	Referans				
Cerrahi Poliklinik	11,255	4,343	29,168	0,0001	0,486
Yatış Tanısına Ek Hastalık					
Var	1,175	0,517	2,667	0,700	0,418
Yok	Referans				
Kronik Hastalık					
Yok	Referans				
1 Kronik Hastalık	0,966	0,521	1,792	0,914	0,315
2+ Kronik Hastalık	0,846	0,376	1,904	0,686	0,414
Yatış Yapılan Ay					
Ocak	1,457	0,647	3,283	0,364	0,414
Şubat	2,411	1,066	5,455	0,035	0,417
Mart	1,096	0,493	2,434	0,822	0,407
Nisan	Referans				
Mayıs	0,992	0,441	2,229	0,984	0,413
Haziran	1,794	0,801	4,020	0,156	0,412

Uygun olmayan kalış günlerine etki eden değişkenlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde; yaş, cinsiyet, tanı uyumu, kesin tanı, ikamet yeri, medeni durum, sosyal güvence, öğrenim durumu, hastaneye yatış sayısı, yatış yapılan yer, yatış tanısına ek hastalık, kronik hastalık ve yatış yapılan ay değişkenleri bir arada incelenmiştir. Araştırma grubunun sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre; uygun olmayan kalış günü açısından çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları Çizelge 3.18’de verilmiştir.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulgularına göre; sadece yatış yapılan yer değişkeninin uygun olmayan kalış günleri üzerinde etkisinin olduğu belirlenmiştir. Buna göre; cerrahi poliklinikten yatan hastalarda uygun olmayan kalış günü olasılığı, acil poliklinikten yatan hastalara göre 11,255 kat daha yüksektir ($p=0,0001$) (Çizelge 3.18). Tek değişkenli lojistik regresyon analizi bulgularında, uygun olmayan kalış günü üzerinde yatış yapılan yerin istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmuş ve 9.j. hipotezi kabul edilmiştir. Uygun olmayan kalış olasılığı açısından

yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları, kabul edilen 9.j. hipotezini ve reddedilen 9.a., 9.b., 9.c., 9.d., 9.e., 9.f., 9.g., 9.h., 9.i., 9.k., 9.l. hipotezlerini desteklemektedir. Yatış yeri değişkeni dışında, incelenen diğer değişkenlerin uygun olmayan kalış günlerine anlamlı düzeyde bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (Çizelge 3.18).

Tek değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçlarında, uygun olmayan kalış üzerinde yatış yapılan ayın (Şubat ayında yapılan yatış) istatistiksel olarak anlamlı etkisi bulunmuş ve 9.m. hipotezi kabul edilmiştir. Ancak çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, yatış yapılan ayın incelenen diğer değişkenler ile bir aradayken uygun olmayan kalış üzerinde anlamlı etkisi bulunmamıştır.

Çizelge 3.18. Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerine Göre; Uygun Olmayan Kalış Günü Açısından Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi Bulguları

Değişkenler	OR	% 95,0 CI		P	S.E.
		En Düşük	En Yüksek		
Yatış Yapılan Yer					
Acil Poliklinik	Referans				
Cerrahi Poliklinik	11,255	4,343	29,168	0,0001	0,486

4. TARTIŞMA

Bu bölümde; Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde 2007 yılının ilk 6 ayında yatan hastaların yatış ve kalış uygunluğunu değerlendirmek, yatış ve kalış uygunluğuna etki eden değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Araştırmada toplam 300 hasta örnekleme alınmış, bu hastaların 300 yatış günü ve 1381 kalış günü olmak üzere toplam 1681 hasta günü incelenmiştir. İncelenen 300 hastanın % 68,0'ının yatışının uygun olduğu, % 32,0'ının yatışının uygun olmadığı belirlenmiştir. Uygun olmayan yatış oranı, Aşçıoğlu Akhan'ın (1998) Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde yapmış olduğu çalışmada % 46 oranında, Teke'nin (2000) GATA'da yapmış olduğu araştırmada % 21,3 oranında, Künver Kenar'ın (2007) astımlı hastalar üzerinde yapmış olduğu çalışmada % 3,9 oranında, Teke ve arkadaşlarının (2005) GATA Eğitim Hastanesi pediatri kliniğinde yapmış olduğu çalışmada % 1,7 oranında saptanmıştır.

Yurtdışında yapılan çalışmalarda; Angelillo ve arkadaşlarının (2000) İtalya'da yaptığı çalışmada, % 14,2 oranında, Chopard ve arkadaşlarının (1998) İsviçre'de yaptığı araştırmada % 15 oranında, Bianco ve arkadaşlarının (2003) İtalya'da iki pediatri hastanesinde yapmış oldukları araştırmada % 30 oranında, Navarro ve arkadaşlarının (2001) İspanya'da bir üniversite hastanesinde yaptığı araştırmada, 1992 yılında % 25 ve 1996 yılında % 16 oranında, Esmail ve arkadaşlarının (2000) İngiltere'de 13 genel hastanenin pediatri kliniklerinde yaptıkları çalışmada % 8 oranında, Sangha ve arkadaşlarının (2002) Almanya'da yaptığı araştırmada, cerrahi kliniklerde % 33, dahiliye kliniklerinde % 6 oranında uygun olmayan yatış bulunmuştur. Literatürdeki diğer araştırmalarda, uygun olmayan yatış oranının %1,7 ile % 46 arasında değiştiği görülmektedir. Houghton ve arkadaşları (1996), ABD ve Avrupa'da yapılan araştırma sonuçlarında, uygun olmayan yatış oranının % 2,1 - 44,8 arasında değişebildiği bildirilmektedir. Araştırma yapılan yerin, incelenen hasta ve hastanenin özelliklerinin, araştırma sonucunu etkileyebileceği söylenebilir. Yapılan araştırmada bulunan % 32 uygun olmayan yatış oranının, diğer araştırma

sonuçlarının çoğu ile uyumlu olduğu görülmüştür. İncelenen hasta dosyalarında, hastalara verilen hizmetlerin bir kısmının kayıt edilmediği belirlenmiştir. Araştırma hasta dosyasındaki tıbbi kayıtlar üzerinden yapıldığı için, tıbbi kayıtların eksik olmasının ve hastaların hastaneye yatışının hemen sonrasında izinli olarak çıkmasının (bu süreçte hastane hizmetlerinin verilmemesi nedeniyle) uygun olmayan yatış oranını artırdığı söylenebilir.

Araştırma grubunu uygun hastane yatışlarının nedenleri arasında; ilk sırada "24 saat içerisinde, sadece hastane olanaklarıyla ve genel ya da lokal anestezi altında yapılması planlanan cerrahi veya özel işlemler", ikinci sırada "IV ilaç / mayi gerekliliği", üçüncü sırada "her 2 saatte bir ya da daha sık vital bulgu izlemi" olduğu belirlenmiştir. Aşçıoğlu Akhan'ın (1998) araştırmasında; uygun yatış nedenleri arasında; ilk üç sırada, "IV ilaç/mayi gerekliliği, toksik reaksiyon gözleme gerekliliği, genel/lokal anestezi veya sadece hastanede yatan hastalara verilen hizmetler" belirlenmiştir. Araştırmada elde edilen uygun yatış nedenleri, Aşçıoğlu Akhan'ın çalışmasıyla uyumlu bulunmuştur.

Araştırma grubunda, yatışı uygun olan hastaların ortalama yatış süresinin 5,14 gün, yatışı uygun olmayan hastaların ortalama yatış süresinin 6,58 gün olduğu saptanmıştır. Uygun olmayan yatışlarda ortalama yatış süresinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ortalama yatış süresi açısından, yatışı uygun olan hastalar ile yatışı uygun olmayan hastalar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($U= 6582$; $p= 0,0001$). Hastaneye yatışı uygun olmayan hastaların, uygun yatışlardan daha uzun süre hastanede kaldığı görülmektedir. Araştırmanın veri toplama aşamasında, incelenen hastaların büyük bir kısmının, hastaneye yatışının ardından en az bir gün süre ile hastaneden izinli olarak ayrıldıkları tespit edilmiştir. Hastaneye yattığı ilk günden itibaren izinli olan hastaların yatışları uygunsuz olarak kabul edilmiştir. Hastaların izinli oldukları sürenin de, toplam yatış süresine ilave edilmesi, hastaların ortalama yatış sürelerini etkilemiştir. Bu nedenle, yatışı uygun olmayan hastaların, ortalama yatış süresinin uzun olduğu söylenebilir.

Araştırma grubunun toplam kalış günlerinin % 69,7'sinin uygun, % 30,3'ünün uygun olmadığı belirlenmiştir. Uygun olmayan kalış günü oranı, Aşçıoğlu Akhan'ın (1998) araştırmasında % 60 oranında, Teke'nin (2000) araştırmasında % 49,1 oranında, Kaya ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında, Ankara'da bir devlet hastanesinde % 34,3 oranında, üniversite hastanesinde % 24,6 oranında, Teke ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında % 49,1 oranında saptanmıştır. Angelillo ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada % 37,3 oranında, Chopard ve arkadaşlarının (1998) İsviçre'de yaptığı araştırmada % 28 oranında, Dizdar ve arkadaşlarının (2007) Hacettepe Üniversitesi Hastanesi dahiliye kliniklerinde yaptığı çalışmada, % 34,6 oranında, Panis ve arkadaşlarının (2002) Hollanda'da yapmış olduğu araştırmada % 27,3 oranında, Bianco ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında % 55,5 oranında, Navarro ve arkadaşlarının (2001) yaptığı araştırmada, 1992 yılında % 29 ve 1996 yılında % 13,5 oranında, Hwang (2007) tarafından yapılan araştırmada % 14,1 oranında, Tamames ve arkadaşlarının (2007) araştırmasında % 45,2 oranında, Panis ve arkadaşlarının (2003) araştırmasında % 19,4 oranında, Sangha ve arkadaşlarının (2002) Almanya'da yaptığı araştırmada, cerrahi kliniklerde % 33 ve dahiliye kliniklerinde % 6 oranında uygun olmayan kalış günü bulunmuştur. Yapılan araştırmada elde edilen uygun olmayan kalış oranı, diğer araştırma bulguları ile uyumluluk göstermektedir.

Araştırma grubunun kalış günü uygunluğuna göre, ortalama kalış süreleri incelenmiş; uygun kalış günlerinin ortalaması 3,21 gün ve uygun olmayan kalış günlerinin ortalaması 1,39 gün olarak saptanmıştır. Kalış günü uygunluğu ile ortalama kalış süresi arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($t= 8,18$; $p= 0,0001$). Yapılan araştırmada, toplam kalış günlerinin % 69,7'sinin uygun olduğu saptanmıştır. Buna göre; uygun kalış günlerinin ortalamasının, uygun olmayan kalış günü ortalamasından yüksek olmasının beklenen bir durum olduğu söylenebilir.

Araştırma grubunun yatış uygunluğu durumuna göre, kalış günü uygunluğu incelenmiştir. Yatışı uygun olan hastaların toplam kalış günlerinin % 83,3'ünün, yatışı uygun olmayan hastaların toplam kalış günlerinin % 48,3'ünün uygun kalış günü olduğu belirlenmiştir. Uygun kalış günü oranının, yatışı uygun olan hastalarda

yatışı uygun olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmış, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 190,2$; $\kappa= 0,36$; $p= 0,0001$). Yatışı uygun olmayan hastaların kalış günlerinin % 48,3'ünün uygun bulunması, beklenilenin aksine bir durum olarak düşünülebilir. Bu durumun nedeni araştırılmış ve nedenin “hastaların bir kısmının hastaneye yatışının hemen ardından izinli olarak hastaneden ayrılması” olduğu belirlenmiştir. Hastaların izinden dönüşü ile birlikte planlanan cerrahi işlemlerin yapılmasının, hastaların uygunsuz yatışı sonrasında devam eden kalış günlerinin bir kısmının uygun olmasının nedeni olduğu belirlenmiştir. Bu durum, yatışı uygun olmayan hastaların kalış günlerinin nasıl uygun bulunduğunun açıklamasıdır.

Aşçıoğlu Akhan'ın (1998) araştırmasında, uygun kalış günü oranı, yatışı uygun olan hastalarda % 64 oranında, yatışı uygun olmayan hastalarda % 10 oranında saptanmış, yatış uygunluğu ile kalış günü uygunluğu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Teke'nin (2000) araştırmasında, uygun kalış günü oranı, yatışı uygun olan hastalarda % 59,3 oranında, yatışı uygun olmayan hastalarda % 13,3 oranında saptanmış, yatış uygunluğu ile kalış günü uygunluğu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Angelillo ve arkadaşlarının (2000), Chopard ve arkadaşlarının (1998), Bianco ve arkadaşlarının (2003), Sangha ve arkadaşlarının (2002) yapmış oldukları araştırmalarda; yatışı uygun olmayan hastalarda uygun olmayan kalış günü oranının daha yüksek olduğu saptanmış, yatış uygunluğu ile kalış günü uygunluğu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan araştırmada elde edilen bulgu, diğer araştırma bulgularını desteklemektedir.

Araştırma grubundaki kadın hastaların % 68,0'ının yatışının uygun olduğu, erkek hastaların % 67,9'unun yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 0,0001$; $p= 0,984$). Teke (2000) ile Bianco ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, erkek hastalarda uygun olmayan yatış oranı daha yüksek bulunmuş, cinsiyet ile yatış uygunluğu arasında fark bulunmuştur. Teke ve arkadaşları (2005) ile Angelillo ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında, cinsiyetler ile yatış uygunluğu arasında fark

bulunmamıştır. Araştırma bulgusu, Teke ve arkadaşları (2005) ile Angelillo ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan araştırma bulgularını desteklemektedir.

Araştırma grubunun yatış uygunluğu, yaş grupları açısından değerlendirildiğinde; uygun yatış oranının, yaş gruplarına göre % 50 ile 78,6 arasında değiştiği tespit edilmiştir. Yapılan değerlendirmede, yaş grupları ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=3,319$; $p=0,768$). Teke ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, yatış uygunluğu ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Teke'nin (2000) araştırmasında, 30 yaşından büyük hastalarda uygun yatış oranı diğer yaşlara göre daha yüksek bulunmuş, yatış uygunluğu ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Künver Kenar'ın (2007) araştırmasında, yaşla birlikte yatış uygunluğu oranının da arttığı belirlenmiş, yaş grupları ile yatış uygunluğu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Angelillo ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında, 36-45 yaş grubunda uygun olmayan yatış oranı daha yüksek bulunmuş, yaş grupları ile yatış uygunluğu arasında fark bulunmuştur. Bianco ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, 7-10 yaş aralığındaki hastalarda uygun olmayan yatış oranı daha yüksek bulunmuş, yaş ile yatış uygunluğu arasında fark bulunmuştur. Yapılan araştırmada elde edilen bulgu, sadece Teke ve arkadaşlarının (2005) çalışmasını desteklemektedir.

Araştırma grubundaki evli hastaların % 68,3'ünün, bekâr hastaların % 66,7'sinin, dul hastaların % 69,2'sinin yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Hastaların medeni durumu ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=0,070$; $p=0,966$). Angelillo ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında, medeni durum ile yatış uygunluğu arasında fark bulunmamıştır. Araştırma bulgusu, Angelillo ve arkadaşlarının (2000) elde ettiği bulguyu destekler niteliktedir.

Öğrenim durumuna göre yatış uygunluğu değerlendirildiğinde; uygun olmayan yatış oranının % 28,1 (okuryazar olmayanlar) ile % 41,7 (yüksekokul mezunları) arasında değiştiği belirlenmiştir. Hastaların öğrenim durumu ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2=1,104$; $p=$

0,954). Araştırmanın genel cerrahi kliniklerinde yapılması ve hastaların en çok cerrahi işlemler nedeniyle hastaneye yatırılmasının, öğrenim durumu ile yatış uygunluğu arasında bir ilişkinin olmamasına neden olabilir.

Araştırma grubunun sosyal güvence durumuna göre; Emekli Sandığı'na bağlı hastaların % 53,8'inin, Bağ-Kur'lu hastaların % 65,1'inin, SSK'lı hastaların % 70,3'ünün, Yeşil Kart'lı hastaların % 68,8'inin ve ücretli hastaların %75,0'ünün yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmede, hastaların sosyal güvenceleri ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 3,171$; $p= 0,530$). Ücretli hastalarda uygun yatış oranının diğer hastalara göre daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Araştırma yapılan klinik ve incelenen hasta özelliklerinin (tanı, yapılan cerrahi işlem vb.) benzer olması, sosyal güvence durumuna göre yatış uygunluğu oranlarında fark olmamasına neden olabilir.

Yapılan araştırmada; Ankara'da ikamet eden hastaların % 70,1'inin, Ankara dışındaki diğer illerde ikamet eden hastaların % 48,3'ünün yatışı uygun olarak bulunmuştur. Uygun olmayan yatış oranının, Ankara'da ikamet edenlere göre Ankara dışında ikamet eden hastalarda daha yüksek olduğu saptanmış, hastanın ikamet yeri ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2= 5,740$; $p= 0,017$). Teke'nin (2000) araştırmasında, Ankara dışından gelen hastalarda uygun olmayan yatış oranı daha yüksek belirlenmiş, yatış uygunluğu ile ikamet yeri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Angelillo ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında, hastaneye daha uzak bir bölgede ikamet edenlerin uygun yatış oranı daha düşük bulunmuş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Bianco ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, hastanın evinin uzaklığı ile yatış uygunluğu arasında fark bulunmamış, Teke ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, yatış uygunluğu ile ikamet yeri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yapılan araştırmada elde edilen bulgu, Teke'nin (2000), Angelillo ve arkadaşlarının (2000) yaptığı araştırma bulgularını desteklemektedir.

Araştırma grubunun meslek gruplarına göre yatış uygunluğunun değerlendirilmesinde; meslek ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 6,719$; $p= 0,459$). Araştırma yapılan yerde, cerrahi işlem nedeniyle hastaneye yatışın ağırlıklı olmasının ve çoğu hastanın aynı protokole tabi olmasının, yatış uygunluğu açısından fark bulunmamasına neden olabilir.

Hastaların yattığı kliniklere göre yatış uygunluğu değerlendirildiğinde; 1. Cerrahi Klinikte yatanların % 62,2'sinin, 2. Cerrahi Klinikte yatanların % 68,9'unun, 3. Cerrahi Klinikte yatanların % 69,8 'inin, 4. Cerrahi Klinikte yatanların % 73,3'ünün ve 5. Cerrahi Klinikte yatanların % 67,7'sinin hastaneye yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Yatılan klinik ile yatış uygunluğu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 2,027$; $p= 0,731$). İncelenen hastaların yattığı genel cerrahi kliniklerinin aynı özellikte olmasının bu sonucun nedeni olabileceği söylenebilir. Teke'nin (2000) araştırmasında, Künver Kenar'ın (2007) araştırmasında, yatılan klinikler ile yatış uygunluğu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Teke ve arkadaşlarının (2005), Angelillo ve arkadaşlarının (2000) çalışmalarında, klinikler ile yatış uygunluğu arasında fark bulunmamıştır. Araştırma bulgusu, Teke ve arkadaşları (2005) ile Angelillo ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan çalışma bulgularını desteklemektedir.

Yatış uygunluğu, tanı uyumuna göre incelendiğinde; ön tanı ve son tanısı aynı olan hastaların % 66,4'ünün, ön tanısı ile son tanısı farklı olan hastaların % 82,8'inin yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmede, tanı uyumu ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 3,214$; $p= 0,073$). İncelenen hastaların % 90,3'ünün ön tanısı ve son tanısı aynı belirlenmiştir. Tanı uyumu olmayan hasta oranının düşük olmasının, bu sonucu etkilediği söylenebilir.

Araştırma grubunda, kesin tanısı konulan hastaların % 69,1'inin, kesin tanı konulamayan hastaların % 41,7'sinin yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmede, kesin tanı konulması ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur ($X^2= 3,983$; $p= 0,046$). Aşçıoğlu

Akhan'ın (1998) araştırmasında, kesin tanısı olan hastaların uygun yatış oranı kesin tanısı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuş, yatış uygunluğu ile kesin tanı durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Elde edilen bulgu, Aşçıoğlu Akhan'ın (1998) araştırma bulgularını desteklemektedir.

Araştırma grubunda hastaneye ilk kez yatan hastaların % 66,0'nın, ikinci kez yatanların % 71,4'ünün, üç ve daha fazla hastane yatışı olan hastaların % 93,3'ünün yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede, hastaneye yatış sayısı ile yatış uygunluğu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 5,073$; $p= 0,079$). Künver Kenar'ın (2007) araştırmasında, hastaneye yatış sayısı ile yatış uygunluğu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Araştırma bulgusu, Künver Kenar'ın (2007) araştırma bulgularını desteklemektedir.

Araştırma grubunda cerrahi kliniğe ilk kez yatan hastaların % 66,2'sinin, ikinci kez yatanların % 75,9'unun, üç ve daha fazla cerrahi kliniğe yatan hastaların tamamının (% 100,0) yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Cerrahi kliniğe yatış sayısı ile yatış uygunluğu arasında anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 4,998$; $p= 0,082$). Üç ve daha fazla cerrahi kliniğe yatan hastaların klinik durumlarının, diğer gruplara göre daha çok yatış endikasyonuna sahip olduğu görülmüştür. Kliniğe üç ve daha fazla yatışı yapılan hasta sayısının diğerlerine oranla daha az olmasının elde edilen sonucu etkilediği söylenebilir.

Yatış yapılan yere göre, araştırma grubunun yatış uygunluğu değerlendirildiğinde; acil poliklinikten yatan hastaların tamamının (% 100,0), cerrahi poliklinikten yatan hastaların % 60,7'sinin hastaneye yatışının uygun olduğu bulunmuştur. Acil poliklinikten yatan hastalar ile cerrahi poliklinikten yatan hastalar arasında, yatış uygunluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($X^2= 32,401$; $p= 0,0001$). Teke'nin (2000) araştırmasında, acil gelen hastaların uygun yatış oranı % 96,7 oranında belirlenmiş, yatış uygunluğu ile hastaların geliş biçimi (sevкли, sevsiz, acil) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Angelillo ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında, acil yatanların uygun yatış oranı

programlı yatışlara göre daha yüksek bulunmuş, yatış türü ile yatış uygunluğu arasında fark bulunmuştur. Araştırma bulgusu, diğer araştırma bulgularını desteklemektedir.

Araştırma grubunda, yatış tanısına ek hastalığı olan hastaların % 68,0'ının, ek hastalığı olmayanların % 68,0'ının yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Yatış tanısına ek hastalık olma durumuna ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 0,0001$; $p= 1,000$). Araştırma grubunda kronik hastalığı olmayan hastaların % 66,4'ünün, bir kronik hastalığı olanların % 76,0'ının, iki ve daha fazla kronik hastalığı olanların % 66,7'sinin yatışının uygun olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalık durumu ile yatış uygunluğu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 1,766$; $p= 0,414$). Künver Kenar'ın (2007) araştırmasında, kronik hastalık olma durumu ile yatış uygunluğu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Elde edilen bulgu, Künver Kenar'ın (2007) araştırma bulgularını destekler niteliktedir.

Araştırmada, Ocak ayında yatan hastaların % 66,7'sinin, Şubat ayında yatanların % 56,3'ünün, Mart ayında yatanların % 61,1'inin, Nisan ayında yatanların % 81,6'sının, Mayıs ayında yatanların % 75,0'ının ve Haziran ayında yatan hastaların % 67,3'ünün yatışının uygun olduğu saptanmıştır. Nisan ayında yatan hastaların uygun yatış oranının diğer aylara göre daha yüksek olduğu; Şubat ayında yatan hastalarda uygun olmayan yatış oranının diğer aylara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede, yatış yapılan aylar ile yatış uygunluğu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 9,628$; $p= 0,086$). İncelenen süre boyunca hastaneye yatan hastaların klinik özelliklerinin büyük oranda farklılık göstermemesinin, bu sonuca neden olduğu söylenebilir.

Araştırma grubunun ortalama uygun kalış süresinin kadın hastalarda (3,59 gün) erkek hastalara (2,72 gün) göre daha yüksek olduğu saptanmış, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($U= 9315,5$; $p= 0,013$). Toplam hasta günü sayısının kadınlarda daha fazla olmasının, elde edilen bulgunun nedeni olduğu söylenebilir. Uygun olmayan kalış günü ortalamasının; kadınlarda 1,62 gün, erkeklerde 1,11 gün olduğu

belirlenmiş, uygun olmayan kalış günü ortalaması açısından cinsiyete göre bir farklılık bulunmamıştır ($U= 10356$; $p= 0,291$).

Araştırma grubunun ortalama uygun kalış süresinin 7 yaş altındaki hastalarda 1,38 gün, 7-14 yaş aralığında 1,50 gün, 15-18 yaş aralığında 1,71 gün, 19-25 yaş aralığında 1,96 gün, 26-40 yaş aralığında 2,06 gün, 41-60 yaş aralığında 3,52 gün, 60 yaşından büyük hastalarda 5,46 gün olduğu saptanmıştır. Ortalama uygun kalış süresinin 41 ve üzeri yaşlarda daha yüksek olduğu belirlenmiş aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW= 30,05$; $p= 0,0001$). 40 ve üzeri yaşlarda, kronik hastalık riski ve buna paralel olarak hastane hizmetleri gereksiniminin artmasının, farklılığı yaratan 41-60 ve 60 üzeri yaş gruplarında uygun kalış günü oranının artmasına neden olduğu söylenebilir. Ortalama uygun olmayan kalış süresinin 7 yaş altındaki hastalarda 0,88 gün, 7-14 yaş aralığında 0,83 gün, 15-18 yaş aralığında 1,00 gün, 19-25 yaş aralığında 1,21 gün, 26-40 yaş aralığında 1,24 gün, 41-60 yaş aralığında 1,55 gün, 60 yaşından büyük hastalarda 1,59 gün olduğu saptanmıştır. Uygun olmayan kalış süresi ile yaş arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($KW= 0,71$; $p= 0,994$).

Araştırma grubunun medeni durumuna göre; ortalama uygun kalış süresi evli hastalarda 3,50 gün, bekar hastalarda 1,68 gün, dul hastalarda 5,54 gün olarak belirlenmiştir. Uygun kalış günü ortalamasının bekar hastalarda daha düşük, dul hastalarda daha yüksek olduğu saptanmış, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW= 17,63$; $p= 0,0001$). Araştırma grubundaki dul hastaların yaş ortalamasının yüksek olmasının ve yaşla birlikte artan hastane hizmetleri gereksiniminin, sonucu etkilediği söylenebilir. Uygun olmayan kalış günü ortalaması; evli hastalarda 1,46 gün, bekar hastalarda 1,06 gün, dul hastalarda 1,77 gün olarak belirlenmiş, aralarında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamıştır ($KW= 0,08$; $p= 0,961$).

Öğrenim durumuna göre; ortalama uygun kalış süresi okuryazar olmayan hastalarda 4,47 gün, okuryazar hastalarda 4,92 gün, ilkökul mezunu hastalarda 3,11 gün, ortaokul mezunu hastalarda 2,68 gün, lise mezunu hastalarda 1,89 gün ve yükseköğretim mezunlarında 3,08 gün olarak tespit edilmiştir. İlköğretim, ortaokul ve lise mezunlarında ortalama uygun kalış süresi daha düşük olarak belirlenmiş, aradaki fark

anlamli bulunmuştur (KW= 14,10; p= 0,015). Uygun olmayan kalış süresi ortalamasının ise; okuryazar olmayan hastalarda 1,31 gün, okuryazar hastalarda 1,82 gün, ilkokul mezunu hastalarda 1,35 gün, ortaokul mezunu hastalarda 1,03 gün, lise mezunu hastalarda 1,27 gün ve yükseköğretim mezunlarında 2,42 gün olduğu tespit edilmiş, aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (KW= 6,43; p= 0,267).

Sosyal güvence durumuna göre araştırma grubunun ortalama uygun kalış sürelerinin; Emekli Sandığı'na bağlı hastalarda 2,88 gün, Bağ-Kur'lu hastalarda 3,93 gün, SSK'lı hastalarda 2,86 gün, Yeşil Kartlı hastalarda 4,40 gün, ücretli hastalarda 1,00 gün olduğu saptanmıştır. Ücretli hastaların uygun kalış ortalamasının diğerlerine göre daha düşük olduğu belirlenmiş, ancak aralarında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (KW= 9,05; p= 0,060). Ortalama uygun olmayan kalış süresinin; Emekli Sandığı'na bağlı hastalarda 1,42 gün, Bağ-Kur'lu hastalarda 2,09 gün, SSK'lı hastalarda 1,15 gün, Yeşil Kartlı hastalarda 1,79 gün, ücretli hastalarda 0,38 gün olduğu saptanmıştır. Sosyal güvence ile uygun olmayan kalış günü ortalaması arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (KW= 7,41; p= 0,116).

Araştırma grubunun ikamet ettiği yere göre; Ankara'da ikamet eden hastaların ortalama uygun kalış süresi 2,75 gün iken, diğer illerde ikamet eden hastaların ortalama uygun kalış süresi 7,48 gündür. Ortalama uygun kalış süresinin, Ankara dışında ikamet eden hastalarda, Ankara'da ikamet edenlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur (U= 2226,5; p= 0,0001). Ankara'da ikamet eden hastalarda, hastaneden izinli olarak çıkma durumunun daha yaygın olmasının, sonucu etkilediği düşünülmektedir. Uygun olmayan kalış süresi ortalamalarının, Ankara'da ikamet edenlerde 1,39 gün, Ankara dışında ikamet edenlerde 1,41 gün olduğu saptanmış, aralarında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamıştır (U= 3811,5; p= 0,769).

Meslek gruplarına göre ortalama uygun kalış süresinin, çocuk hastalarda 1,38 gün, ev hanımı hastalarda 3,87 gün, memur hastalarda 2,55 gün, işçi statüsündeki hastalarda 2,00 gün, serbest çalışanlarda 2,93 gün, emekli hastalarda 3,71 gün, öğrenci hastalarda 1,78 gün ve işsizlerde 1,40 gün olarak belirlenmiştir. Uygun kalış

süresinin ev hanımı ve emekli hastalarda daha yüksek olduğu saptanmış, aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW= 19,55; p= 0,007). Çocuk ve işsiz hastaların sosyal güvence durumlarına bağlı olarak ortalama uygun kalış süresinin kısa olması beklenen bir durumdur. Ortalama uygun olmayan kalış sürelerinin, çocuk hastalarda 0,88 gün, ev hanımı hastalarda 1,54 gün, memur hastalarda 2,00 gün, işçi statüsündeki hastalarda 0,75 gün, serbest çalışanlarda 1,19 gün, emekli hastalarda 1,61 gün, öğrenci hastalarda 1,22 gün ve işsizlerde 2,00 gün olduğu belirlenmiştir. Meslek grupları ile uygun olmayan kalış ortalamaları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (KW= 7,04; p= 0,425).

Araştırma grubunun ortalama uygun kalış süresinin, 1. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 3,33 gün, 2. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 3,79 gün, 3. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 3,98 gün, 4. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 3,47 gün ve 5. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 1,68 gün olduğu belirlenmiştir. 5. Cerrahi Klinikte yatan hastaların ortalama uygun kalış süresinin diğer kliniklere göre daha kısa olduğu saptanmış, aradaki fark anlamlı bulunmuştur (KW= 29,88; p= 0,0001). Kliniklerden sorumlu uzman hekimlerin farklı olması ve hekimler arası tıbbi uygulama farklılıklarının bu sonuca etki ettiği söylenebilir. Uygun olmayan kalış günü ortalamalarının, 1. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 2,41 gün, 2. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 0,97 gün, 3. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 0,84 gün, 4. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 1,52 gün ve 5. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 0,87 gün olduğu saptanmıştır. 1. ve 4. Cerrahi Kliniklerde yatan hastaların uygun olmayan kalış günü daha yüksek olarak belirlenmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur (KW= 32,56; p= 0,0001). Klinikte yatan hastaların ve klinikte çalışan hekim grubunun özelliklerinin sonucu etkilediği söylenebilir.

Tanı uyumuna göre ortalama uygun kalış süreleri; ön tanısı ve son tanısı aynı hastalarda 3,07 gün, ön tanısı ve son tanısı farklı hastalarda 4,52 gün olarak belirlenmiştir. Tanı uyumuna göre hastaların ortalama uygun kalış süreleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (U= 3169; p= 0,071). Uygun olmayan kalış günü ortalamaları; ön tanısı ve son tanısı aynı hastalarda 1,41 gün, ön tanısı ve son tanısı farklı hastalarda 1,28 gün olduğu belirlenmiştir. Hastaların ortalama uygun olmayan

kalış süreleri arasında tanı uyumu açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($U=3546,5$; $p=0,341$). Tanı uyumu olan hastaların araştırma grubu içindeki oranının yüksek olmasının sonucu etkilediği düşünülebilir.

Kesin tanı durumuna göre araştırma grubunun ortalama uygun kalış süresi; kesin tanı konulan hastalarda 3,24 gün, kesin tanı konulamayan hastalarda 2,50 gün olarak belirlenmiştir. Kesin tanı durumuna göre hastaların ortalama uygun kalış süreleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($U=1539,5$; $p=0,500$). Aşçıoğlu Akhan'ın (1998) araştırmasında, kesin tanı konulamayan hastaların ortalama uygun kalış günlerinin, kesin tanı konulanlara göre belirgin derecede az olduğu bildirilmektedir. Araştırma grubunun uygun olmayan kalış süresi ortalamaları; kesin tanı konulan hastalarda 1,39 gün, kesin tanı konulamayan hastalarda 1,50 gün olarak tespit edilmiştir. Kesin tanı durumuna göre hastaların ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($U=1496$; $p=0,384$). Aşçıoğlu Akhan'ın (1998) araştırmasında, kesin tanı konulamayan hastaların ortalama uygun olmayan kalış günlerinin, kesin tanı konulanlara göre daha uzun olduğuna dikkat çekilmiştir.

Araştırma grubunun, ortalama uygun kalış süresinin, hastaneye ilk kez yatanlarda 2,96 gün, ikinci kez yatanlarda 4,11 gün, üç ve daha fazla hastane yatışı olanlarda 5,20 gün olduğu tespit edilmiştir. Hastaneye ilk kez yatanlarda ortalama uygun kalış süresinin daha kısa olduğu belirlenmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=11,70$; $p=0,03$). İlk kez hastaneye yatan hastalarda genel olarak cerrahi işlem planlanmasının ve cerrahi işlem öncesi hastaneden izinli olarak çıkarılmasının elde edilen bulgunun nedeni olduğu söylenebilir. Buna ilave, hastaneye birden fazla yatışı olan hastaların klinik özelliklerinin sonucu etkilediği düşünülmektedir. Hastaların ortalama uygun olmayan kalış süresi; hastaneye ilk kez yatanlarda 1,39 gün, ikinci kez yatanlarda 1,37 gün, üç ve daha fazla hastane yatışı olanlarda 1,53 gün olarak saptanmıştır. Hastaneye yatış sayısı ile uygun olmayan kalış ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($KW=0,530$; $p=0,77$).

Araştırma grubunun ortalama uygun kalış süresinin cerrahi kliniğe ilk kez yatanlarda 3,03 gün, ikinci kez yatanlarda 4,03 gün, üç ve daha fazla cerrahi kliniğe yatışı olanlarda 6,25 gün olduğu tespit edilmiştir. Üç kez ve daha çok cerrahi kliniğe yatan hastaların uygun kalış süresinin daha yüksek olduğu belirlenmiş, aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW= 7,00; p= 0,030). Cerrahi kliniğe birden fazla yatışı olan hastaların klinik özelliklerinin sonucu etkilediği düşünülmektedir. Ortalama uygun olmayan kalış süreleri; cerrahi kliniğe ilk kez yatanlarda 1,41 gün, ikinci kez yatanlarda 1,34 gün, üç ve daha fazla cerrahi kliniğe yatışı olanlarda 1,13 gün olarak belirlenmiştir. Cerrahi kliniğe yatış sayısına göre ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (KW= 0,13; p= 0,939).

Yatış yapılan yere göre, araştırma grubunun ortalama uygun kalış süreleri; acil poliklinikten yatan hastalarda 3,86 gün, cerrahi poliklinikten yatan hastalarda 3,06 gün olarak belirlenmiştir. Acil ve cerrahi poliklinikten yatan hastalar arasında uygun kalış günü ortalaması açısından bir farklılık bulunmamıştır (U= 5962; p= 0,117). Uygun olmayan kalış günü ortalamalarının, acil poliklinikten yatan hastalarda 0,16 gün, cerrahi poliklinikten yatan hastalarda 1,68 gün olduğu tespit edilmiş, aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (U= 3757; p= 0,0001). Cerrahi poliklinikten yatan hastaların cerrahi işlem öncesinde bekleme sürelerinin acil yatanlara göre daha uzun olmasının bu sonuca neden olduğu söylenebilir.

Araştırma grubunun yatış tanısına ek hastalık durumuna göre ortalama uygun kalış süreleri; ek hastalık olanlarda 5,96 gün, ek hastalık olmayanlarda 2,96 gün olarak saptanmıştır. Yatış tanısına ek hastalık olan hastalarda ortalama uygun kalış süresinin daha yüksek olduğu belirlenmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur (U= 2556; p= 0,025). Ek hastalık durumunun verilen hizmetlerin yoğunluğunu etkilediği düşünüldüğünde, bu sonuç beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir. Ortalama uygun olmayan kalış süresinin, ek hastalık olanlarda 1,60 gün, ek hastalık olmayanlarda 1,37 gün olduğu saptanmış, aralarında ortalama uygun olmayan kalış süresi açısından bir farklılık bulunmamıştır (U= 3227,5; p= 0,577).

Kronik hastalık durumuna göre araştırma grubunun ortalama uygun kalış süreleri; kronik hastalığı olmayan hastalarda 2,80 gün, bir kronik hastalığı olanlarda 4,36 gün, iki ve daha fazla kronik hastalığı olanlarda 4,44 gün olarak bulunmuştur. Kronik hastalığı olmayan hastaların ortalama uygun kalış süresinin daha düşük olduğu belirlenmiş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW= 14,59; p= 0,001). Kronik hastalık durumunun tedavi ve diğer hastane hizmetlerinin miktarını etkilediği düşünüldüğünde, bu sonuç beklenen bir durum olarak değerlendirilebilir. Araştırma grubunun ortalama uygun olmayan kalış sürelerinin, kronik hastalığı olmayanlarda 1,33 gün, bir kronik hastalığı olanlarda 1,74 gün, iki ve daha fazla kronik hastalığı olanlarda 1,30 gün olduğu tespit edilmiş, aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (KW= 0,14; p= 0,933).

Araştırma grubunun ortalama uygun kalış süresinin Ocak ayında yatanlarda 4,27 gün, Şubat ayında yatanlarda 2,13 gün, Mart ayında yatanlarda 2,44 gün, Nisan ayında yatanlarda 3,16 gün, Mayıs ayında yatanlarda 3,40 gün, Haziran ayında yatanlarda 3,92 gün olduğu saptanmıştır. Aylara göre ortalama uygun kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (KW= 10,07; p= 0,073). İncelenen hastaların ortalama uygun olmayan kalış süresinin, Ocak ayında yatanlarda 1,71 gün, Şubat ayında yatanlarda 1,27 gün, Mart ayında yatanlarda 1,35 gün, Nisan ayında yatanlarda 1,33 gün, Mayıs ayında yatanlarda 1,00 gün, Haziran ayında yatanlarda 1,73 gün olduğu tespit edilmiştir. Yatış yapılan aylara göre, ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (KW= 5,73; p= 0,334). Aylara göre hasta ve kliniklerin özelliklerinin genel olarak değişmediği düşünüldüğünde, bu sonucun olağan olduğu söylenebilir.

Yatış uygunluğuna göre, araştırma grubunun ortalama uygun kalış süresinin; yatışı uygun olan hastalarda 3,45 gün, yatışı uygun olmayan hastalarda 2,70 gün olduğu tespit edilmiştir. Uygun yatışı olan hastalarda ortalama uygun kalış süresinin daha yüksek olduğu belirlenmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur (U= 7578; p= 0,001). Aşçıoğlu Akhan'ın (1998) araştırmasında, yatış uygunluğu ile uygun kalış

günleri arasında pozitif yönde anlamlı bir fark bulunmuştur. Araştırma bulguları Aşçıoğlu Akhan'ın (1998) çalışmasının bulgularını desteklemektedir.

Ortalama uygun olmayan kalış süresinin; yatışı uygun olan hastalarda 0,69 gün, yatışı uygun olmayan hastalarda 2,89 gün olduğu saptanmıştır. Yatışı uygun olan hastalarda ortalama uygun olmayan kalış süresinin daha düşük olduğu belirlenmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($U = 27,16$; $p = 0,0001$). Aşçıoğlu Akhan'ın (1998) araştırmasında, yatışı uygun olmayanlarda uygun olmayan kalış günlerinin arttığı tespit edilmiş, ikisi arasında anlamlı fark bulunmuştur. Araştırma bulguları Aşçıoğlu Akhan'ın (1998) çalışmasının bulgularını desteklemektedir.

Araştırma grubundaki kadın hastaların kalış günlerinin % 69,0'ının uygun olduğu, erkek hastaların kalış günlerinin % 71,1'inin uygun olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet ile kalış günü uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2 = 0,655$; $p = 0,418$). Teke ve arkadaşlarının (2005), Angelillo ve arkadaşlarının (2000), Chopard ve arkadaşlarının (1998), Dizdar ve arkadaşlarının (2007), Panis ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmalarda, uygun olmayan kalış günü oranı ile cinsiyetler arasında bir fark bulunmamıştır. Teke'nin (2000), Bianco ve arkadaşlarının (2003), Hwang'ın (2007) araştırmasında, uygun kalış oranı erkek hastalarda kadın hastalara göre daha düşük saptanmış, kalış uygunluğu ile cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Sangha ve arkadaşlarının (2002) araştırmasında, dahiliye kliniklerdeki kadın hastalarda uygun olmayan kalış oranı daha yüksek bulunmuş ve aradaki fark anlamlı bulunmuş, cerrahi kliniklerde, cinsiyet ile kalış uygunluğu arasında fark bulunmamıştır. Araştırma bulguları, Teke ve arkadaşlarının (2005), Angelillo ve arkadaşlarının (2000), Chopard ve arkadaşlarının (1998), Dizdar ve arkadaşlarının (2007), Panis ve arkadaşlarının (2003), Sangha ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmaların bulgularını desteklemektedir.

Araştırma grubunun yaşlarına göre kalış günü uygunluğunun değerlendirilmesinde; 7 yaşından küçük hastaların kalış günlerinin % 61,1'inin, 7-14 yaş aralığındaki hastaların kalış günlerinin % 64,3'ünün, 15-18 yaş aralığındaki

hastaların kalış günlerinin % 63,2'sinin, 19-25 yaş aralığındaki hastaların kalış günlerinin % 61,8'inin, 26-40 yaş aralığındaki hastaların kalış günlerinin % 62,4'ünün, 41-60 yaş aralığındaki hastaların kalış günlerinin % 69,5'inin, 60 yaşın üzerindeki hastaların kalış günlerinin % 77,5'inin uygun olduğu belirlenmiştir. 60 yaşın üzerindeki hastalarda uygun kalış günü oranının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmış, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2=21,453$; $p=0,002$). Teke'nin (2000), Kaya ve arkadaşlarının (2002), Teke ve arkadaşlarının (2005), Angelillo ve arkadaşlarının (2000), Chopard ve arkadaşlarının (1998), Bianco ve arkadaşlarının (2003), Hwang'ın (2007), Panis ve arkadaşlarının (2003) yaptığı araştırmalarda, kalış uygunluğu ile yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Dizdar ve arkadaşlarının (2007), Sangha ve arkadaşlarının (2002) araştırmalarında, yaş ile kalış uygunluğu arasında fark bulunmamıştır. Literatürdeki çoğu araştırma bulguları ile yapılan araştırmanın bulguları uyumlu olarak bulunmuştur.

Araştırma grubunun medeni durumuna göre; evli hastaların kalış günlerinin % 70,5'inin, bekâr hastaların kalış günlerinin % 61,3'ünün, dul hastaların kalış günlerinin % 75,8'inin uygun olduğu belirlenmiştir. Bekâr hastalarda uygun olmayan kalış günü oranının diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmış, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=7,854$; $p=0,020$). Angelillo ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında, medeni duruma ile kalış uygunluğu arasında fark bulunmamıştır. Araştırma bulguları, Angelillo ve arkadaşlarının (2000) elde ettiği bulguyu desteklememektedir.

Hastaların öğrenim durumuna göre kalış günü uygunluğunun değerlendirilmesinde; okuryazar olmayan hastaların kalış günlerinin % 77,3'ünün, okuryazar hastaların kalış günlerinin % 73,0'ının, ilkokul mezunu hastaların kalış günlerinin % 69,7'sinin, ortaokul mezunu hastaların kalış günlerinin % 72,3'ünün, lise mezunu hastaların kalış günlerinin % 59,8'inin, yüksekokul mezunu hastaların kalış günlerinin % 56,1'inin uygun olduğu saptanmıştır. Lise ve yüksekokul mezunu hastalarda uygun olmayan kalış günü oranının daha yüksek olduğu belirlenmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=20,838$; $p=0,001$). Hwang (2007) tarafından

yapılan araştırmada, ortaokul mezunu hastalarda diğerlerine göre uygun olmayan kalış oranı daha yüksek bulunmuş, öğrenim durumu ile kalış uygunluğu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Araştırma bulgusu, Hwang'ın (2007) araştırma bulgusuna paralellik göstermektedir.

Araştırma grubunun sosyal güvence durumuna göre kalış günü uygunluğu incelendiğinde; Emekli Sandığı'na bağlı hastaların kalış günlerinin % 67,0'ının, Bağ-Kur'lu hastaların kalış günlerinin % 65,3'ünün, SSK'lı hastaların kalış günlerinin % 71,2'sinin, Yeşil Kart'lı hastaların kalış günlerinin % 71,0'ının, ücretli hastaların kalış günlerinin % 72,7'sinin uygun olduğu saptanmıştır. Kalış günü uygunluğu ile hastaların sosyal güvenceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($X^2= 3,901$; $p= 0,420$). Kaya ve arkadaşlarının (2002) araştırmasında, kalış uygunluğu ile sosyal güvence durumu arasında, Devlet Hastanesi ve Üniversite Hastanesi'nde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hwang (2007) tarafından yapılan araştırmada, sosyal güvence ile kalış uygunluğu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Elde edilen araştırma bulgusu, diğer araştırma bulgularını desteklemektedir.

Hastaların ikamet ettiği yer açısından; Ankara'da ikamet eden hastaların kalış günlerinin % 66,4'ü, Ankara dışındaki diğer illerde ikamet eden hastaların kalış günlerinin % 84,1'i uygun olduğu bulunmuştur. Ankara dışında ikamet eden hastalarda uygun kalış günü oranının daha yüksek olduğu saptanmış, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 31,069$; $p= 0,0001$). Ankara içinde yaşayan hastaların izinli olarak hastaneden çıkma durumlarının sıklıkla olmasının bu sonucu doğurduğu söylenebilir. Teke'nin (2000), Teke ve arkadaşlarının (2005) araştırmasında, Ankara dışından gelen hastalarda uygun olmayan kalış günü daha yüksek bulunmuş, kalış uygunluğu ile ikamet yeri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Hwang'ın (2007), Dizdar ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmalarda, uygun olmayan kalış günü oranı ile ikamet yeri arasında bir fark bulunmamıştır. Elde edilen bulgu, diğer araştırma bulguları ile uyumluluk göstermemektedir.

Araştırma grubunun meslek gruplarına göre kalış günü uygunluğunun değerlendirilmesinde; kalış günlerinin çocuk hastalarda % 61,1'inin, ev hanımı hastalarda % 71,6'sının, memur hastalarda % 56,0'ının, işçi statüsündeki hastalarda % 72,7'sinin, serbest çalışan hastalarda % 71,0'ının, emekli hastalarda % 69,7'sinin, öğrenci olan hastalarda % 59,3'ünün, işsiz hastalarda % 41,2'sinin uygun kalış günü olduğu tespit edilmiştir. İşsiz hastaların uygun olmayan kalış günü oranının diğer mesleklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 16,140$; $p= 0,024$). İşsiz hastaların yoğun olarak Yeşil Kart'lı olmasının bu sonucu etkilediği söylenebilir.

Hastaların yattığı kliniklere göre kalış günü uygunluğu değerlendirildiğinde; kalış günlerinin 1. Cerrahi Klinikte yatanların % 58,3'ünün, 2. Cerrahi Klinikte yatanların % 79,7'sinin, 3. Cerrahi Klinikte yatanların % 82,6'sının, 4. Cerrahi Klinikte yatanların % 69,6'sının ve 5. Cerrahi Klinikte yatanların % 65,8'inin uygun olduğu belirlenmiştir. 2. ve 3. Cerrahi Kliniklerde yatan hastaların uygun kalış günü oranının diğer kliniklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 57,315$; $p= 0,0001$). Kaya ve arkadaşlarının (2002) araştırmasında, kalış uygunluğu ile yatılan klinikler arasında, Devlet Hastanesi'nde fark bulunmamış, Üniversite Hastanesi'nde fark bulunmuştur. Teke'nin (2000), Teke ve arkadaşlarının (2005), Angelillo ve arkadaşlarının (2000), Panis ve arkadaşlarının (2002), Bianco ve arkadaşlarının (2003), Hwang'ın (2007), Panis ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmalarda, kalış uygunluğu ile klinikler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Araştırma bulguları diğer araştırma bulgularını desteklemektedir.

Tanı uyumuna göre kalış günü uygunluğu incelendiğinde; ön tanı ve son tanısı aynı olan hastaların kalış günlerinin % 68,6'sının, ön tanısı ile son tanısı farklı olan hastaların kalış günlerinin % 78,0'ının uygun olduğu belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmede, ön tanısı ve son tanısı aynı hastaların uygun kalış günü oranı daha düşük saptanmış, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 6,159$; $p= 0,013$). Tanı ve tedavi değişikliği olasılığının ya da tanı işlemlerinin fazlalığının, uygun kalış günlerinin artmasına etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Araştırma grubunda, kesin tanısı konulan hastaların kalış günlerinin % 70,0'ının, kesin tanı konulamamış hastaların kalış günlerinin % 62,5'inin uygun olduğu belirlenmiştir. Kalış günü uygunluğu ile kesin tanı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmamıştır ($X^2= 1,232$; $p= 0,267$). Kesin tanı konulamayan hastalarda, yapılan tanı işlemlerinin de uygun kalış nedeni olduğu düşünüldüğünde, bu sonucun beklenen bir durum olduğu söylenebilir.

Araştırma grubunun hastaneye yatış sayısına göre kalış günü uygunluğunun değerlendirilmesinde; hastaneye ilk kez yatan hastaların kalış günlerinin % 68,1'inin, ikinci kez yatanların kalış günlerinin % 75,0'ının, üç ve daha fazla hastane yatışı olan hastaların kalış günlerinin % 77,2'sinin uygun olduğu belirlenmiştir. Hastaneye ilk kez yatan hastalarda uygun olmayan kalış günü oranının daha yüksek olduğu saptanmış aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 6,575$; $p= 0,037$). Kaya ve arkadaşlarının (2002) araştırmasında, kalış uygunluğu ile yatış sayısı arasında, devlet hastanesinde fark bulunmamış, üniversite hastanesinde birden fazla hastaneye yatışı olan hastaların uygun olmayan kalış günü daha düşük oranda bulunmuştur. Araştırma bulguları, Kaya ve arkadaşlarının (2002) araştırmasındaki, üniversite hastanesine ait bulguları desteklemektedir.

Araştırma grubunun cerrahi kliniğe yatış sayısına göre kalış günü uygunluğunun değerlendirilmesinde; cerrahi kliniğe ilk kez yatan hastaların kalış günlerinin % 68,3'ünün, ikinci kez yatanların kalış günlerinin % 75,0'ının, kliniğe üç ve daha fazla yatışı olan hastaların kalış günlerinin % 84,7'sinin uygun olduğu saptanmıştır. Uygun olmayan kalış günü oranının cerrahi kliniğe ilk kez yatanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 9,537$; $p= 0,008$). Kliniğe birden fazla kez yatan hastaların klinik özelliklerinin gerektirdiği hizmetlerin daha yoğun olduğu düşünüldüğünde, bu sonucun beklenen bir durum olduğu söylenebilir.

Yatış yapılan yere göre, araştırma grubunun kalış uygunluğu değerlendirildiğinde; acil poliklinikten yatan hastaların kalış günlerinin % 96,0'ının, cerrahi poliklinikten yatan hastaların kalış günlerinin % 64,6'sının uygun olduğu

tespit edilmiştir. Uygun olmayan kalış günü oranının cerrahi poliklinikten yatanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 87,873$; $p= 0,0001$). Teke'nin (2000), Kaya ve arkadaşlarının (2002), Teke ve arkadaşlarının (2005) araştırmalarında, acil yatan hastalarda uygun olmayan kalış günü, acil yatmayanlara göre daha az bulunmuş, kalış uygunluğu ile yatış türü arasında anlamlı fark bulunmuştur. Angelillo ve arkadaşlarının (2000), Hwang'ın (2007) araştırmalarında, yatış yeri ile kalış uygunluğu arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bianco ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında acil yatan hastalarda uygun olmayan kalış oranı programlı yatışlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yapılan araştırmanın bulguları, Teke'nin (2000), Kaya ve arkadaşlarının (2002), Teke ve arkadaşlarının (2005) araştırmalarını desteklemekte, diğer araştırma bulgularıyla uyumluluk göstermemektedir.

Araştırma grubunda, yatış tanısına ek hastalığı olan hastaların kalış günlerinin % 78,8'inin, ek hastalığı olmayan hastaların kalış günlerinin % 68,3'ünün uygun olduğu bulunmuştur. Ek hastalığı olan hastaların uygun kalış günü oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiş, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 8,598$; $p= 0,003$). Ek hastalığı olan hastalarda daha fazla sağlık hizmeti gereksinimi olduğu, dolayısıyla kalış günü uygunluğunun oranının arttığı düşünülebilir.

Araştırma grubunun kronik hastalık durumuna göre kalış uygunluğu incelendiğinde; kronik hastalığı olmayan hastaların kalış günlerinin % 67,9'unun, bir kronik hastalığı olanların kalış günlerinin % 71,5'inin, iki ve daha fazla kronik hastalığı olanların kalış günlerinin % 77,4'ünün uygun olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olmayanların uygun kalış günü oranının daha düşük olduğu belirlenmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 6,307$; $p= 0,043$). Sangha ve arkadaşlarının (2002) araştırmasında, cerrahi kliniklerde üç ve daha fazla ek hastalığı olan hastaların uygun olmayan kalış oranının daha düşük olduğu saptanmış, aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Araştırma bulguları, Sangha ve arkadaşlarının (2002) araştırma bulgusunu desteklemektedir.

Hastaneye yatış yapılan aya göre kalış uygunluğu değerlendirildiğinde; Ocak ayında yatan hastaların kalış günlerinin % 71,4'ünün, Şubat ayında yatanların kalış günlerinin % 62,6'sının, Mart ayında yatanların kalış günlerinin % 64,4'ünün, Nisan ayında yatanların kalış günlerinin % 70,5'inin, Mayıs ayında yatanların kalış günlerinin % 77,3'ünün ve Haziran ayında yatan hastaların kalış günlerinin % 69,3'ünün uygun olduğu saptanmıştır. Şubat ve Mart ayında yatan hastaların uygun kalış günü oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiş, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 13,396$; $p= 0,020$). Teke ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında, Ocak Ayında yatanların uygun kalış oranının, Şubat ve Mart ayında yatanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiş, kalış uygunluğu ile yatış ayı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Araştırma bulguları, Teke ve arkadaşlarının (2005) elde ettiği araştırma bulgularını desteklemektedir.

Hastanede uygun kalış günü nedenleri olarak, kalış uygunluğu kriterleri değerlendirildiğinde; ilk sırada “hekimin verdiği ordere göre, günde en az 3 kez hemşire tarafından yakın tıbbi gözlem ve takip”, ikinci sırada “parenteral tedavi - aralıklı ya da sürekli damardan sıvı tedavisi, elektrolitler, protein, ilaçlar gibi herhangi bir ekleme ile” ve üçüncü sırada “günde en az 2 kez IM ve subcutan enjeksiyonlar” yer almaktadır. Aşçıoğlu Akhan'ın (1998) araştırmasında, uygun kalış nedenleri olarak ilk üç sırada, “IV tedavi, hemşire tarafından yakın medikal takip(>3 kez/gün), akut hematolojik bozukluklar” olduğu saptanmıştır. Teke'nin (2000) araştırmasında, uygun kalış nedenleri olarak ilk sıralarda; en az üç kez hemşire tarafından yakın takip gerekliliği, en az 3 kez doktor tarafından yakın takip, günde en az 2 kez IM ya da subcutan enjeksiyon belirlenmiştir. Chopard ve arkadaşlarının (1998) araştırmasında; uygun kalış günü nedenleri olarak; IV tedavi, hemşire takibi, solunumla ilgili bakım ilk üç sırada yer almaktadır. Araştırma bulguları, diğer araştırma bulgularıyla uyumluluk göstermektedir.

Araştırma grubunun yatış ve kalış uygunluğuna etkisi olan değişkenlerin belirlenmesi amacıyla yapılan tek değişkenli lojistik regresyonu analizinde; Ankara dışındaki diğer illerde ikamet eden hastalarda, Ankara'da ikamet edenlere göre 2,470 kat daha fazla uygun olmayan yatış olasılığı tespit edilmiştir ($p= 0,022$). Cerrahi

poliklinikten yatan hastaların uygun olmayan yatış olasılığının acilden yatanlara göre 35,676 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p= 0,0001$). Şubat ayında yatan hastalarda uygun olmayan yatış olasılığı Nisan ayına göre 3,457 kat daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p= 0,008$). Mart ayında yatan hastalarda uygun olmayan yatış olasılığı Nisan ayına göre 2,828 kat daha yüksek bulunmuştur ($p= 0,025$). İkamet yerinin, yatış yapılan yerin, Şubat ve Mart ayında hastaneye yatışın uygun olmayan yatış üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur. Çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulgularına göre; ikamet yeri, hastanede yatış sayısı, yatış yapılan yer ve yatış yapılan ay değişkenlerinin, uygun olmayan yatışa istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu belirlenmiştir. Buna göre; Ankara dışındaki diğer illerde ikamet eden, hastaneye ilk kez yatan, cerrahi poliklinikten yatışı yapılan ve kliniğe Ocak, Şubat, Mart ve Haziran ayında yatan hastalarda, uygun olmayan yatış olasılığı daha yüksek olarak belirlenmiştir.

Aşçıoğlu Akhan'ın (1998) araştırmasında, kesin tanı olmaması, yatılan klinik ve Ankara dışında ikamet durumunun yatış uygunluğunu etkileyen faktörler olduğu bulunmuştur. Teke'nin (2000) araştırmasında, gereksiz yatışa neden olan faktörler; hastanın statüsü (er veya erbaş olması), 19 yaş ve altı ile 20-24 yaş aralığında olması, Ankara dışında ikamet etmesi ve sevkli olması durumu olarak tespit edilmiştir. Angelillo ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında, çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, genç hastalarda (yaşlı hastalara göre), evi hastaneye uzak hastalarda, programlı yatış yapılanlarda (acil yatanlara göre), hafta sonu yatanlarda (hafta içi yatanlara göre), cerrahi klinikte yatanlarda (dahiliye ve jinekolojide yatanlara göre) uygun olmayan yatış riski daha yüksek bulunmuştur. Navarro ve arkadaşlarının (2001) yaptığı araştırmada, çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, 1992 ve 1996 yılında planlı yatışların, cerrahi klinikte yatışın uygun olmayan yatış riskini yükselttiği saptanmıştır. Esmail ve arkadaşlarının (2000) araştırmasında, çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, yaş ve cinsiyet değişkenlerinin uygun olmayan yatış üzerinde etkisinin olduğu bulunmuştur.

Uygun olmayan kalış günü olasılığının incelendiği tek değişkenli lojistik regresyon analizinde; cerrahi poliklinikten yatan hastaların uygun olmayan kalış

günü olasılığının acilden yatanlara göre 11,255 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p= 0,0001$). Şubat ayında yatan hastalarda uygun olmayan kalış günü olasılığı Nisan ayında yatan hastalara göre 2,411 kat daha yüksek olarak bulunmuştur ($p= 0,035$). Yatış yapılan yerin ve Şubat ayında yatış yapılmasının uygun olmayan kalış günü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu bulunmuştur. Çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulgularına göre; sadece yatış yapılan yer değişkeninin, uygun olmayan kalış günleri üzerinde etkisinin olduğu belirlenmiştir. Buna göre; cerrahi poliklinikten yatan hastalarda uygun olmayan kalış günü olasılığı, acil poliklinikten yatan hastalara göre 11,255 kat daha yüksektir ($p= 0,0001$).

Teke'nin (2000) araştırmasında, gereksiz kalış günlerine neden olan faktörler; hastanın statüsü (er veya erbaş olması), 19 yaş ve altı ile 20-24 yaş aralığında olması, Ankara dışında ikamet etmesi ve sevkli olması, hastanın hastanede kaldığı gün ve mevsim durumu olarak tespit edilmiştir. Angelillo ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında, çok değişkenli lojistik regresyon analizinde, uygun olmayan yatışlarda ve dahiliyede yatanlarda (cerrahi ve jinekolojide yatanlara göre), uygun olmayan kalış günü riski daha yüksek bulunmuştur. Chopard ve arkadaşlarının (1998) çalışmasında, uygun olmayan kalış riskinin 80-95 yaş aralığındaki hastalarda, yatışı uygun olmayan hastalarda daha fazla olduğu bulunmuştur. Bianco ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında, kadın hastalar, acil yatan hastalar, uygun olmayan yatışı olan hastalar ve pediatri kliniğinde yatanlarda (cerrahi klinikler göre) uygun olmayan kalış riski daha fazla bulunmuştur. Navarro ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada, 1992 ve 1996 yılında, cerrahi klinikte yatışın uygun olmayan kalış riskini artırdığı saptanmıştır. Tamames ve arkadaşlarının (2007) araştırmasında, 45 yaş üzerindeki hastalarda, yatışı programlı olanlarda, cerrahi ve jinekoloji kliniklerinde yatanlarda uygun olmayan kalış riski daha yüksek bulunmuştur. Panis ve arkadaşlarının (2003) araştırmasında, cerrahi kliniklerde yatan hastalarda diğer kliniklere göre uygun olmayan kalış riski daha yüksek bulunmuştur. Sangha ve arkadaşlarının (2002) araştırmasında, cerrahi kliniklerde, 80-89 yaş aralığındaki hastaların diğerlerine göre uygun olmayan kalış riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde; Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniklerinde yatan hastaların yatış ve kalış uygunluğunu değerlendirmek, yatış ve kalış uygunluğuna etki eden değişkenleri belirlemek amacıyla yürütülen araştırma sonuçları ve araştırma ile ilgili öneriler verilmiştir.

5.1. Sonuçlar

Araştırmada toplam 300 hasta örnekleme alınmış, bu hastaların 300 yatış günü ve 1381 kalış günü olmak üzere toplam 1681 hasta günü incelenmiştir. Araştırmada elde edilen tanımlayıcı bulgulara ilişkin sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

- Araştırma grubunun ortalama yatış süresi 5,59 gün ve standart sapması 5,05'dir.
- Araştırma grubunun % 56,3'ü kadın, % 43,7'si erkektir. Kadın hastaların toplam hasta günü 1049 ve ortalama yatış süresi 6,21 gün, erkek hastaların toplam hasta günü 632 ve ortalama yatış süresi 4,82 gündür.
- Araştırma grubunun % 2,7' si 7 yaşından küçük, % 2'si 7-14 yaş aralığında, % 4,7'si 15-18 yaş aralığında, % 9,3'ü 19-25 yaş aralığında, % 23,7'si 26-40 yaş aralığında, % 39'u 41-60 yaş aralığında ve % 18,7'si 60 üzeri yaşlardadır.
- Araştırma grubunun % 74,7'sini evli, % 21,0'ı bekâr ve % 4,3'ü duludur.
- Araştırma grubunun % 10,7'si okuryazar değil durumda, % 13,0'ı okuryazar durumda, % 40,7'si ilkokul mezunu, % 13,3'ü ortaokul mezunu, % 18,3'ü lise mezunu ve % 4,0'ı yüksekokul mezunudur.
- Araştırma grubunun %8,7'si Emekli Sandığı, % 14,3'ü Bağ-Kur, % 58,3'ü Sosyal Sigortalar Kurumu, % 16,0'ı Yeşil Kart ve % 2,7'si ücretli (cepten ödeme) kapsamındadır.
- Araştırma grubunun % 90,3 ü Ankara'da, % 9,7'si Ankara dışındaki diğer illerde ikamet etmektedir.

- Araştırma grubunun % 2,7'sini çocuklar, % 45,3'ünü ev hanımları, % 3,7'sini memurlar, % 8,0'ını işçiler, % 22,3'ünü serbest çalışanlar, % 10,3'ünü emekliler, % 6,0'ını öğrenciler ve % 1,7'sini işsizler oluşturmaktadır.
- Araştırma grubunun % 24,7'si 1. Cerrahi Klinikte, % 20,3'ü 2. Cerrahi Klinikte, % 14,3'ü 3. Cerrahi Klinikte, % 20,0'ı 4. Cerrahi Klinikte ve % 20,7'si 5. Cerrahi Klinikte yatmaktadır.
- Araştırma grubunun % 90,3'ünün, ön tanısı ile son tanısının aynı, % 9,7'sinin ön tanısı ile son tanısı farklıdır.
- Araştırma grubunun % 96'sına kesin tanı konulmuş, % 4,0'ına kesin tanı konulamamıştır. Kesin tanı konulan hastaların toplam hasta günü 1621 ve ortalama yatış süreleri 5,63 gün, kesin tanı konulamayan hastaların toplam hasta günü 60 ve ortalama yatış süreleri 5,00 gündür.
- Araştırma grubunun % 83,3'ü hastaneye ilk kez yatmış, % 11,7'si hastaneye ikinci kez yatmış, % 5,0'ı üç veya daha fazla hastane yatışı olan hastalardır.
- Araştırma grubunun % 87,7'si cerrahi kliniğe bir kez, % 9,7'si cerrahi kliniğe ikinci kez, % 2,6'sı cerrahi kliniğe üç veya daha kez yatmıştır.
- Araştırma grubunun % 18,7'sinin hastaneye yatışı acil poliklinikten, % 81,3'ünün hastaneye yatışı cerrahi poliklinikten yapılmıştır. Acil poliklinikten yatan hastaların toplam hasta günü 281 gün ve ortalama yatış süresi 5,02 gün; cerrahi poliklinikten yatan hastaların toplam hasta günü 1400 gün ve ortalama yatış süresi 5,74 gündür.
- Araştırma grubunun % 8,3'ünde yatış tanısına ek bir hastalık mevcut, % 91,7'sinde yatış tanısına ek bir hastalık bulunmamaktadır. Toplam hasta günü, ek hastalığı olanlarda 214 gün, ek hastalığı olmayanlarda 1467 gündür. Ortalama yatış süresi, ek hastalığı olanlarda 8,56 gün, ek hastalığı olmayanlarda 5,33 gündür.
- Araştırma grubunun % 74,3'ünün kronik bir hastalığı bulunmamaktadır. Hastaların % 16,7'sinde bir kronik hastalık, % 9,0'ında iki veya daha fazla sayıda kronik hastalık bulunmaktadır. Toplam hasta günü, kronik hastalığı olmayanlarda 1144 gün, bir kronik hastalığı olanlarda 355 gün, iki veya daha fazla kronik hastalığı olanlarda 182 gündür. Ortalama yatış süresi, kronik hastalığı

olmayanlarda 5,13 gün, bir kronik hastalığı olanlarda 7,10 gün, iki veya daha fazla kronik hastalığı olanlarda 6,74 gündür.

- Araştırma grubunda kronik hastalığı olan 72 hasta içinde; 56 hastada hipertansiyon, 25 hastada diyabet, 12 hastada kalp hastalığı, 6 hastada KOAH ve 17 hastada diğer kronik hastalıklar (astım, kronik böbrek yetmezliği, guatr ve romatoid artrit) mevcuttur.
- Araştırma grubunun % 16,0'ı Ocak ayında, % 16,0'ı Şubat ayında, % 18,0'ı Mart ayında, % 16,3'ü Nisan ayında, % 17,3'ü Mayıs ayında, % 16,3'ü Haziran ayında cerrahi kliniğe yatmıştır.
- Araştırma grubunda, yatış uygunluğu kriterlerinin hiçbirini karşılamayan ve yatışı uygun olmayan hasta oranı % 32 (96 hasta)'dır.
- Yatış uygunluğu kriterleri içerisinde, yatışı uygun olan 204 hastanın (% 68) % 44,0'ı 1 kriter, % 6,0'ı 2 kriter, % 3,7'si 3 kriter, % 9,0'ı 4 kriter, % 3,0'ı 5 kriter, % 1,0'ı 6 kriter, % 0,7'si 7 kriter ve % 0,7'si 8 kriter karşılamaktadır.
- Araştırma grubunun % 24,3'ü yatış değerlendirme bölümünün klinik hizmet 01 nolu kriteri, % 55,7'si klinik hizmet 02 nolu kriteri, % 14,3'ü klinik hizmet 03 nolu kriteri, % 11,7'si klinik hizmet 05 nolu kriteri, % 6,7'si klinik hizmet 06 nolu kriteri, % 1,0'ı klinik hizmet 08 nolu kriteri, % 0,3'ü hastanın klinik durumu 09 nolu kriteri, % 3,0'ı hastanın klinik durumu 10 nolu kriteri, % 1,7'si hastanın klinik durumu 11 nolu kriteri, % 1,3'ü hastanın klinik durumu 15 nolu kriteri, % 10,3'ü hastanın klinik durumu 17 nolu kriteri ve % 2,3'ü hastanın klinik durumu 18 nolu kriteri karşılamaktadır. Klinik hizmet 04 ve 07 nolu kriterler ile hastanın klinik durumu 12, 13, 14 ve 16 nolu kriterleri, incelenen 300 hastanın hiçbiri karşılamamaktadır.
- Araştırma grubunu uygun yatış nedenleri arasında; ilk sırada “24 saat içerisinde, sadece hastane olanaklarıyla ve genel ya da lokal anestezi altında yapılması planlanan cerrahi veya özel işlemler (Klinik Hizmet 02 nolu kriter)”, ikinci sırada “IV ilaç / mayi gerekliliği (Klinik Hizmet 01 nolu kriter)”, üçüncü sırada “her 2 saatte bir ya da daha sık vital bulgu izlemi (Klinik Hizmet 03 nolu kriter)” yer almaktadır.
- Araştırma grubunun % 68,0'ının (204 hasta) yatışı uygun, % 32,0'ının (96 hasta) yatışı uygun değildir. Yatışı uygun olan hastaların toplam hasta günü 1049,

ortalama yatış süresi 5,13 gün ve standart sapması 4,59'dur. Yatışı uygun olmayan hastaların toplam hasta günü 632, ortalama yatış süresi 6,58 gün ve standart sapmasının 5,79'dur.

- Yatışı uygun olan hastaların, uygun kalış günü oranı % 83,3, ortalama kalış süresi 3,45 gün ve standart sapması 4,03'dür. Yatışı uygun hastaların, uygun olmayan kalış günü oranı % 16,7, ortalama kalış süresi 0,69 gün ve standart sapması 1,84'dür.
- Yatışı uygun olmayan hastaların, uygun kalış günü oranı % 48,3, ortalama kalış süresi 2,70 gün ve standart sapması 4,39'dur. Yatışı uygun olmayan hastaların, uygun olmayan kalış günü oranı % 51,7, ortalama kalış süresi 2,88 gün ve standart sapması 2,77'dir.
- Araştırma grubunun toplam kalış günlerinin % 69,7'si (963 gün) uygun kalış günü, ortalama kalış süresi 3,21 gün ve standart sapması 4,16'dır. Araştırma grubunun toplam kalış günlerinin % 30,3'ü (418 gün) uygun olmayan kalış günüdür. Ortalama kalış süresi 1,39 gün ve standart sapması 2,41'dir.
- Araştırma grubunun kalış uygunluğu kriterlerini karşılama durumuna göre; 01 nolu kalış uygunluğu kriteri toplam 220 gün, 02 nolu kriter 69 gün, 05 nolu kriter 12 gün, 10 nolu kriter 12 gün, 11 nolu kriter 152 gün, 12 nolu kriter 74 gün, 13 nolu kriter 684 gün, 14 nolu kriter 146 gün, 15 nolu kriter 438 gün, 16 nolu kriter 293 gün, 17 nolu kriter 310 gün, 18 nolu kriter 819 gün, 19 nolu kriter 47 gün, 20 nolu kriter 62 gün, 21 nolu kriter 1 gün, 22 nolu kriter 170 gün, 23 nolu kriter 8 gün, 24 nolu kriter 3 gün 25 nolu kriter 90 gün karşılanmıştır. Kalış uygunluğu kriterleri arasında, 03, 04, 06, 07, 08, 09, 26 ve 27 nolu kriterleri hiçbir hasta karşılamamıştır.
- Hastanede uygun kalış günü nedenleri olarak ilk sırada; hekimin verdiği ordere göre, günde en az 3 kez hemşire tarafından yakın tıbbi gözlem ve takip, ikinci sırada; parenteral tedavi - aralıklı ya da sürekli damardan sıvı tedavisi, elektrolitler, protein, ilaçlar gibi herhangi bir ekleme ile ve üçüncü sırada; günde en az 2 kez IM ve subcutan enjeksiyonlar yer almaktadır.

Araştırmada, hipotezlere ilişkin elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır:

- Araştırma grubunun % 68,0'nın yatışı uygun, % 32'sinin yatışı uygun değildir. Yatışı uygun olan hastaların ortalama yatış süresinin 5,14 gün, yatışı uygun olmayan hastaların ortalama yatış süresinin 6,58 gündür. Ortalama yatış süresi açısından, yatışı uygun olan hastalar ile yatışı uygun olmayan hastalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U= 6582$; $p= 0,0001$). Hipotez 1. kabul edilmiştir.
- Araştırma grubunun toplam uygun kalış günlerinin (963 gün) ortalaması 3,21 gün ve standart sapması 4,16'dır. Toplam uygun olmayan kalış günlerinin ortalaması 1,39 gün ve standart sapmasının 2,41'dir. Ortalama kalış süresi açısından, uygun kalış günleri ve uygun olmayan kalış günleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t= 8,18$; $p= 0,0001$). Hipotez 2. kabul edilmiştir.
- Araştırma grubunda, yatışı uygun olan hastaların toplam kalış günlerinin % 83,3'ü uygun kalış günü, % 16,7'si uygun olmayan kalış günüdür. Yatışı uygun olmayan hastaların toplam kalış günlerinin % 48,3'ü uygun, % 51,7'si uygun olmayan kalış günüdür. Kalış günü uygunluğu açısından, yatışı uygun olanlar ile uygun olmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($X^2= 190,2$; $\kappa = 0,36$; $p= 0,0001$). Hipotez 3. kabul edilmiştir.
- Yatış uygunluğu ile cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, öğrenim durumu, sosyal güvence durumu, meslek, yatılan klinik, tanı uyumu, hastaneye yatış sayısı, cerrahi kliniğe yatış sayısı, yatış tanısına ek hastalık durumu, kronik hastalık durumu, yatış yapılan ay değişkenleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hipotez 4.a., 4.b., 4.c., 4.d., 4.e., 4.g., 4.h., 4.i., 4.k., 4.l., 4.n., 4.o., 4.p. reddedilmiştir.
- Ankara'da ikamet eden hastaların % 70,1'inin, Ankara dışındaki diğer illerde ikamet eden hastaların % 48,3'ünün yatışı uygundur. Ankara'da ikamet eden hastaların uygun olmayan yatış oranı % 29,9 ve Ankara dışındaki illerde ikamet eden hastaların uygun olmayan yatış oranı % 51,7'dir. Hastanın ikamet yeri ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2= 5,740$; $p= 0,017$). Hipotez 4.f. kabul edilmiştir.
- Kesin tanısı konulan hastaların % 69,1'inin kesin tanı konulamayan hastaların % 41,7'sinin yatışı uygundur. Uygun olmayan yatış oranı, kesin tanısı olan hastalara

% 30,9 ve kesin tanısı olmayan hastalarda % 58,3'dür. Kesin tanı konulması ile yatış uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark bulunmuştur ($X^2= 3,983$; $p= 0,046$). Hipotez 4.j. kabul edilmiştir.

- Acil poliklinikten yatan hastaların tamamının (% 100,0 - 56 hasta), cerrahi poliklinikten yatan hastaların % 60,7'sinin (148 hasta) hastaneye yatışı uygundur. Cerrahi poliklinikten yatan hastaların % 39,3'ünün, acil poliklinikten yatan hastaların hiçbirinin yatışı uygun değildir. Acil poliklinik ile cerrahi poliklinikten yatan hastalar arasında, yatış uygunluğu açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($X^2= 32,401$; $p= 0,0001$). Hipotez 4.m. kabul edilmiştir.
- Ortalama uygun kalış süresinin kadın hastalarda 3,59 gün, erkek hastalarda 2,72 gündür. Cinsiyetlere göre ortalama uygun kalış süreleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($U= 9315,5$; $p= 0,013$). Hipotez 5.a. kabul edilmiştir.
- Ortalama uygun kalış süresi; 7 yaş altındaki hastalarda 1,38 gün, 7-14 yaş aralığında 1,50 gün, 15-18 yaş aralığında 1,71 gün, 19-25 yaş aralığında 1,96 gün, 26-40 yaş aralığında 2,06 gün, 41-60 yaş aralığında 3,52 gün, 60 yaşından büyük hastalarda 5,46 gündür. Ortalama uygun kalış süresi açısından yaş grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW= 30,05$; $p= 0,0001$). Hipotez 5.b. kabul edilmiştir.
- Araştırma grubunun ortalama uygun kalış süresi; evli hastalarda 3,50 gün, bekar hastalarda 1,68 gün, dul hastalarda 5,54 gündür. Medeni durumuna göre, uygun kalış günü ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW= 17,63$; $p= 0,0001$). Hipotez 5.c. kabul edilmiştir.
- Ortalama uygun kalış süresi; okuryazar olmayan hastalarda 4,47 gün, okuryazar hastalarda 4,92 gün, ilkökul mezunu hastalarda 3,11 gün, ortaokul mezunu hastalarda 2,68 gün, lise mezunu hastalarda 1,89 gün ve yüksekokul mezunlarında 3,08 gündür. Öğrenim durumuna göre, uygun kalış günü ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW= 14,10$; $p= 0,015$). Hipotez 5.d. kabul edilmiştir.
- Uygun kalış günü ortalamalarının, sosyal güvence, tanı uyumuna, kesin tanı durumuna, yatış yapılan yere, yatış yapılan aya göre farklılık göstermediği bulunmuştur. Hipotez 5.e., 5.i., 5.j., 5.m., 5.p. reddedilmiştir.

- Ankara’da ikamet eden hastaların ortalama uygun kalış süresi 2,75 gün, diğer illerde ikamet eden hastaların ortalama uygun kalış süresi 7,48 gündür. Ortalama uygun kalış süresinin, ikamet yerine göre farklılık gösterdiği bulunmuştur ($U=2226,5$; $p=0,0001$). Hipotez 5.f. kabul edilmiştir.
- Ortalama uygun kalış süresi; çocuk hastalarda 1,38 gün, ev hanımı hastalarda 3,87 gün, memur hastalarda 2,55 gün, işçi statüsündeki hastalarda 2,00 gün, serbest çalışanlarda 2,93 gün, emekli hastalarda 3,71 gün, öğrenci hastalarda 1,78 gün ve işsizlerde 1,40 gündür. Uygun kalış süresi açısından, meslek grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=19,55$; $p=0,007$). Hipotez 5.g. kabul edilmiştir.
- Ortalama uygun kalış süresi; 1. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 3,33 gün, 2. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 3,79 gün, 3. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 3,98 gün, 4. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 3,47 gün ve 5. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 1,68 gündür. Kliniklere göre ortalama uygun kalış süreleri arasında fark anlamlı bulunmuştur ($KW=29,88$; $p=0,0001$). Hipotez 5.h. kabul edilmiştir.
- Ortalama uygun kalış süresi; hastaneye ilk kez yatanlarda 2,96 gün, ikinci kez yatanlarda 4,11 gün, üç ve daha fazla hastane yatışı olanlarda 5,20 gündür. Hastaneye yatış sayısına göre ortalama uygun kalış süreleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=11,70$; $p=0,03$). Hipotez 5.k. kabul edilmiştir.
- Ortalama uygun kalış süresi; cerrahi kliniğe ilk kez yatanlarda 3,03 gün, ikinci kez yatanlarda 4,03 gün, üç ve daha fazla cerrahi kliniğe yatışı olanlarda 6,25 gündür. Kliniğe yatış sayısına göre ortalama uygun kalış süreleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=7,00$; $p=0,030$). Hipotez 5.l. kabul edilmiştir.
- Ortalama uygun kalış süresi; tanıya ek hastalık olanlarda 5,96 gün, ek hastalık olmayanlarda 2,96 gündür. Yatış tanısına ek hastalık durumuna göre ortalama uygun kalış süreleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($U=2556$; $p=0,025$). Hipotez 5.n. kabul edilmiştir.
- Kronik hastalığı olmayan hastaların ortalama uygun kalış süresi 2,80 gün, bir kronik hastalığı olanların ortalama uygun kalış süresi 4,36 gün, iki ve daha fazla kronik hastalığı olanların ortalama uygun kalış süresi 4,44 gündür. Kronik hastalık durumuna göre ortalama uygun kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel

olarak anlamlı bulunmuştur (KW= 14,59; p= 0,001). Hipotez 5.o. kabul edilmiştir.

- Ortalama uygun kalış süresi; yatışı uygun olan hastalarda 3,45 gün, yatışı uygun olmayan hastalarda 2,70 gündür. Yatış uygunluğuna göre ortalama uygun kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U= 7578; p= 0,001). Hipotez 5.r. kabul edilmiştir.
- Uygun olmayan kalış günü ortalamasının, cinsiyetlere, yaş gruplarına, medeni duruma, öğrenim durumuna, sosyal güvence durumuna, ikamet yerine, mesleğe, tanı uyumuna, kesin tanı durumuna, hastaneye yatış sayısına, cerrahi kliniğe yatış sayısına, yatış tanısına ek hastalık durumuna, kronik hastalık durumuna, yatış yapılan aya göre bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Hipotez 6.a., 6.b., 6.c., 6.d., 6.e., 6.f., 6.g., 6.i., 6.j., 6.k., 6.l., 6.n., 6.o., 6.p. reddedilmiştir.
- Uygun olmayan kalış günü ortalamaları; 1. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 2,41 gün, 2. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 0,97 gün, 3. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 0,84 gün, 4. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 1,52 gün ve 5. Cerrahi Klinikte yatan hastalarda 0,87 gündür. Kliniklere göre ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW= 32,56; p= 0,0001). Hipotez 6.h. kabul edilmiştir.
- Uygun olmayan kalış günü ortalamalarının, acil poliklinikten yatan hastalarda 0,16 gün, cerrahi poliklinikten yatan hastalarda 1,68 gün olduğu tespit edilmiş, aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (U= 3757; p= 0,0001). Hipotez 6.m. kabul edilmiştir.
- Ortalama uygun olmayan kalış süresi; yatışı uygun olan hastalarda 0,69 gün, yatışı uygun olmayan hastalarda 2,89 gündür. Yatış uygunluğuna göre ortalama uygun olmayan kalış süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U= 27,16; p= 0,0001). Hipotez 6.r. kabul edilmiştir.
- Araştırma grubunda, cinsiyet, sosyal güvence ve kesin tanı durumuna göre kalış günü uygunluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Hipotez 7.a., 7.e., 7.j. reddedilmiştir
- Hastaların kalış günlerinin; 7 yaşından küçük hastalarda % 61,1'i, 7-14 yaş aralığındaki hastalarda % 64,3'ü, 5-18 yaş aralığındaki hastalarda % 63,2'si, 19-25 yaş aralığındaki hastalarda % 61,8'i, 26-40 yaş aralığındaki hastalarda %

62,4'ü, 41-60 yaş aralığındaki hastalarda % 69,5'i, 60 yaşın üzerindeki hastalarda % 77,5'i uygundur. Kalış uygunluğu açısından, yaş grupları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=21,453$; $p=0,002$). Hipotez 7.b. kabul edilmiştir.

- Uygun kalış oranı; evli hastalarda % 70,5, bekâr hastalarda % 61,3 ve dul hastalarda % 75,8 oranındadır. Medeni duruma göre kalış uygunluğu oranlarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=7,854$; $p=0,020$). Hipotez 7.c. kabul edilmiştir.
- Öğrenim durumuna göre; okuryazar olmayan hastaların kalış günlerinin % 77,3'ü, okuryazar hastaların kalış günlerinin % 73,0'ı, ilkokul mezunu hastaların kalış günlerinin % 69,7'si, ortaokul mezunu hastaların kalış günlerinin % 72,3'ü, lise mezunu hastaların kalış günlerinin % 59,8'i, yüksekokul mezunu hastaların kalış günlerinin % 56,1'i uygundur. Öğrenim durumu ile kalış günü uygunluk oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=20,838$; $p=0,001$). Hipotez 7.d. kabul edilmiştir.
- Ankara'da ikamet eden hastaların kalış günlerinin % 66,4'ü, Ankara dışındaki diğer illerde ikamet eden hastaların kalış günlerinin % 84,1'i uygundur. İkamet yerine göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=31,069$; $p=0,0001$). Hipotez 7.f. kabul edilmiştir.
- Hastanede kalış günlerinin; çocuk hastalarda % 61,1'i, ev hanımı hastalarda % 71,6'sı, memur hastalarda % 56,0'ı, işçi statüsündeki hastalarda % 72,7'si, serbest çalışan hastalarda % 71,0'ı, emekli hastalarda % 69,7'si, öğrenci olan hastalarda % 59,3'ü, işsiz hastalarda % 41,2'si uygundur. Mesleklere göre kalış günü uygunluk oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2=16,140$; $p=0,024$). Hipotez 7.g. kabul edilmiştir.
- Kalış günlerinin; 1. Cerrahi Klinikte yatanların % 58,3'ü, 2. Cerrahi Klinikte yatanların % 79,7'si, 3. Cerrahi Klinikte yatanların % 82,6'sı, 4. Cerrahi Klinikte yatanların % 69,6'sı ve 5. Cerrahi Klinikte yatanların % 65,8'i uygundur. Yatılan kliniklere göre kalış günü uygunluk oranlarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=57,315$; $p=0,0001$). Hipotez 7.h. kabul edilmiştir.
- Tanı uyumuna göre; ön tanı ve son tanısı aynı olan hastaların kalış günlerinin % 68,6'sı, ön tanısı ile son tanısı farklı olan hastaların kalış günlerinin % 78,0'ı

uygundur. Tanı uyumuna göre kalış günü uygunluk oranlarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 6,159$; $p= 0,013$). Hipotez 7.i. kabul edilmiştir.

- Hastaneye ilk kez yatan hastaların kalış günlerinin % 68,1'i, ikinci kez yatanların kalış günlerinin % 75,0'ı, üç ve daha fazla hastane yatışı olan hastaların kalış günlerinin % 77,2'si uygundur. Hastaneye yatış sayısına göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 6,575$; $p= 0,037$). Hipotez 7.k. kabul edilmiştir.
- Cerrahi kliniğe ilk kez yatan hastaların kalış günlerinin % 68,3'ü, cerrahi kliniğe ikinci kez yatanların kalış günlerinin % 75,0'ı, kliniğe üç ve daha fazla yatışı olan hastaların kalış günlerinin % 84,7'si uygundur. Cerrahi kliniğe yatış sayısına göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 9,537$; $p= 0,008$). Hipotez 7.l. kabul edilmiştir.
- Acil poliklinikten yatan hastaların kalış günlerinin % 96,0'ı, cerrahi poliklinikten yatan hastaların kalış günlerinin % 64,6'sı uygundur. Yatış yerine göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 87,873$; $p= 0,0001$). Hipotez 7.m. kabul edilmiştir.
- Yatış tanısına ek hastalığı olan hastaların kalış günlerinin % 78,8'i, ek hastalığı olmayan hastaların kalış günlerinin % 68,3'ü uygundur. Ek hastalık durumuna göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 8,598$; $p= 0,003$). Hipotez 7.n. kabul edilmiştir.
- Kronik hastalığı olmayan hastaların kalış günlerinin % 67,9'u, sadece bir kronik hastalığı olanların kalış günlerinin % 71,5'i, iki ve daha fazla kronik hastalığı olanların kalış günlerinin % 77,4'ü uygundur. Kronik hastalık durumuna göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 6,307$; $p= 0,043$). Hipotez 7.o. kabul edilmiştir.
- Ocak ayında yatan hastaların kalış günlerinin % 71,4'ü, Şubat ayında yatanların kalış günlerinin % 62,6'sı, Mart ayında yatanların kalış günlerinin % 64,4'ü, Nisan ayında yatanların kalış günlerinin % 70,5'i, Mayıs ayında yatanların kalış günlerinin % 77,3'ü, Haziran ayında yatan hastaların kalış günlerinin % 69,3'ü uygundur. Yatış yapılan aya göre kalış günü uygunluk oranları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($X^2= 13,396$; $p= 0,020$). Hipotez 7.p. kabul edilmiştir.

- Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde; cinsiyetlerin, yaş gruplarının, medeni durumun, öğrenim durumunun, sosyal güvence durumunun, tanı uyumunun, kesin tanı durumunun, yatış tanısına ek hastalık olma durumunun, hastaneye yatış sayısının, kronik hastalık durumunun, Ocak, Mayıs ve Haziran aylarında hastaneye yatış durumunun, uygun olmayan yatış üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Hipotez 8.a., 8.b., 8.c., 8.d., 8.e., 8.g., 8.h., 8.i., 8.k., 8.l. reddedilmiştir.
- Ankara dışındaki diğer illerde ikamet eden hastalarda, Ankara’da ikamet edenlere göre 2,470 kat uygun olmayan yatış olasılığı tespit edilmiştir. İkamet yerinin uygun olmayan yatış üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur ($p=0,022$). Hipotez 8.f. kabul edilmiştir.
- Cerrahi poliklinikten yatan hastaların uygun olmayan yatış olasılığının acilden yatanlara göre 35,676 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yatış yapılan yerin uygun olmayan yatış üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisinin olduğu bulunmuştur ($p=0,0001$). Hipotez 8.j. kabul edilmiştir.
- Şubat ayında yatan hastalarda uygun olmayan yatış olasılığı Nisan ayına göre 3,457 kat daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p=0,008$). Mart ayında yatan hastalarda uygun olmayan yatış olasılığı Nisan ayına göre 2,828 kat daha yüksek bulunmuştur ($p=0,025$). Şubat ve Mart ayında hastaneye yatışın uygun olmayan yatış üzerinde anlamlı etkisinin olduğu belirlenmiş, hipotez 8.m. kabul edilmiştir.
- Çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulgularına göre; Ankara dışındaki diğer illerde ikamet eden, hastaneye ilk kez yatan, cerrahi poliklinikten yatışı yapılan ve kliniğe Ocak, Şubat, Mart ve Haziran ayında yatan hastalarda, uygun olmayan yatış olasılığı daha yüksek olarak belirlenmiştir. Uygun olmayan yatış olasılığı açısından çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları, reddedilen 8.a., 8.b., 8.c., 8.d., 8.e., 8.g., 8.h., 8.k., 8.l. hipotezlerini ve kabul edilen 8.f., 8.j., 8.m. hipotezlerini desteklemektedir.
- Tek değişkenli lojistik regresyon analizinde; cinsiyetlerin yaş gruplarının, medeni durumun, öğrenim durumunun, sosyal güvence durumunun, ikamet yerinin, tanı uyumunun, kesin tanı durumunun, hastaneye yatış sayısının, ek hastalık durumunun, kronik hastalık durumunun, Ocak, Mart, Mayıs ve Haziran aylarında hastaneye yatışın uygun olmayan kalış günü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı

bir etkisi bulunmamıştır. Hipotez 9.a., 9.b., 9.c., 9.d., 9.e., 9.f., 9.g., 9.h., 9.i., 9.k., 9.l. reddedilmiştir.

- Cerrahi poliklinikten yatan hastaların uygun olmayan kalış günü olasılığının acilden yatanlara göre 11,255 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yatış yapılan yerin uygun olmayan kalış günü üzerinde anlamlı etkisinin olduğu bulunmuştur ($p=0,0001$). Hipotez 9.j. kabul edilmiştir.
- Şubat ayında yatan hastalarda, uygun olmayan kalış günü olasılığı Nisan ayında yatan hastalara göre 2,411 kat daha yüksek olarak belirlenmiş, Şubat ayında yatış yapılmasının uygun olmayan kalış günü üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur ($p=0,035$). Hipotez 9.m. kabul edilmiştir.
- Çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulgularına göre; sadece yatış yapılan yer değişkeninin uygun olmayan kalış günleri üzerinde etkisinin olduğu belirlenmiştir. Cerrahi poliklinikten yatan hastalarda uygun olmayan kalış günü olasılığı, acil poliklinikten yatan hastalara göre 11,255 kat daha yüksektir ($p=0,0001$). Yatış yeri değişkeni dışında, incelenen diğer değişkenlerin uygun olmayan kalış günlerine anlamlı düzeyde bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Uygun olmayan kalış olasılığı açısından çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları, reddedilen 9.a., 9.b., 9.c., 9.d., 9.e., 9.f., 9.g., 9.h., 9.i., 9.k., 9.l., hipotezlerini ve kabul edilen 9.j. hipotezini desteklemektedir.

5.2. Öneriler

Yapılan araştırmada elde edilen sonuçlar ile ilişkili öneriler aşağıda sıralanmıştır:

- ✓ Yapılan araştırmada, uygun olmayan hastane kullanımının önemli bir seviyede olduğu belirlenmiştir. Uygun olmayan kullanım düzeyinin ve nedenlerinin belirlenmesi amacıyla çeşitli çalışmaların yapılması yararlı olabilir. Uygun olmayan hastane kullanımının önlenmesi amacıyla, Türkiye’de kullanım yönetimi programlarının geliştirilmesi sağlanabilir.
- ✓ Hastaneye uygun yatış nedenleri arasında ilk sırayı, lokal yada genel anestezi altında yapılması planlanan cerrahi ya da özel işlemlerin aldığı bulunmuştur.

Uygun kalış nedenlerinde ilk sırayı, hekim istemiyle günde en az üç kez hemşire tarafından yakın tıbbi gözlem ve takibin aldığı belirlenmiştir. Hastaneye uygun yatış ve kalış nedenlerine paralel olarak, bu hizmetlerin sunulabileceği daha düşük maliyetli alternatif bakım kuruluşlarının (ayakta tedavi hizmetleri, evde bakım ve hemşire bakım evleri gibi) kurulması ve yaygınlaştırılmasının uygun hastane kullanımı açısından yararlı olabileceği söylenebilir. Alternatif bakım kuruluşlarının, hastaneler ve Sosyal Güvenlik Kurumu ile işbirliği içinde çalışmasının sağlanmasının, bu kuruluşlardan yararlanma oranını artıracığı söylenebilir.

- ✓ Hastaların, yapılması planlanan işlemlerden daha önce hastaneye yatırılması (erken yatış) ve taburcu edilmeden izinli olarak hastaneden çıkarılmasının, uygun olmayan hastane kullanımını önemli ölçüde artırdığı bulunmuştur. Buna yönelik olarak, hastalara yapılacak cerrahi işlem gibi tüm tıbbi hizmetlerin programlanmasındaki olumsuzluklarda iyileştirme yapılmasının ve erken dönemde hastane yatışının önüne geçilmesinin uygun olacağı söylenebilir. Ameliyat öncesi hastalara yapılması gereken tetkik ve işlemler ayakta yapılabilir. Hastane yöneticilerinin erken yatış ve izinli olarak hastaneden çıkış konusunda etkili bir kontrol mekanizması geliştirmelerinin, uygun olmayan kullanımı önlemede yararlı olacağı söylenebilir.
- ✓ İkamet yerinin uygun olmayan yatış oranını etkilediği bulunmuştur. İl dışından gelen hastaların konaklama sıkıntısı nedeniyle hastaneye uygunsuz yatışını engellemek amacıyla, hasta ve yakınlarının konaklama ihtiyacını giderecek imkânlar geliştirilebilir, destek kuruluşlar ile bağlantıya geçilebilir.
- ✓ Poliklinikten yapılan yatışlarda uygun olmayan yatış ve kalış olasılığının acilden yatanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Poliklinikten yatış kararı verilirken, yapılması planlanan işlem öncesi gerekli test ve konsültasyonların ayakta yapılmasının uygun olmayan yatış ve kalışı oranını azaltacağı söylenebilir.

- ✓ Geriye dönük kullanım incelemesi yapılırken, tıbbi kayıtların kalitesinin düşük olduğu ve kayıtların bir kısmının eksik olduğu belirlenmiştir. Taburculuk sonrasında hastanın tüm bilgilerine ulaşılacak tek kaynağın hasta dosyası olması nedeniyle, tıbbi kayıtların tam, zamanında ve doğru olarak kaydedilmesinin üzerinde önemle durulması gerekmektedir. Hastane yöneticilerinin belirli aralıklarla tıbbi kayıtları denetlemesi yararlı olabilir. Aynı şekilde hasta dosyalarının muhafaza edildiği arşiv koşullarının iyileştirilmesi ve arşive teslim edilen hasta dosyalarının iç düzeninin standart hale getirilmesi sağlanabilir.
- ✓ Geriye dönük olarak yapılan araştırmada, tıbbi kayıtların yetersiz ve eksik olmasının, araştırmada veri toplama açısından ciddi sıkıntı yarattığı belirlenmiştir. Doğru ve eksiksiz veri toplayabilmek, tıbbi kayıtlar dışında hekim ve hemşirelerden de bilgi alabilmek açısından, ileride yapılacak araştırmaların eşzamanlı inceleme olarak kurgulanmasının faydalı olabileceği söylenebilir.

Araştırma sonuçlarından bağımsız olarak geliştirilen öneriler aşağıda sıralanmıştır:

- ✓ Hastane ya da hekimlerden kaynaklanan uygun olmayan hastane kullanımını azaltmak için, çeşitli yönetsel faaliyetlerin geliştirilebileceği ve kullanım inceleme faaliyetlerinin, hastanelerde kurum politikası olarak yerleşmesinin faydalı olacağı söylenebilir.
- ✓ Kullanım inceleme faaliyetleri sonucunda elde edilen verilerin, hekimlere ve diğer sağlık çalışanlarına geribildirim olarak verilmesinin, uygun olmayan kullanımı önemli ölçüde azalttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Uygun olmayan hastane kullanımı konusunda, başta hastane yöneticileri ve hekimler olmak üzere, tüm sağlık çalışanlarına eğitim yapılması ve uygun olmayan kullanımın sonuçlarına ilişkin geribildirim verilmesi uygun olabilir. Tüm sağlık çalışanlarının, kullanım yönetimi konusunda eğitimlerini takiben, kullanım değerlendirme faaliyetlerine katılımı sağlanabilir.

- ✓ Hastanelerde kurumsal olarak, klinik ve hizmet verilen hasta özelliklerine göre yatış ve kalış uygunluğu kriterleri oluşturabilir. Oluşturulan uygunluk değerlendirme kriterleri, her hastanın dosyasına, örneğin dosyanın ilk bölümüne, kapağına yerleştirilebilir, bu düzenleme ile değerlendirme kriterlerinin uygulanabilirliği ve kaynak kullanımının kontrolünde süreklilik sağlanabileceği söylenebilir.
- ✓ Hastanelerde hastalara verilen tıbbi hizmetlerin uygunluğunu ve kalitesini kontrol etmek, maliyetleri azaltarak verimliliği artırmak amacıyla, başta hastane yöneticileri ve hekimlerin yer aldığı kullanım inceleme komitesi kurulmasının ve bu komitenin belirli dönemlerde komite faaliyetleri konusunda diğer çalışanları bilgilendirmesinin sağlanmasının uygun olacağı söylenebilir.
- ✓ Tanı ve tedavi planlarında standardizasyon sağlanması, hekimler arasındaki uygulama farklılıklarının giderilmesi, hasta bakım kalitesinin artırılması, olası komplikasyonların önlenmesi amacıyla bakım standartları geliştirilmesi de uygun olmayan yatış ve hastanede kalışın azaltılmasında kullanılabilecek öneriler arasında sıralanabilir.
- ✓ Ayakta verilebilecek bakım hizmetlerinin daha etkili kullanılması sağlanabilir ve taburculuk ardından verilmesi gereken tıbbi hizmetler için hastane sonrası bakım kuruluşlarının geliştirilmesi sağlanabilir.
- ✓ Hastaların uygun olmayan hastane günlerine neden olabilen, laboratuvar işlemleri ve diğer tıbbi hizmetlerin programlanmasındaki sorunların belirlenerek çözümlenmesi için çalışmalar yapılmasının uygun olacağı söylenebilir. Taburculuk sürecinde yaşanan sıkıntılar nedeniyle hastaların zamanında taburcu edilememesi riskine karşı, taburcu planlamasının etkin olarak yapılması ve işlemlerin haftanın her günü ve saatinde yapılabilmesinin sağlanmasının önemli bazı sorunları çözebileceği söylenebilir.

ÖZET

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde Yatış ve Kalış Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Araştırmanın amacı, bir eğitim ve araştırma hastanesinin genel cerrahi kliniklerinde yatan hastaların, yatış ve hastanede kalış uygunluğunun değerlendirilmesi ve buna etki eden değişkenlerin belirlenmesidir.

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde 2007 yılının ilk 6 ayında yatan hastalar oluşturmaktadır. Yatan hastalar aylara ve kliniklere göre tabakalandırılmış, tabakalı tesadüfi örnekleme yöntemi ile incelenecek 300 hasta belirlenmiştir. Veri toplama aracı olarak, Türkiye’deki hastanelerde güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olan “Uygunluk Değerlendirme Protokolü” kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde (SPSS 11.5); Mann-Whitney U testi, Student’s t testi, Ki-Kare testi, Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans analizi kullanılmıştır. Uygun olmayan yatış ve uygun olmayan kalış gününe etki eden değişkenlerin belirlenmesi amacıyla, Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi yapılmıştır.

Araştırmada, 300 yatış günü ve 1381 kalış günü incelenmiştir. İncelenen hastaların % 68,0’nın yatışının uygun, % 32,0’nın yatışının uygun olmadığı; toplam kalış günlerinin % 69,7’sinin uygun, % 30,3’ünün uygun olmadığı belirlenmiştir. Yatış uygunluğuna göre ortalama yatış süreleri arasında, kalış uygunluğuna göre ortalama kalış süreleri arasında, yatış uygunluğuna göre kalış günü uygunluk oranları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Yatış uygunluğuna göre; ikamet yeri, kesin tanı, yatış yeri değişkenleri arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Kalış uygunluğuna göre; medeni durum, öğrenim durumu, ikamet yeri, meslek, yatırılan klinik, tanı uyumu, hastane ve kliniğe yatış sayısı, yatış yeri, yatış tanısına ek hastalık, kronik hastalık ve yatış ayı değişkenleri arasında farklılık bulunmuştur. Uygun olmayan yatışa, yatış yeri, ikamet yeri, yatış ayı ve hastaneye yatış sayısı değişkenlerinin; uygun olmayan kalışa yatış yeri ve yatış ayı değişkenlerinin etkisinin olduğu bulunmuştur.

Uygun olmayan yatış ve kalışın önlenmesi için kullanım yönetimi faaliyetlerinin önemi vurgulanmış, yapılabilecek faaliyetler için önerilerde bulunulmuştur. Uygun olmayan hastane kullanımı konusunda, daha fazla sayıda ve ayrıntılı araştırmaların yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kalış uygunluğu, kullanım incelemesi, kullanım yönetimi, uygun olmayan hastane kullanımı, yatış uygunluğu.

SUMMARY

Evaluation of Appropriateness of Admission and Hospital Stay in General Surgery Clinics in the Education and Research Hospital

The objective of the research is to evaluate the appropriateness of admission and hospital stay of patients staying in general surgery clinics in the education and research hospital and to determine the variables affecting those.

The patients who stayed for six months in the general surgery clinics of Health Ministry Ankara Education and Research Hospital in 2007 comprise the universe of this research. The patients have been stratified in respect to months and clinics, and 300 patients were identified for the application of stratified random sampling. "Appropriateness Evaluation Protocol", of which validity and reliability study was conducted in the hospitals in Turkey, was used as a data collection tool. As to the statistical evaluation of data (SPSS 11.5); tests of Mann-Whitney U, Student's t, Chi-Square, and one-way analysis of variance of Kruskal-Wallis were employed. Univariate and Multivariate Logistics Regression Analysis was carried out in order to determine the variables affecting inappropriate admission and inappropriate hospital stay.

300 days of admission and 1381 days of stay were examined in the research. It was ascertained that % 68,0 of patient admissions and % 69,7 of total hospital stays are appropriate while % 32,0 of patient admissions and % 30,3 total hospital stays are inappropriate. Significant difference was detected among the average length of stay in terms of admission appropriateness, among the average stay days in terms of hospital stay appropriateness and among the appropriateness rates of stays in terms of admission appropriateness. And again, significant different was explored among the variables of address, certain diagnosis and admission location in terms of appropriateness of admission. Differences were identified among the variables of marital status, state of education, address, occupation, clinic and diagnosis compatibility, admissions number to hospitals and clinics, admission location, further disease after diagnosis, chronic disease and admission months in terms of appropriateness of stay. It was found out that the variables of admission location, address, admission month and admission number to hospital had affected the inappropriate admission; that the variables of admission location and admission month had affected inappropriate hospital stay.

The importance of utilization management activities for the prevention of inappropriate admission and hospital stay has been emphasized and activities needed to be realized have been proposed. The fact that more and detailed research on inappropriate hospital utilization must be conducted is considered to be beneficial.

Keywords: Appropriateness of hospital stay, utilization review, utilization management, inappropriate hospital utilization, appropriateness of admission.

KAYNAKLAR

- ABRI, S.M., WEST, D.J., SPINELLI, R.J. (2006). Managing Overutilization, Quality of Care and Sustainable Health Care Outcomes in Oman. *Health Care Manager*, **25 (4)**: 348-355.
- AEAH İstatistik Yıllıkları 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008.
- ANGELILLO, I., RICCIARDI, G., NANTE, N., BOCCIA, A., BIANCO, A., LA TORRE, G., VINCI, V., DE GIUSTI, M. (2000). Appropriateness of Hospital Utilization in Italy. *Public Health*, **114**: 9-14.
- ANTON, P., PEIRO, S., ARANAZ, J.M., CALPENA, R., COMPAN, A., LEUTSCHER, E., RUIZ, V. (2007). Effectiveness of a Physician-Oriented Feedback Intervention on Inappropriate Hospital Stays. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **61**: 128-134.
- AŞÇIOĞLU AKHAN, S. (1998). Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Bölümünde Hastaneden Yararlanımın Değerlendirilmesi ve Uygunsuz Hospitalizasyonun Ekonomik Yükünün Araştırılması. Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.
- AŞÇIOĞLU, S., ÜNAL, S. (2006). Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Bölümünde Hastaneden Yararlanım ve Uygunsuz Hospitalizasyonun Ekonomik Yüğü. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, **13 (2)**: 93-100.
- BEYHUN, N.E., ÇİLİNGİROĞLU, N. (2004). Hastalık Maliyeti ve Astım. *Tüberküloz ve Toraks*, **52 (4)**: 386-392.
- BIANCO, A., PILEGGI, C., TRANI, F., ANGELILLO, I.F. (2003). Appropriateness of Admissions and Days of Stay in Pediatric Wards of Italy. *Pediatrics*, **112 (1)**: 124-128.
- BIANCO, A., FORESTA, M.R., GRECO, M.A., TETI, V., ANGELILLO, I.F. (2002). Appropriate and Inappropriate Use of Day-Hospital Care in Italy. *Public Health*, **116**: 368-373.
- BIRMINGHAM, J. (2007). Case Management- Two Regulations With Coexisting Functions (Utilization Review + Discharge Planning = Case Management). *Professional Case Management*, **12 (1)**: 16-24.
- BOLOND, P. (1993). Making Managed Healthcare Work a Practical Guide to Strategies and Solutions. Ed.: P. Bolond, Chapter:1, An Aspen Publication, Maryland, p.: 20-23.

- BUCK, J.A., SILVERMAN, H.A. (1996). Use of Utilization Management Methods in State Medicaid Programs. *Health Care Financing Review*, **17** (4): 77-86.
- CAREY, M.R., SHETH, H., BRAITHWAITE, S. (2005). A Prospective Study of Reasons for Prolonged Hospitalizations on a General Medicine Teaching Service. *Journal of General Internal Medicine*, **20**: 108-115.
- CHOPARD, P., PERNEGER, T.V., GASPOZ, J.M., LOVIS, C., GOUSSET, D., ROUILLARD, C., SARASIN, F.P., UNGER, P.F., WALDVOGEL, F.A., JUNOD, A.F. (1998). Predictors of Inappropriate Hospital Days in a Department of Internal Medicine. *International Journal of Epidemiology*, **27**: 513-519.
- ÇELİK, Y. (2006). Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **9** (1): 19-37.
- DARMODY, J., PAWLAK, R., HOOK, M., SEMENIUK, Y., WESTPHAL, J., MURRAY, M.E., HENRIQUES, J. (2007). Substitution of Hospital Staff in Concurrent Utilization Review. *Journal of Nursing Care Quality*, **22** (3): 239-246.
- DECOSTER, C., ROOS, N.P., CARRIERE, K.C., PETERSON, S. (1997). Inappropriate Hospital Use by Patients Receiving Care for Medical Conditions: Targeting Utilization Review. *Canadian Medical Association Journal*, **157** (7): 889-896.
- DEMİR, C., TEKE, K., FEDAI, T., KENAR, L., BİLGİÇ, H., ŞEN, D. (2002). Investigation of the Correlation Between Inappropriate Hospitalization and Hospital Stay Rate: An Application in Medical Clinics of a Military Hospital. *Military Medicine*, **167** (10): 817-820.
- DEMPSEY, M.J. (2000). The Appropriateness of Admissions and the Influences on a Decision to Admit. *Journal of Quality in Clinical Practice*, **20**: 95-99.
- DEPHILLIPS, H. (2005). Advancing Care Management, From Utilization Review to Evidence-Based Medicine. *Lippincott's Case Management*, **10** (5): 265-267.
- DİZDAR, Ö., KARADAĞ, Ö., KALYONCU, U., KURT, M., ÜLGER, Z., ŞARDAN, Y.Ç., ÜNAL, S. (2007). Appropriate Utilization of Hospital Beds in Internal Medicine: Evaluation in a Tertiary Care Hospital. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, **13**: 408-411.
- EBSTEIN, J., KAPLAN, G., LAVI, B., NOY, S., SHAHAR, I.B., SHAHAF, P., STANGER, V., ROTSTEIN, Z. (2001). A Description of Inappropriate Hospital Stays in Selected In-Patient Services: A Study of Cases Receiving Social Work Services. *Social Work in Health Care*, **32** (4): 43-66.
- ESATOĞLU, A.E. (2007). Hastanelerde Performans Ölçümü. *Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi Türkiye Örneği*. Ed.: H. Ateş, H. Kırılmaz, S. Aydın, Baran Ofset, Ankara, s.: 358-409.

- ESMAIL, A. (2000). Development of the Paediatric Appropriateness Evaluation Protocol for Use in the United Kingdom. *Journal of Public Health Medicine*, **22 (2)**: 224-230.
- ESMAIL, A., QUAYLE, A., ROBERTS, C. (2000). Assessing the Appropriateness of Paediatric Hospital Admissions in the United Kingdom. *Journal of Public Health Medicine*, **22 (2)**: 231-238.
- GUILE, R., LEUX, C., PAILLE, C., LOMBRAIL, P., MORET, L. (2009). Validation of a Tool Assessing Appropriateness of Hospital Days in Rehabilitation Centres. *International Journal for Quality in Health Care*, **21 (3)**: 198-205.
- HOUGHTON, A., BOWLING, A., JONES, I., CLARKE, K. (1996). Appropriateness of Admission and the Last 24 Hours of Hospital Care in Medical Wards in an East London Teaching Group Hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, **8 (6)**: 543-553.
- HWANG, J. (2007). Characteristics of Patient and Healthcare Service Utilization Associated with Inappropriate Hospitalization Days. *Journal of Advanced Nursing*, **60 (6)**: 654-662.
- INGLIS, A.L., COAST, J., GRAY, S.F., PETERS, T.J., FRANKEL, S.J. (1995). Appropriateness of Hospital Utilization: The Validity and Reliability of the Intensity-Severity-Discharge Review System in a United Kingdom Acute Hospital Setting. *Medical Care*, **33 (9)**: 952-957.
- INSTITUTE OF MEDICINE (1989). Controlling Costs and Changing Patient Care? The Role of Utilization Management. National Academy Press, Washington D.C., p.: 36-43.
- KALANT, N., BERLINGUET, M., DIODATI, J.G., DRAGATAKIS, L., MARCOTTE, F. (2000). How Valid are Utilization Review Tools in Assessing Appropriate Use of Acute Care Beds?. *Canadian Medical Association Journal*, **162 (13)**: 1809-1813.
- KAVUNCUBAŞI, Ş. (2000). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi, Ankara, s.: 358-369.
- KAYA, S. (1998). Hastane Kullanımının İncelenmesi ve Yönetimi. *Toplum ve Hekim*, **13 (4)**: 310-317.
- KAYA, S. (2003). Türk Sağlık Sisteminde Kullanım Yönetimi Gerekli midir?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **6 (2)**: 27-42.
- KAYA, S., EROĞLU, K., VURAL, G. (2002). Uygunluk Değerlendirme Protokolü ile İki Hastanedeki Hasta Günlerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim*, **17 (2)**: 136-145.

- KAYA, S., VURAL, G., EROĞLU, K., SAİN, G., MERSİN, H., KARABEYOĞLU, M., SEZER, K., TÜRKKANI, B., RESTUCCIA, J.D. (2000). Liability and Validity of the Appropriateness Evaluation Protocol in Turkey. *International Journal for Quality in Health Care*, **12** (4): 325-329.
- KOIKE, A., KLAP, R., UNUTZER, J. (2000). Utilization Management in a Large Managed Behavioral Health Organization. *Psychiatric Services*, **51** (5): 621-626.
- KONGSTVEDT, P.R. (1996). Managing Basic Medical-Surgical Utilization. *The Managed Health Care Handbook*. Ed.: P.R. Kongstvedt, Chapter: 17, Third Edition, An Apsen Publication, Maryland, p.: 249-273.
- KONGSTVEDT, P.R. (2004). Managed Health Care. *Health Care Administration Planning, Implementing and Managing Organized Delivery Systems*. Ed.: L.F. Wolper, Chapter: 15, Fourth Edition, Jones and Bartlett Publishers, USA, p.: 547-584.
- KÜNVER KENAR, A. (2007). Astım Olgularının Atatürk Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Yatış Süresi ve Yatış Uygunluğu Yönünden İncelenmesi. Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- LESSLER, D.S., WICKIZER, T.M. (2000). The Impact of Utilization Management on Readmissions Among Patients with Cardiovascular Disease. *Health Services Research*, **34** (6): 1315-1329.
- LORENZO, S., BEECH, R., LANG, T., SANTOS-EGGIMANN, B. (1999a). An Experience of Utilization Review in Europe: Sequel to a BIOMED Project. *International Journal for Quality in Health Care*, **11** (1): 13-19.
- LORENZO, S., LANG, T., PASTOR, R., TAMPIERI, A., SANTOS-EGGIMANN, B., SMITH, H., LIBERATI, A., RESTUCCIA, J. (1999b). Reliability Study of the European Appropriateness Evaluation Protocol. *International Journal for Quality in Health Care*, **11** (5): 419-424.
- LOUIS, D., TARONI, F., MELOTTI, R., RABINOWITZ, C., VIZIOLI, M., FIORINI, M., GONNELLA, J. (2008). Increasing Appropriateness of Hospital Admissions in the Emilia-Romagna Region of Italy. *Journal of Health Services Research & Policy*, **13** (4): 202-208.
- MAHARAJ, V., HSU, R., BEADMAN, A. (2005). Preventing Paediatric Admissions for Respiratory Disease: A Qualitative Analysis of the Views of Health Care Professionals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, **12** (5): 515-522.
- MCDONAGH, M.S., SMITH, D.H., GODDARD, M. (2000). Measuring Appropriate Use of Acute Beds: A Systematic Review of Methods and Results. *Health Policy*, **53**: 157-184.

- MERLE, V., GERMAIN, J., CHAMOUNI, P., DAUBERT, H., FROMENT, L., MICHOT, F., TENIERE, P., CZERNICHOW, P. (2000). Assessment of Prolonged Hospital Stay Attributable to Surgical Site Infections Using Appropriateness Evaluation Protocol. *American Journal of Infection Control*, **28 (2)**: 109-115.
- MILSTEIN, A. (1997). Managing Utilization Management: A Purchaser's View. *Health Affairs*, **16 (3)**: 87-90.
- MORGAN, K.S. (1996). Managed Care, Utilization Management and Case Management in the Emergency Department. *Topics in Emergency Medicine*, **18 (4)**: 50-57.
- MURRAY, M.E., HENRIQUES, J.B. (2003). An Exploratory Cost Analysis of Performing Hospital-Based Concurrent Utilization Review. *The American Journal of Managed Care*, **9 (7)**: 512-518.
- NAVARRO, G., PRAT-MARIN, A., ASENJO, M.A., MENACHO, A., TRILLA, A., SALLERAS, L.L. (2001). Review of the Utilisation of a University Hospital in Barcelona (Spain): Evolution 1992-1996. *European Journal of Epidemiology*, **17**: 679-684.
- NELSON, B.D., GARDNER, R.M., HEDRICK, G., GOULD, P. (1994). Computerized Decision Support for Concurrent Utilization Review Using the HELP System. *Journal of the American Medical Informatics Association*, **1 (4)**: 339-352.
- NZHTA (1998). Are Acute Medical Admission Inappropriate?. *Acute Medical Admissions, A Critical Appraisal of the Literature*. Report 6, Section Three, New Zealand, p.: 67-81.
- OECD (2007). OECD in Figures 2007 Edition. Fransa, p.: 8-9.
- OECD, WORLD BANK (2008). Türk Sağlık Sistemi'nin Performansı ve Belirleyicileri. *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*, Bölüm 3, OECD Yayıncılık, Fransa, s.: 49-95.
- PANIS, L.J.G.G., GOOSKENS, M., VERHEGGEN, F.W.S.M., POP, P., PRINS, M.P. (2003). Predictors of Inappropriate Hospital Stay: a Clinical Case Study. *International Journal for Quality in Health Care*, **15 (1)**: 57-65.
- PANIS, L.J.G.G., VERHEGGEN, F.W.S.M., POP, P. (2002). To Stay or not to Stay. The Assessment of Appropriate Hospital Stay: a Dutch Report. *International Journal for Quality in Health Care*, **14 (1)**: 55-67.
- PATEL, K., RUSHEFSKY, M. (2006). Health Care Politics and Policy in America. Third Edition, M.E. Sharpe Publication, Chapter 6, U.S.A.
- PAYNE, S.M.C. (1987). Identifying and Managing Inappropriate Hospital Utilization: A Policy Synthesis. *Health Services Research*, **22 (5)**: 709-769.

- PEKER, S., DEMİR, C., ŞAHİN, B., CANKUL, H.İ., YİĞİT, Ç., ÖZER, M., ŞEN, D. (2004). GATA Eğitim Hastanesinde Yatan Hastaların Tanılarına Göre Gereksiz Kullanımın Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **46 (3)**: 213-218.
- POULOS, C.J., EAGAR, K. (2007). Determining Appropriateness for Rehabilitation or Other Subacute Care: Is There a Role for Utilisation Review?. *Australia and New Zealand Health Policy*, **4 (3)**.
Erişim Adresi: [<http://www.anzhealthpolicy.com/content/pdf/1743-8462-4-3.pdf>].
Erişim Tarihi: 18.10.2009.
- RESTUCCIA, J., SHWARTZ, M., ASH, A., PAYNE, S. (1996). High Hospital Admission Rates and Inappropriate Care. *Health Affairs*, **15 (4)**: 156-163.
- RESTUCCIA, J.D. (1995). The Evolution of Hospital Utilization Review Methods in the United States. *International Journal for Quality in Health Care*, **7 (3)**: 253-260.
- ROWELL, P.A. (2004). Appropriateness of Care: The Case for Changing the Focus of “Quality” Measurement. *Quality Management in Health Care*, **13 (3)**: 178-182.
- SANCHEZ-GARCIA, S., JUAREZ-CEDILLO, T., MOULD-QUEVEDO, J.F., GARCIA-GONZALEZ J.J., CONTREAS-HERNANDEZ, I., ESPINEL-BERMUDEZ, M.C., HERNANDEZ-HERNANDEZ, D.M., GARDUNO-ESPINOSA, J., GARCIA-PENA, C. (2008). The Hospital Appropriateness Evaluation Protocol in Elderly Patients: a Technique to Evaluate Admission and Hospital Stay. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **22 (2)**: 306-313.
- SANGHA, O., SCHNEEWEISS, S., WILDNER, M., COOK, E.F., BRENNAN, T.A., WITTE, J., LIANG, M.H. (2002). Metric Properties of the Appropriateness Evaluation Protocol and Predictors of Inappropriate Hospital Use in Germany: An approach Using Longitudinal Patient Data. *International Journal for Quality in Health Care*, **14 (6)**: 483-492.
- SAQR, H., MIKHAIL, O., LANGABEER, J. (2008). The Financial Impact of the Medicare Prospective Payment System on Long-Term Acute Care Hospitals. *Journal of Health Care Finance*, **35 (1)**: 58-69.
- SARI, N. (2007). Teşhise Dayalı Ödeme Sistemlerinin Sağlık Sektör Reform Tartışmalarına Yansımaları. *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*. Ed.: C. C. Aktan, U. Saran, İdil Matbaacılık, İstanbul, s.: 361-380.
- SARIKAYA, H., ŞAHAN, N. (2008). Hastanelerde Kullanım Yönetimi. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Bildiriler Kitabı. Ed: A.E. Esatoğlu, B. Ak. 22-26 Ekim 2008, Antalya, s.: 305-316.
- SLEE, V.N., SLEE, D.A., SCHMIDT, H.J. (1996). Health Care Terms. Healthy Communities Edition, Tringa Press, Minnesota, USA.

- SMEETS, P., VERHEGGEN, F., POP, P., PANIS, L., CARPAY, J. (2000). Assessing the Necessity of Hospital Stay by Means of the Appropriateness Evaluation Protocol: How Strong is the Evidence to Proceed?. *International Journal for Quality in Health Care*, **12** (6): 483-493.
- SORIA-ALEDO, V., CARRILLO-ALCARAZ, A., CAMPILLO-SOTO, A., FLORES-PASTOR, B., LEAL-LLOPIS, J., FERNANDEZ-MARTIN, M.P., CARRASCO-PRATS, M., AGUAYO-ALBASINI, J.L. (2009). Associated Factors and Cost of Inappropriate Hospital Admissions and Stays in a Second-Level Hospital. *American Journal of Medical Quality*, **24** (4): 321-332.
- SPECTOR, R.A. (2004). Utilization Review and Managed Health Care Liability. *Southern Medical Journal*, **97** (3): 284-286.
- SÜMBÜLOĞLU, K., SÜMBÜLOĞLU, V. (2005). Biyoistatistik. Hatipoğlu Yayınları, 11. Baskı, Ankara, s.: 245-267
- ŞAHİN, B. (2004). Sağlık Kaynaklarının Kullanımında Değişkenlik Sorunu: Neden Yönetemiyoruz? Nasıl Yönetebiliriz?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **7** (2): 201-232.
- TAMAMES, S., RUBIO, A.P., SANZ, J.C., ALVAREZ, M., LUQUERO, F.J., SANZ, S.S., ENCINAR, P.L., PARDO, M.P., GONZALEZ, J.M. (2007). Factors Associated with the Appropriate Use of Preoperative Hospital Stays: Historical Cohort Study. *BMC Health Services Research*, **7** (187).
Erişim Adresi: [<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-187.pdf>].
Erişim Tarihi: 18.10.2009.
- TEKE, A. (2000). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi Cerrahi Kliniklerinde Yatak Kullanım Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- TEKE, A., DEMİR, C., ÖZER, M., UÇAR, M., GÖKÇAY, E. (2005). GATA Eğitim Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Yatak Kullanım Uygunluğunun Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **4** (5): 238-252.
- TEKE, A., DEMİR, C., ŞAHİN, B., ÖZER, M., ŞEN, D. (2004). GATA Eğitim Hastanesi Yetişkin Cerrahi Kliniklerinde Gereksiz Hasta Yatışına ve Kalış Gününe Neden Olan Faktörlerin Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **46** (2): 129-135.
- TEKE, K., KISA, A., DEMİR, C., ERSOY, K. (2004). Appropriateness of Admission and Length of Stay in a Turkish Military Hospital. *Journal of Medical Systems*, **28** (6): 653-663.
- TOKAT, M. (2007). Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı. *Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi*. Ed.: C. C. Aktan, U. Saran, İdil Matbaacılık, İstanbul, s.: 380-397.

- TORAMAN, A.R., BAKIR, B., ÖZER, M., DİNÇER, T. (1999). İnguinal Hernia'lı Vakaların Ortalama Yatış Sürelerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Klinik Bilimler & Doktor*, **5 (2)**: 170-174.
- TRERISE, B., DODEK,P., LEUNG, A., SPINELLI, J.J. (2001). Underutilization of Acute Care Settings in a Tertiary Care Hospital. *International Journal for Quality in Health Care*, **13 (1)**: 27-32.
- TU, J.V. (2000). Utilization review: Can it be improved?. *Canadian Medical Association Journal*, **162 (13)**: 1824-1825.
- UNRUH, L., LUGO, N.R., WHITE, S.V., BYERS, J.F. (2005). Managed Care and Patient Safety: Risks and Opportunities. *Health Care Manager*, **24 (3)**: 245-256.
- WICKIZER, T.M. (1992). The Effects of Utilization Review on Hospital Use and Expenditures: A Covariance Analysis. *Health Services Research*, **27 (1)**: 103-121.
- WICKIZER, T.M. (1995). Controlling Outpatient Medical Equipment Costs Through Utilization Management. *Medical Care*, **33 (4)**: 383-391.
- WICKIZER, T.M., LESSLER, D. (2002). Utilization Management: Issues, Effects and Future Prospects. *Annual Review Public Health*, **23**: 233-254.
- WICKIZER, T.M., FRANKLIN, G., GLUCK, J.V., FULTON-KEHOE, D. (2004). Improving Quality Through Identifying Inappropriate Care: The Use of Guideline-Based Utilization Review Protocols in the Washington State Workers Compensation System. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, **46 (3)**: 198-204.
- WOLFF, N., SCHLESINGER, M. (1998). Risk, Motives and Styles of Utilization Review: A Cross-Condition Comparison. *Social Science & Medicine*, **47 (7)**: 911-926.

EKLER

Ek - 1 Veri Toplama Aracı**HASTA:****ADI SOYADI:****DOSYA NUMARASI:****YATIŞ TARİHİ:****TABURCU TARİHİ:****DOĞUM TARİHİ :****CİNSİYET:** ☐ Kadın☐ Erkek**ÖN TANI:****SON TANI:****KESİN TANI:** ☐ Konulmuş☐ Konulmamış**HASTANIN YATTIĞI KLİNİK:****HASTANIN İKAMET ADRESİ (İL):** ☐ Ankara☐ Diğer**MEDENİ DURUM:** ☐ Evli☐ Bekâr☐ Dul**SOSYAL GÜVENCE:** ☐ Emekli Sandığı☐ Bağ- kur☐ Sosyal Sigortalar Kurumu☐ Yeşil Kart☐ Ücretli

MESLEK:

ÖĞRENİM DURUMU:

YATIŞ SÜRESİ:

YATIŞ SAYISI: (Hastaneye)
(Cerrahi Kliniğe)

YATIŞ YAPILAN YER: ☐ Acil Poliklinik
☐ Cerrahi Poliklinik

YATIŞ TANISINA EK HASTALIK: ☐ Var
☐ Yok

KRONİK HASTALIK: ☐ Yok
☐ Kalp Hastalığı
☐ Diyabet
☐ Hipertansiyon
☐ KOAH
☐ Diğer

YATIŞ YAPILAN AY: ☐ Ocak
☐ Şubat
☐ Mart
☐ Nisan
☐ Mayıs
☐ Haziran

UYGUNLUK DEĞERLENDİRME PROTOKOLÜ

YATIŞ (ADMISSION) DEĞERLENDİRME BÖLÜMÜ		
Klinik Hizmet	Var	Yok
1. IV ilaç/ mayi gerekliliği	☐	☐
2. 24 saat içerisinde, sadece hastane olanaklarıyla ve genel ya da lokal anestezi altında yapılması planlanan cerrahi veya özel işlemler	☐	☐
3. Her 2 saatte bir ya da daha sık vital bulgu izlemi (telemetri, kardiyak monitorizasyon dâhil olabilir)	☐	☐
4. Sürekli gözlem gerektiren kemoterapi uygulaması (toksik reaksiyon gözleme gerekliliği)	☐	☐
5. Yoğun bakım ünitesinde tedavi gerekliliği	☐	☐
6. IM antibiyotik kullanımı (her 8 saatte)	☐	☐
7. İntermittan veya sürekli respiratör gerekliliği (her 8 saatte)	☐	☐
Hastanın Klinik Durumu		
8. Akut gelişen konfüzyon ya da bilinç kaybı	☐	☐
9. Anormal nabız(<50 ya da >140, 5 dk arayla en az 2 kez ölçülmüş)	☐	☐
10. Kan basıncı: sistolik <90 ya da >200mmhg veya diastolik <60 ya da >120mmhg	☐	☐
11. Ciddi elektrolit/ kan gazı anormalliği (Na<123/ >156, K <2.5/ >6.0, arteriyel ph<7.30/ >7.45, Co2<20/ >36)	☐	☐
12. Son 48 saat içinde aniden gelişen görme/işitme kaybı	☐	☐
13. Son 48 saat içinde vücudun bir bölgesinde aniden gelişen hareket kaybı	☐	☐
14. Sürekli ateş (rektal 38.3 ya da oral 37.7< ve >5 gün)	☐	☐
15. Aktif kanama (nedeni bilinmeyen/ durdurulamayan)	☐	☐
16. EKG’de Akut İskemi ve Akut MI şüphesi	☐	☐
17. Akut veya ilerleyici duyusal, motor, dolaşım veya solunum bozukluğu	☐	☐
18. Yara yerinin açılması ya da eviserasyon	☐	☐
YATIŞ: ☐ Uygun ☐ Uygun Değil		

KALIŞ (STAY) DEĞERLENDİRME BÖLÜMÜ

Tıbbi Hizmetler

1. O gün ameliyathanede işlem

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

2. Ertesi gün için, ameliyathanede, operasyon öncesi konsültasyon ya da değerlendirmeyi gerektiren bir işlemin programlanmış olması

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

3. O gün kalp kateterizasyonu

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

4. O gün anjiyografi

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

5. O gün bir iç organın biyopsisi

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

6. O gün torasentez ya da parasentez

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

7. O gün invaziv, tanısal amaçlı santral sinir sistemi işlemleri (örneğin lumbal ponksiyon, sisternal tap, ventriküler tap, pneumaensefalografi)

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

8. Diyet süresince sıkı diyet kontrolünü gerektiren herhangi bir test

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

9. Direkt tıbbi denetim altında sık sık doz ayarlamalarını gerektiren yeni ya da deneysel tedavi

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

10. Günde en az üç kez Dr. tarafından yakın tıbbi gözlem ve takip (gözlemler kaydedilmiş olmalıdır)

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

11. Yukarıda 1 ya da 3-7 arasındaki maddelerde kapsanan herhangi bir işlem için, işlem sonrası gün

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

Hemşirelik/Yaşam Destekleyici Hizmetler

12. Solunumla ilgili bakım - en az 3 kez aralıklı ya da sürekli respiratör kullanımı ve/veya inhalasyon tedavisi (göğüs fizyoterapisi, intermittan pozitif basınçlı solunum aygıtı ile)

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

13. Parenteral tedavi- aralıklı ya da sürekli damardan sıvı tedavisi, elektrolitler, protein, ilaçlar gibi herhangi bir ekleme ile

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

14. Yaşam belirtilerinin sürekli gözlem ve takibi- en az 4 saat boyunca, en azından 30 dk da bir

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

15. Günde en az 2 kez IM ve subcutan enjeksiyonlar

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

16. Aldığı ve çıkardığının ölçülmesi

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

17. Büyük cerrahi yara ve drenaj bakımı (göğüs tüpleri, T tüpleri, hemovaklar, Penroz drenler)

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

18. Hekimin verdiği ordere göre, günde en az 3 kez hemşire tarafından yakın tıbbi gözlem ve takip

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

Hastanın Durumuyla İlgili Faktörler

İncelenen Günden Önceki 24 Saat İçinde;

19. Son 24 saat içinde, nörolojik bozukluğa bağlanamayan idrar yapamama ya da gaita çıkaramama

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

20. İncelenen günden önceki 48 saat içinde kan kaybı nedeniyle transfüzyon

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

21. Progresinde (kayıtlarında) ya da EKG raporunda belirtilen, ventriküler fibrilasyon ya da akut iskemi bulguları

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

22. Hasta ateş dışında bir nedenle hastaneye yatırıldıysa, rektal olarak en az 38,3 derece (oral olarak en az 37.7 derece, koltukaltı en az 37.3 derece) ateş

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

23. En az bir saat boyunca koma- uyaranlara cevap vermeme

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

24. Alkol yoksunluğuna bağlı olmayan akut konfüzyon durumu

1□ 2□ 3□ 4□ 5□ 6□ 7□ 8□ 9□ 10□ 11□ 12□ 13□ 14□ 15□ 16□ 17□ 18□ 19□ 20□ 21□ 22□ 23□

25. Belirti ve semptomlar veren akut hematolojik bozukluklar, önemli nötropeni, anemi, trombositopeni, lökositoz, eritrositoz ya da trombositoz

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐

26. Progresif akut nörolojik bozukluklar (incelenen günden önceki 14 gün içinde)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐

27. Belirlenmiş yeni akut myokard enfarktüs ya da serebrovasküler olay (felç) olması

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐

Uygun Kalış Günleri:

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐

Uygun Olmayan Kalış Günleri:

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐

Ek - 2 Araştırma İçin Gerekli İzin Belgeleri

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.10.0.THG.0.10.00.02.251-19 — 47723
Konu : Tez Çalışması

19.12.2008

ANKARA VALİLİĞİNE
(İl Sağlık Müdürlüğü)

İlgi: 04.12.2008 tarih ve 44876 sayılı yazınız.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Hatice SARIKAYA'nın "Cerrahi Kliniklerde Yatış ve Kalış Uygunluğunun Değerlendirilmesi" konulu araştırmayı iliniz Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi için gerekli iznin verilmesi talep edilen ilgede kayıtlı yazınız incelenmiştir.

Yapılacak çalışmanın sonucundan bir suretinin Bakanlığımıza gönderilmesi ve Bakanlığımızın bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Genel Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Doç. Dr. İrfan ŞENCAN
Bakan
Genel Müdür V.

ANKARA VILAYETİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
23.12.2008*053078
NO

Mithatpaşa Cad. No:3 (B) Blok 2.Kat Sıhhiye/ANKARA

Tel: (0312) 585 15 86 Faks: 0 312 585-15 65 / 0 312 585 15 66 Not : Cevabi yazılarınızda yazımın tarih ve sayısı ile dosya numaralarını belirtiniz.

uygun yorumlar
yazısı yazılacak

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

046508 23.12.2008

Sayı : B.10.4.ISM.4.06.00.09-773.99

Konu : Araştırma İzni

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Hatice SARIKAYA' nın, ekte örneği bulunan "Cerrahi Kliniklerde Yatış ve Kalış Uygunluğunun Değerlendirilmesi" konulu anket uygulamasını, İlimiz Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi ile ilgili Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü' nün 19.12.2008 tarih ve 47723 sayılı yazısı ekte gönderilmiştir.

Gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Dr. S. Rahmi ACAR
Vali a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK : Yazı Örneği (8 sayfa)

DAĞITIM :

Gereği :

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bilgi :

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hatice Arslan
Sağlık
Müdür Yardımcısı

EVRAK KAYIT
24 Aralık 2008
Sayı: 15062

Eğitim Şube Müdürlüğü
Bağdat Cad. No : 16 Macunköy-Yenimahalle-Ankara
Tel : 0 312 385 97 00 / 11 21-- 11 23 - 11 24 - 1396 - 1400

Ayrıntılı bilgi için irtibat : R. DOĞAN Dah. Tel 13 96

Faks : 0 312 385 97 00 / 13 97

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı : Hatice SARIKAYA
Doğum yeri ve tarihi : Kaman, 1981
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Bekâr
İletişim adresi : Piyade Mah. İstasyon Cad. 185-1 Kardelen
Apt. Daire:4 Etimesgut/Ankara
e-posta : haticesrky@yahoo.com

II- Eğitim

2007-... Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi
Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı
ANKARA
1999-2004 Ankara Üniversitesi Cebeci Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Lisans
Programı ANKARA
1995-1999 Kırşehir Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümü KIRŞEHİR
1992-1995 Prof. Dr. Erol Güngör İlköğretim Okulu KIRŞEHİR
1987-1992 Yavuz Sultan Selim İlkokulu KAMAN/KIRŞEHİR

Yabancı Dil: İngilizce (İleri Düzeyde)

III- Mesleki Deneyim

05.01.2005-... Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı
Eğitim ve Araştırma Hastanesi – Başhemşirelik
biriminde Süpervizör Hemşire olarak görevli
12.10.2001-05.01.2005 Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı
Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Doğum Ünitesi ve
Doğum Özel Servisi'nde Klinik Hemşiresi olarak
görevli

08.02.2001-11.10.2001 Kırşehir Devlet Hastanesi - Çocuk Servisi'nde Klinik Hemşiresi olarak görevli

IV- Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar

Türk Ebeler Derneği (2006)

Sağlık ve Sosyal Politika Araştırma ve Eğitim Merkezi Derneği (2008)

V- Sertifikalı Eğitimler

- 22-26.10.2008 “Tanı İlişkili Grup Maliyetleri” Eğitimi
Düzenleyen: Sağlık İdarecileri Derneği, Uluslararası Katılımlı Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. ANTALYA
- 22-26.10.2008 “Sağlıkta Güncel Sorunlar, Veri Madenciliğine Dayalı Çözüm Önerileri ve Örnek Uygulamalar” Eğitimi
Düzenleyen: Sağlık İdarecileri Derneği, Uluslararası Katılımlı Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. ANTALYA
- 16-18.06.2008 “Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitimi”
Düzenleyen: Türk Standartları Enstitüsü (TSE) Personel ve Sistem Belgelendirme Merkezi. ANKARA
- 11.03.08-30.08.2008 “Temel Yönetim Becerileri” Eğitimi
Düzenleyen: T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Uzaktan Eğitim Programı. ANKARA

VI- Bilimsel Yayınlar

SARIKAYA, H. (2009). Liderlik ve Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. Sağlıkla Dergisi, Sayı:15 (Haziran), s.: 20-23.

SARIKAYA, H., ŞAHAN, N. (2008). Hastanelerde Kullanım Yönetimi. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Bildiriler Kitabı. Ed: A.E. Esatoğlu, B. Ak. 22-26 Ekim 2008, Antalya. s.: 305-316. (Sözlü Bildiri)

VII- Bilimsel Etkinlikler

- 22-26.10.2008 Uluslararası Katılımlı Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi
Düzenleyen: Sağlık İdarecileri Derneği. ANTALYA
- 19.10.2007 Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık-2007, 5. Ulusal Sempozyumu
Düzenleyen: TÜBİTAK, ULAKBİM Türk Tıp Dizini Kurulu. Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık-2007 5. Ulusal Sempozyumu. ANKARA
- 15-19.11.2006 Uluslararası Sağlıkta Kalite Akreditasyon Performans Yönetimi Kongresi
Düzenleyen: Kamu Araştırmaları Vakfı ve Sağlıkta Kalite Derneği, Uluslar arası Sağlıkta Kalite Akreditasyon Performans Yönetimi Kongresi. ANTALYA
- Mayıs 2006 Sağlık Sistemlerinde Akreditasyon Standartları Paneli
Düzenleyen: Hasta Yakınları Derneği. ANKARA
- Mayıs 2006 Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Yönetimi Paneli
Düzenleyen: Ankara İl Sağlık Müdürlüğü. ANKARA
- Mart 2006 H.Ü. Akreditasyon Uygulamaları Paneli
Düzenleyen: Hacettepe Üniversitesi, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü. ANKARA
- Mayıs 2005 Kamu Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Sempozyumu
Düzenleyen: KALDER. ANKARA

VIII- Diğer Bilgiler

27.04.2009 tarihinde, Sağlık Bakanlığı Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, servis sorumlu hemşirelerine yönelik olarak düzenlenen Yönetim Becerileri Eğitim Programında,"Delegasyon Süreci ve Yönetimi" konulu sunum.

Bilgisayar Bilgisi: Microsoft Office Uygulamaları (Word, Excel, Power Point)
Temel Düzeyde SPSS
Yeterli düzeyde internet kullanımı