

44200

T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ GEVHER NESİBE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ İÇ HASTALIKLARI SERVİSİNE 1992 YILINDA YATAN
HASTALARIN EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ VE VERİLEN
KLİNİK HİZMETİN DEĞERLENDİRİLMESİ

HALK SAĞLIĞI PROGRAMI
BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

Kadriye AYDEMİR

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mualla AYKUT

KAYSERİ - 1995

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM BAKANLIĞI
DOKÜMANİZASYON VE ARŞİVİZASYON GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TABLO LİSTESİ	iii
I. GİRİŞ VE AMAÇ	1
II. GENEL BİLGİLER	4
III. MATERYAL VE METOD.....	25
IV. BULGULAR VE TARTIŞMA	27
V. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
VI. ÖZET.....	63
VII. SUMMARY	65
VIII. KAYNAKLAR	67
EK (ANKET FORMU)	69

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1 : Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı (1992)	14
Tablo 2 : Araştırma Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı	27
Tablo 3 : Araştırma Grubundaki Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı	28
Tablo 4 : Araştırma Grubundaki Hastaların Meslek Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı	29
Tablo 5 : Araştırma Grubundaki Hastaların Sigara İçme Durumlarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı	30
Tablo 6 : Araştırma Grubundaki Hastaların Alkol Kullanma Durumuna Göre Dağılımı	30
Tablo 7 : Araştırma Grubundaki Hastaların Geliş Yerlerine Göre Dağılımı	31
Tablo 8 : Araştırma Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına ve Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı	32
Tablo 9 : Araştırma Grubundaki Hastaların Servise Geliş Şekline Göre Dağılımı ..	33
Tablo 10 : Araştırma Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına ve Yatış Yerine Göre Dağılımı	34
Tablo 11 : Araştırma Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına ve Yatış Sayılarına Göre Dağılımı	35
Tablo 12 : Araştırma Grubundaki Hastaların Özgeçmişindeki Bilgilere Göre Dağılımı	36
Tablo 13 : Araştırma Grubundaki Hastaların Soygeçmişinde Mevcut Olan Hastalıklara Göre Dağılımı	36
Tablo 14 : Araştırma Grubundaki Hastaların Özgeçmişinde Mevcut Olan Hastalıklara Göre Dağılımı	37
Tablo 15 : Araştırma Grubundaki Hastaların Yapılan Radyolojik Tetkiklere Göre Dağılımı ve Hasta Başına Düşen Ortalama Radyolojik Tetkik Sayısı	38
Tablo 16 : Araştırma Grubundaki Hastaların Yapılan Patolojik Tetkiklere Göre Dağılımı	39
Tablo 17 : Araştırma Grubundaki Hastaların Yapılan Tetkiklere Göre Dağılımı	39
Tablo 18 : Araştırma Grubundaki Hastaların Yapılan Özel Tetkiklere Göre Dağılımı	40
Tablo 19 : Araştırma Grubundaki Hastaların Yapılan Özel Müdahalelere Göre Dağılımı	41

Tablo 20 : Araştırma Grubundaki Hastaların Hastanede Yatış Sürelerine Göre Dağılı- lımı	41
Tablo 21 : Araştırma Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına ve Yatış Sürelerine Göre Dağılımları	42
Tablo 22 : Araştırma Grubundaki Hastaların Geliş Yerlerine ve Hastanede Yatış Sürelerine Göre Dağılımları	43
Tablo 23 : Araştırma Grubundaki Hastaların Sosyal Güvence Durumlarına ve Has- tanede Yatış Sürelerine Göre Dağılımları	44
Tablo 24 : Araştırma Grubundaki Hastalara Konulan Tanılara Göre Dağılımları	45
Tablo 25 : Araştırma Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına ve Konulan Tanılara Göre Yüzde Dağılımları	46
Tablo 26 : Araştırma Grubundaki Hastaların Meslek Gruplarına ve Konulan Tanıla- ra Göre Yüzde Dağılımları	47
Tablo 27 : Araştırma Grubundaki Hastaların Sigara İçme Durumuna ve Konulan Tanılara Göre Yüzde Dağılımları	48
Tablo 28 : Araştırma Grubundaki Hastaların Geliş Yerlerine ve Konulan Tanılara Göre Yüzde Dağılımları	49
Tablo 29 : Araştırma Grubundaki Hastaların Yatış Sayısına ve Konulan Tanılara Göre Yüzde Dağılımları	50
Tablo 30 : Araştırma Grubundaki Hastalara Konulan Tanılara ve Konsültasyon İste- me Sayısına Göre Dağılımları	51
Tablo 31 : Araştırma Grubundaki Hastalara İstenen Konsültasyonların Servislere Göre Dağılımları	52
Tablo 32 : Araştırma Grubundaki Hastalara Uygulanan Tedavi Şekillerine Göre Da- đılımları	52
Tablo 33 : Araştırma Grubundaki Hastaların Kontrole ağırılma Durumunun Dağılı- mı	53
Tablo 34 : Araştırma Grubundaki Hastaların Uygulanan Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımları	54
Tablo 35 : Araştırma Grubundaki Hastaların Cinsiyetlerine ve Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımları	55
Tablo 36 : Araştırma Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına ve Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımları	56
Tablo 37 : Araştırma Grubundaki Hastalara Konulan Tanılara ve Tedavi Sonuçları - na Göre Yüzde Dağılımları	57
Tablo 38 : Araştırma Grubundaki Hastaların Tedavi Masraflarına Göre Dağılımları (1992 fiyatlarına göre)	58
Tablo 39 : Araştırma Grubundaki Hastaların Sosyal Güvence Durumuna ve Tedavi Masraflarına Göre Dağılımları	59

I. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık, insanın ruh, beden ve sosyal durumu bakımından "*tam bir iyilik durumunda bulunması*" halidir. Sağlıklı yaşamak, en iyi sağlık seviyesine kavuşmak, insanın temel haklarından biridir (16).

İnsan için sağlığın kaybı söz konusu olduğunda varlığına ihtiyaç duyulan ilk yer bir sağlık kuruluşu ve sağlık personelidir. Sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir. Sağlık hizmeti, insan sağlığına zarar veren çeşitli etkenlerin yok edilmesi, hastalıkların tanısı için hasta muayenesi, sağlıklı olabilmek için sağlam kişilerin de muayenesi ve gerektiğinde tedavisi, bedensel, akılsal yetenekler azalanların bu yeteneklerine kavuşabilmeleri için gösterilen tıbbi bakım gibi çabaların tümüdür (26).

Kişiler her şeyden önce hastalıktan, sakatlıktan, sağlıksız olmaktan korunmalıdır. Birinci basamak ya da primer sağlık hizmeti veren sağlık ocakları ekip halinde koruyucu hekimlik hizmetleri ile evde ayakta hasta tedavi hizmetleri vermektedir. Hastalık durumunda ise erken tanıya gidilerek tedavi hizmeti veren hastaneler ikinci

basamak ya da sekonder sağlık hizmeti vermekte, geç kalınmiş durumlarda kişiler, topluma yeniden kazandırmak için uüncü basamak, ya da rehabilitasyon hizmeti veren, daha kapsamlı Üniversite hastaneleri gibi kuruluşlar sağlık hizmeti vermektedirler.

Gelişmiş ölkelerde birinci basamak hasta bakımının yeterli düzeyde olmasına rağmen, gelişmekte ve az gelişmiş ölkelerde yeterli birinci basamak hizmeti olmadığı gibi ikinci basamak hizmetleri de gerektiği gibi yerine getirilememektedir.

Günümüzde hastanelere olan talebin giderek artması, tıp uygulamalarında bir ekip hizmetinin doğmuş olması ve sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin çok yüksek düzeylere ulaşması, zamanla hastane faaliyetlerinde düzen, intizam ve yöntem sağlamak gerekliliğini doğurmuş, hastane hizmetlerinde verimliliği ve etkinliği artırmak, kaliteli sağlık hizmetinin sunulması zorunluluğunu getirmiştir.

Ölkede sağlık alanında daha kaliteli ve verimli sağlık hizmeti verebilmek, hizmetin örgütlenme, yürütme ve yeniden düzenleme aşamalarının uygun biçimde planlanmasına bağlıdır. Bunları yaparken de, mevcut olan durumları değerlendirmek amacıyla, kayıtlardan ve araştırmalardan yararlanmak gerekmektedir.

Sağlık hizmeti sunan kişi ve kuruluşların sağlık kayıtlarının tüm bilgileri kapsamaması, doğru ve eksiksiz tutulup saklanması durumun değerlendirilmesinde çok önemlidir. Bu kayıtlar ilgili konularda araştırma yapanlar için de iyi bir veri kaynağıdır.

Sağlık ve hastalık için bilimsel ve yönetsel yönden gerekli bilgiler, Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan saha araştırmalarından, istatistik yıllıklarından, hastane kayıtlarından, diğer istatistik kurumlarının raporlarından ve özel kuruluşların sağlık konularında yaptıkları araştırma sonuçlarından elde etmek mümkündür.

Bu kaynaklardan yararlanılarak, Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi İç Hastalıkları servisinde 1992 yılında yatan hastaların;

• Epidemiyolojik özelliklerini ve bu hastalara verilen klinik hizmetleri değerlendirmek,

- Bu bilgilerden yararlanarak hastane hizmetlerinin planlanmasında yardımcı olmak,
- Bu konularda araştırma yapanlara kaynak oluşturmak amacıyla bu araştırma planlanmıştır.



II. GENEL BİLGİLER

HASTALIK VE SAĞLIK KAVRAMLARI

Evrenin başlangıcında insan, doğada varlığını korumak, bugünkü deyimle, sağlığını korumak için doğa kuvvetleri ile karşılaşmış soğuk, sıcak, fırtına, yağmur, kar, sel vb. ile çarpışmıştır. Zeka melekeleri geliştikçe teknolojide ilerlemeler olmuş, uygarlık gelişmiş, eski sosyal yapı değişmiş ve insan denen varlık kendi sağlığını korumak için bu kez de kendi yarattığı uygarlığın neden olduğu zararlardan, tehlikelerden korunmak için uğraşa başlamıştır (25).

Kişileri tüm olarak sağlıklı ya da hasta olarak tanımlamak çoğu kez zordur. Bunu ayıran kesin bir çizginin varlığından söz edilemez. (29).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığın önem ve değerine değinen, hastalık ve sağlık kavramlarının tanımını yapmış ve bunlar tüm dünya ülkeleri tarafından benimsenmiştir (25).

Sağlık, insanın ruh, beden ve sosyal durumu bakımından tam bir iyilik duru-

munda bulunması halidir. Dünya Sağlık Örgütü, hastalığı "*Organizmanın yaralanması, ya da çeşitli nedenlerle homeostatik dengenin bozulması olup beraberinde fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları getiren bir durum*" olarak tanımlamıştır (24).

Sağlık ve hastalık kavramlarının iç içe geçmiş ve sağlıklı olma tanımındaki öğelerin kapsamlarının geniş, kişiye, topluma ve zamana göre değişmekte olması, sağlık hizmetlerinin bu özellikleri taşıması sonucunu doğurmaktadır (29).

Kişilerin sağlıklı olması, toplumun sağlıklı olmasının başta gelen etkenidir. Toplumun sağlıklı olmasını sağlamak ve sağlık seviyesini yükseltmek için pek çok risk faktörlerinden uzaklaştırılması şeklinde, etkili sağlık önlemlerinin alınması gerekir. Bu nedenledir ki, insanı çevresi ile bir bütün olarak ele almak zorunludur (24).

Sağlığı etkileyen faktörleri bireysel ve çevresel olarak iki başlık altında toplamak mümkündür (24):

a. Bireysel Faktörler

Hastalığa neden olan genetik ve metabolik bozukluklardır. Yine yaş, cinsiyet, ırk, zeka, kişisel özellikler, fiziksel büyüme, gelişme, alışkanlıklar, psikolojik yapı gibi etkenler bireysel faktörlere etki eder.

b. Çevresel Faktörler

Sağlığı etkileyen çevresel faktörler 5 grupta toplanabilir (24):

- Fiziksel Faktörler
- Kimyasal Faktörler
- Canlılar
- Besin maddeleri
- Sosyal ve kültürel çevre.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Sağlık hizmetleri yöneldiği hedeflere göre 3 gruba ayrılır (26):

- Koruyucu sağlık hizmetleri,
- Tedavi edici sağlık hizmetleri,
- Rehabilitasyon hizmetleri.

• Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişileri hastalıklardan, kazalardan koruyan hizmettir. Bu hizmetler kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki gruba ayrılır (26):

Kişiyeye Yönelik Sağlık Hizmetleri

- Bağışıklama
- Erken tanı
- Beslenmenin düzeltilmesi
- Aile planlaması
- Sağlık eğitim
- Kemo seroproflaksi.

Çevreyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- Yeterli ve temiz içme ve kullanma suyu sağlanması
- İnsan dışkı ve idrarının sağlık koşullarına uygun olarak yok edilmesi
- Vektör denetimi
- Barınak hijyeni
- Besin hijyeni
- Doğanın ve çevrenin korunması

- Atıkların yok edilmesi
- Çevre ve hava kirlenmesi ile mücadele
- İyonize ışıklardan, radyasyondan korunma.

• **Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Hastaların muayene ve tedavisinden oluşan sağlık hizmetidir. Tıbbi bakım hizmetleri açısından, gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler arasındaki önemli fark, gelişmiş ülkelerde, hastane dışı muayene ve tedavi hizmetlerinin yeterli bir düzeyde olmasıdır. Az gelişmiş ülkelerde, hastane ve konsültasyon servislerinin yetersizliği bir yana, hastane dışı muayene ve tedavi olanakları da yeterli olmadığından, hastaneler hastaneye gelecek kadar önemli olmayan olguların artırdığı iş yükü nedeniyle yapabilecekleri hizmeti de yapamayacak bir duruma düşmektedirler. Ülkemizin durumu da sistemsizlik yönünden aşağı yukarı az gelişmiş ülkelerdeki gibidir.

Tıbbi bakım, hastaların ya ayakta ve evde, ya da hastaneye yatırılarak tedavisi şeklinde yapılır. Bunlardan birincisine hastane dışı, ikincisine de hastanede tıbbi bakım denilmektedir (6).

a. Hastane Dışı Tıbbi Bakım Hizmetleri

Hastane dışı bakım hizmetleri her ülkede değişik şekildedir. Kişi hastalandığında bir pratisyen ya da tek başına çalışan hekime başvurabilir. Hekimler özel muayenehane veya hastane polikliniğinde çalışabilir. Bu tip hekimler batı ülkelerinde genellikle belirli kişilerin hekimidirler ve kişiler hastalandıkları zaman önce bu hekime başvururlar.

Gelişmiş ülkelerde kişiler, kendi aile hekimi ya da en azından bir hekim seçme ve hastalandıkları zaman o hekime başvurma eğilimindedirler (9).

İsveç, Finlandiya ve Avusturya ile sosyalist ülkelerde, hastane dışı tıbbi bakım hizmetlerinde, sağlık merkezlerine ve hastane polikliniklerine ağırlık verilmiştir (9).

b. Hastanelerde Tıbbi Bakım Hizmetleri

Avrupa ülkelerinde hastanelere, acil vakalar dışında genellikle ilk basamak hekimler tarafından gönderilen hastalar yatırılır. Kimi ülkelerde görevli olmayan hekimler de hastalarını, hastanelerde tedavi edebilirler. Hastane hekimleri tam ya da yarı süre çalışır ve belirli aylık ve ek çalışma ücreti alırlar (9).

Ülkemizde toplam hastane sayısı 970 olup, hastanelerde poliklinik hizmetleri ve yatan hastalara tıbbi bakım hizmetleri verilmektedir (19).

Gelişmiş ülkelerde bugün, hastane hizmetlerinde etkinlik ve verimliliğin elde edilmesinde ve topluma kaliteli sağlık hizmetinin sunulmasında en önemli etkenlerden biri; hastanelerde modern yönetim ilke ve yöntemlerine yer verilmesi ve hastanelerde kurulan başarılı örgüt yapılarının varlığıdır (21).

Kişilerin hastalık şikayetleri başladıktan sonra ilk başvuracakları kuruluş, sağlık ocakları, dispanserler, ana-çocuk sağlığı merkezleridir. Bu tedavi hizmetleri *birinci basamak tedavi hizmetleri'* dir. Eğer sorun birinci basamakta giderilemeyen bir durum ise hastaneye sevk edilir. Hastanelerde yapılan tedavi hizmetleri *ikinci basamak tedavi hizmetleri'* dir. Hastaneye yatırılan hastalar orada tedavi edilemeyecek durumda ise daha yüksek teknoloji, daha geniş ve nitelikli ekibin bulunduğu hastanelere sevk edilir. Bu hastaneler Üniversite ya da özel dal hastaneleridir ki, bu da *üçüncü basamak tedavi hizmetleri'* ni kapsar (16).

Ülkemizde birinci basamak tedavi hizmetleri yeterince yürütülememektedir. Türkiye çapındaki sağlık hizmeti taleplerinin % 79.0'u ikinci ve üçüncü basamakta karşılanmaktadır (5).

Birinci basamağın beklenen şekilde kullanılmaması, halkın sağlık ocaklarında

verilen yetersiz ve eksik hizmetleri, aynı zamanda verilen hizmet ve kişilere güvensizlikten kaynaklanmaktadır (17). Aslında sağlık ocaklarına başvuran vakaların yaklaşık % 95'inin tanı ve tedavilerinin yapılabilirdiğini bilinmesine rağmen, bu başvuruların büyük bir kısmının birinci basamağı atlayarak üçüncü basamağa başvurulduğu görülmektedir (14).

Kayseri'de yapılan bir çalışmada nüfusa göre başvuru oranı birinci basamakta % 40.9, ikinci basamakta % 89.0 ve üçüncü basamakta % 12.6 olduğu saptanmıştır. Kayseri ilindeki 10.000 kişide hastaneye yatış oranı yaklaşık 605'dir. Türkiye genelinde ise bu rakam 1989 yılında 560'dır (6).

Gelişmiş ülkelerde 10.000 kişide hastaneye yatış oranı Türkiye ile kıyaslandığında, daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumu daha iyi bir seviyeye getirebilmek için koruyucu hekimlik hizmetleri başta olmak üzere; hizmetin etkinliğinin artırılması, kaynakların genişletilmesi, bütçenin sağlık alanında yeterli olması, sağlık eğitimi gibi konuların üzerinde durulması atılan adımların başında gelecektir (5).

Rehabilitasyon Hizmetleri

Sakatlanan ve işgücünü kaybeden kişilere yapılan sağlık hizmetini kapsar. Bunlar, tıbbi rehabilitasyon, sosyal rehabilitasyon çalışmaları olmak üzere hizmet vermektedir. Bu hizmetler hekim, fizyoterapist, hemşire, sosyal çalışmacı, öğretmen gibi meslek sahipleri tarafından yürütülür (24).

SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE ÖRGÜTLENMESİ

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ve Dünya Sağlık Teşkilatı anayasası, "*İrk, din, politika, inanç ve ekonomik güç ayrıcalığı olmaksızın*" herkesin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını bir insan hakkı olarak tanımlamaktadır (30).

Ülkeler, sağlık konusunu ve konu ile ilgili sorunları geniş kapsamlı olarak, evrensel boyutlarda düşünerek örgütlenmişlerdir. Bu kuruluşlar insanın, günümüzde yaşadığı çevresi ile birlikte sağlıklı olma ve geleceği sağlıklı kılmayı temel ilke kabul edip, görüş birliği yapmıştır (9).

Sağlık hizmeti geniş kapsamlı olarak şöyle tanımlanır; *"İnsan sağlığına zarar veren değişik ve çok çeşitli etkenlerin yok edilebilmesi, hastalıklara tanı konulması için hasta muayenesi ve gerektiğinde tedavi, bedensel, akılsal yeteneklerin kaybolma ve azalma durumunda bu yeteneklere yeniden kavuşturma konusunda tıbbi bakım çalışmalarının tümüne "sağlık hizmeti" denilmektedir (26).*

Sağlık hizmeti verirken o toplumun yapısının, yapısal örgütlenmesinin iyi bilinmesi gerekmektedir. Ülkeler, sağlık konusunu ve konu ile ilgili sorunları, geniş kapsamlı olarak, evrensel boyutlarda düşünülerek örgütlenmişlerdir (26).

Sağlık hizmetinin başarılı olabilmesi için, örgütlenmek birçok temel ilkelerin gözönüne alınması gerekir. Bu ilkeler çağdaş sağlık hizmetleri ilkelerini kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleriyle tıbbi bakım hizmetlerinin birarada yürütülmesi özellikle az gelişmiş ülkeler için önemli ve zorunludur. Ancak bu ülkelerde örgütlenmede en önemli sorun, sağlık personeli, özellikle de; hekim, ebe ve hemşire eksikliğidir (12).

Sağlıkla ilgili olarak 12 Eylül 1978 yılında Alma Ata'da; *Temel Sağlık Hizmetleri* konulu Uluslararası Kongre'de 2000 yılında *"Herkes İçin Sağlık"* hedefine ulaşmak amaçlanmıştır (12).

Dünya nüfusunun yaklaşık % 79'u gelişmekte, % 21'i gelişmiş ülkelere aittir. Bu durum 2000 yılında *Herkes İçin Sağlık* konusunun ciddiyetine ve zorluğunu anlatmaktadır (25).

Sağlıklı olmanın bir hak olarak kabullenilmesi, sağlık planlayıcıları ve halk sağlığı çalışanlarını, sağlık hizmetlerini toplumun her kesimine aynı düzeyde ve etkinlikte götürme sorumluluğu ile yükümlü kılmıştır (6).

Konferansta gelişmekte olan ÷lkelerde yaşayan milyonlarca insanın sağlık durumlarının iyi olmadığı ve dñnya nñfusunun yarısından fazlasının iyi ve uygun sağlık hizmetinden yoksun olduğu bildirilmiştir (12). Yine toplantıda sağlık kaynaklarının daha eşit ve uygun biçimde dağılımı ve sosyo-ekonomik yñnden daha verimli bir yaşam sağlayarak, tñm ÷lkelerin istenilen sağlık dñzeyine erişmeleri için temel sağlık hizmetlerinin gerekliliği de tartışmasız kabul edilmiştir.

TÜRKİYE'DE SAğLIK HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENME MODELLERİ

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin örgütlenme modelleri gntmze kadar çeşitli aşamalardan geçmiştir. Osmanlı İmparatorluğu'nda, serbest çalışan hekim ve cerrahlar ile "*Dar-ıř şifa*" denilen hastanelerin hizmetlerinden ibaretti (1).

Cumhuriyet'in ilanından sonra, o zamanın sağlık bakanı Dr.Refik Saydam, koruyucu sağlık hizmetlerine ÷nem vermiş, tedavi edici sağlık hizmetlerini ise bir bakanlık görevi olarak görmemiştir (1).

İkinci Dñnya Savaşı'ndan sonra, teknolojinin gelişimiyle, tedavi edici sağlık hizmetleri dñyada ilerlemeye başlamıştır. Yine Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz da tedavi edici sağlık hizmetlerinin gelişmesine ÷nem vermiştir.

1950-1960 yıllarında hastaneciliğin gelişmesine büyük ÷nem verilmiş, tedavi edici hekimlik hizmetleri ÷n plana geçmiştir. Hastaneciliğin geliştirilmesine paralel olarak yeter sayıda hemşire, ebe, laboratuvar teknisyeni gibi sağlık personeli yetiştirilmesi için gerekli çalışmalar yapılmadığından, hasta bakım hizmeti gelişmemiştir (12).

Ülkemizde temel sağlık hizmetinin gelişimi 1961 yılında kabul edilip, 1963 yılında uygulamaya konulan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi yasası ile başlamıştır. Bu kanunun temel ilkeleri ve başlıca ÷zellikleri şöyle özetlenebilir (20):

- Sağlık hizmeti herkese eşit olarak götürülecektir.
- Herkes belli kurallara uymak koşuluyla sağlık hizmetinden para ödemededen yararlanacaktır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, kimi hizmetler için kişinin doğrudan ödeme yapmasını isteyebilir.
- Muayene ve tedavi ücretini ödemek koşuluyla kişi istediği hekimi seçmekte özgürdür.
- Hekimler özel hekimlik yapmak ya da kamu sektöründe görev seçmekte özgürdür. Kamu sektöründe çalışan hekimler ücret karşılığı özel hasta bakamazlar.
- Yabancı uyruklular, sağlık hizmetlerinden ücret ödeyerek yararlanırlar.
- İlk basamak sağlık hizmetini herkese eşit sunmak için sağlık ocakları kurulmuştur.
- Özel sağlık hizmeti gerektiren yerler (işyerleri, maden ocakları vb.) için ayrı sağlık birimleri kurulmuştur.
- Sağlık ocaklarında koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birarada yürütülecektir.
- Hasta tedavi hizmetinde sağlık ocaklarıyla hastaneler işbirliği yapacaklardır.
- Sağlık hizmeti bir ekip hizmeti olarak ele alınmıştır.
- Hekim de içinde olmak koşuluyla tüm personelin hizmet içi sürekli eğitimi planlanmıştır.
- Herkesin sağlık durumunu sürekli izleyebilmek için, kişilerin sağlık fişleri tutulacaktır.
- Sağlık personelinin hizmetinin gereksiz yere kullanılmaması ve ilaç tüketiminin gereksiz yere artmaması için önlemler alınacak ve tedavi hizmetine disiplin getirilecektir.
- Halk, hizmetin planlama, uygulama ve değerlendirilmesine katılacaktır.
- Sağlık örgütü il içinde bağımsız bir bütün olacak ve il sağlık müdürü bu örgütün yöneticisi olacaktır.

- Milli Savunma Bakanlığı'na bağlı olanlar dışında, sağlık hizmetleri tek elde toplanacaktır.

- Belediyesi olan yerleşme yerlerinde evre sağlığı hizmetlerinin yurutulmesi belediyenin gorevi olacak, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar bu hizmetlerin denetiminden sorumlu olacaklardır.

Bu ilkeler, hastanelerimizin sayı ve kapasitece gelişmesini sağlamıştır. Sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri örgütlenmesinin özellikleri içinde alınan kararlardan biri de, nüfusu ortalama 50-100 bin olan bölgelerde, genellikle her ilçenin idari sınırları içinde kalan 5-10 sağlık ocağının bağlı olduğu bir "*Sağlık Grup Başkanlığı*" oluşturulacaktır. Yine yaklaşık 200-400 bin nüfus için bir bölge hastanesi kurulur. Bu hastaneler ileri uzmanlık dalları dışında "*Tam teşekküllü*" hastanelerdir ve Sağlık Sosyal Yardım Müdürlüğu'ne bağlıdır. Tıp Fakülteleri hastaneleri ise bölge hastanelerinin ileri uzmanlık isteyen konulardaki hizmetlerini desteklemek ile görevlidirler.

Sağlık Bakanlığı, ülkenin sağlık politikasının geliştirilip uygulanmasından resmi düzeyde sorumlu kuruluşur. Ancak, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ve halka ulaştırılması ayrı ve özerk kuruluşlar eliyle yurütüldüğünden, Sağlık Bakanlığının yönlendirici rolü sektör içinde sınırlı kalmaktadır (20).

Ülkemizde sağlık hizmetleri veren kuruluşlar; hastane sayıları, kadro yatak sayıları Tablo 1'de verilmiştir (19).

Tablo 1. Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı 1992 (19)

Kuruluş Adı	Hastane Sayısı	Kadro Yatağı Sayı	%
Sağlık Bakanlığı	634	74078	52.0
Milli Savunma Bakanlığı	42	15900	11.1
Sosyal Sigortalar Kurumu	105	22962	16.1
İktisadi Devlet Kuruluşları	13	2197	1.5
Diğer Bakanlıklar	3	780	0.5
Tıp Fakülteleri	25	18298	13.0
Belediyeler	5	1160	0.8
Demekler	10	721	0.5
Yabancılar	6	560	0.4
Azınlıklar	5	934	0.6
Özel	122	4921	3.5
TOPLAM	970	142511	100.0

Ülkemizde sağlık hizmeti sunan kuruluşlar şunlardır:

Sağlık Bakanlığı

Sağlık Bakanlığı 634 hastane ile ülkedeki toplam yatak kapasitesinin % 52'sini oluşturmaktadır (19).

Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçedeki payı 1990 yılı bütçesinde % 4.1 iken, 1992 yılında bu oran % 4.7'ye yükselmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın yönetimi altında, sağlık ocağı, sağlık evi, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, halk sağlığı laboratuvarı, bölgesel Hıfzıssıhha kurumu, sıtma savaş kurumu, sıtma denetim laboratuvarı, ruh sağlığı dispanseri, Lepra savaş dispanseri bulunmaktadır. Bu ulusal ağ, yataklı ya da yataksız tedavi hizmetleriyle birlikte koruyucu sağlık hizmetleri de vermektedir. Sağlık Bakanlığı aynı zamanda hemşire, sağlık teknisyeni ve ebe yetiştiren okulları yönetmektedir (27).

Sağlık Bakanlığı'na genel bütçeden ve bakanlık bütçesinden de temel sağlık hizmetlerine ayrılan paylar gözümlüne alındığında, genelde sağlık hizmetlerinin ve özel-

likle de koruyucu sağlık hizmetlerinin gclendirilmesi için çok daha geniş kaynakların gerektiği ortaya çıkmaktadır (27).

Sosyal Sigortalar Kurumu

Sosyal Sigortalar Kanunu'na göre (506 sayılı) sigortalılara, sürekli işgöremezlik geliri, malllk veya yaşlılık aylığı alanlar ile bunların eř, ocuk, ana-babalarına, dul ve yetimlerine sağlık yardımı yapılmaktadır. Kurumun sağlık hizmetinden yararlanan kişi sayısı 1990'da 18.4 milyon kişi olarak tahmin edilmektedir. Türkiye nüfusunun ute birine sağlık hizmeti vermekte olan Sosyal Sigortalar Kurumu tedavi yardımlarını, esas olarak sağlık tesisi işletmeciliği yoluyla sağlamaktadır (22).

Tıp Fakülteleri

Tıp Fakülteleri sağlık sistemi içinde oldukça özerk alışan, Yüksek ğretim Kurumu'na bağlı araştırma, eğitim ve hizmet kuruluşlarıdır. Bazı Tıp Fakülteleri, halk sağlığı bölümleri aracılığıyla kendi buldukları çevrelere temel sağlık hizmetleri de vermekte, sağlık ocakları ile sağlık evleri bu alanda kendilerine yardımcı olmaktadır (27).

Toplam 25 Tıp Fakültesinin bir kısmı, kendi eğitim amaçlı hastanelerine sahip durumda değildir. Yeni kurulan Fakülteler bu alanda yakınlarındaki Sağlık Bakanlığı hastanelerinden faydalanmaktadırlar (27).

Resmi ve Yarı Resmi Diğer Sağlık Kuruluşları

Ülkemizde, Milli Savunma Bakanlığı'nın denetimi altında 42 hastane, ordu mensuplarına ve yakınlarına gerek koruyucu, gerekse tedavi edici sağlık hizmetleri sun-

maktadır. İçişleri Bakanlığı bünyesinde bir polis hastanesi, bazı illerde belediyelerle, PTT ve Devlet Demir Yolları, Milli Eğitim Bakanlığı, vakıflar ve bazı kamu iktisadi teşebbüsler, Ziraat Bankası ve bazıları Sağlık Bakanlığı tarafından verilen izinle çalışan ve denetlenen kendi özel hastanelerine sahiptir (27).

Özel Sektör

Uzman doktorların % 40'ının istihdam edildiği özel sektörde, Türkiye önemli düzeyde özel ayakta tanı ve tedavi hizmeti veren sağlık hizmetlerine ve yaygın bir poliklinik ağına sahip görünmektedir (27). Özel doktorlar daha çok ayakta tedavi hizmetleri sağlamaktadırlar. Özel hastaneler, herhangi bir devlet ya da hükümet organına resmi biçimde bağlı olmasalar bile çalışma yetkilerini Sağlık Bakanlığı'ndan almakta ve yine bu Bakanlık tarafından denetlenmektedirler (8).

YATAKLI TEDAVİ KURULUŞLARI

Yataklı tedavi kuruluşları denildiğinde akla hemen hastaneler gelmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, halk sağlığı hizmetlerinin temel dallarından biridir. Bu hizmetlerin yerine getirilmesinde hastanelerin ve sağlık merkezlerinin önemli fonksiyonu bulunmaktadır. Sosyal ve tıbbi örgütün önemli birer parçası ve tanımlayıcısı olan bu kurumların, halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesinde ve hastaların bakım, tedavi ve rehabilitasyonla iyilik ve mutluluğa kavuşturulmasında etkin rolü vardır (19).

Hastanelerin Tanımı ve Gelişimi

Hastane, hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphelenenlerin ve sağlık durumlarını, kontrol ettirmek isteyenlerin, ayakta veya yatarak müşahade, muayene, teşhis ve re-

habilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır (3).

Dünya Sağlık Teşkilatı hastaneleri "*müşahade, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere gruplandırabilecek sağlık hizmetleri veren, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlar*" olarak tanımlamaktadır (13).

Hastanelerin gelişimi ele alındığında M.S. 369'da Cesaria'da St.Basil Hastanesi, 370 yılında İstanbul'da ve 390'da da Roma'da halk hastanelerinin kurulduğu görülmektedir (1).

Kayseri'de Basilika adlı hastane ve Adana'da acil vakalar için açılan küçük bir hastane zamanın meşhur hastanelerindendir.

Hicretin 88. yılında Emevilerin Müslüman hastanesini açtıkları, Türkler'in ise çadır hastaneler oluşturdukları, bulaşıcı hastalığa yakalananları, üzerinde bayrak işareti bulunan izole çadırlarda tedavi ettikleri görülmektedir. Büyük Selçuklular devrinde seyyar birçok hastanelerin kurulduğu bilinmektedir.

Selçuklular döneminde tıp medreselerinin ilki ve en güzel örneği Kayseri'de 1206 yılında I.Gıyaseddin Keyhüsrev Tıp Mektebi ve hemşiresi Gevher Nesibe Sultan Hastanesi'dir. Anadolu'da bunları 1217'de I.Keykavus'un Sivas Hastanesi, 1320'de Emir Kemaleddin Ahmet'in Sivas Darüşşifası, Eskeri Umera Cemaleddin Ferruh'un 1325'de Çankırı Hastanesi ve Konya Akşehir ve Aksaray Hastanesi ve Tokat Hastanesi'nin kuruluşları izlemiştir (1).

Osmanlı İmparatorluğu zamanında da Yıldırım Beyazıt Hastanesi, İstanbul'da Fatih Sultan Mehmet Hastanesi ve Üniversitesi, Edirne'de II.Sultan Beyazıt Hastanesi, Manisa'da Haseki Hürrem Sultan Hastanesi ve Hafsa Sultan Hastanesi ve bunlar gibi pek çok hastanenin yanısıra Osmanlı İmparatorluğu'nun ilk çocuk hastanesi olan Şişli Hamidiye-i Etfal Hastanesi ve Enderun Hastanesi dikkat çeken sağlık kurumlarından-
dır.

Bu gelişmeler Türkiye Cumhuriyeti dönemine kadar sürmüştür. Atatürk Cumhuriyeti ilan etmeden önce 2 Mayıs 1920 tarihinde, bilinçli bir irade ile seçtiği Türki-

ye Büyük Millet Meclisi'nde kabul edilen 3. sayılı kanun ile Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti'ni kurması ve Dr.Adnan Adıvar'ın görevlendirilmesi, sağlığa verilen değerlerin örneğidir.

Hastaneler zamanla kalite ve sayıca gelişerek günümüze kadar gelmiştir. İnsanların çok yaşama arzularına sahip olması ve teknolojinin ilerlemesi, hastanelerin sürekli gelişmesini kaçınılmaz kılmıştır (13).

Hastane Fonksiyonları

Bugün hastanelerin artan fonksiyonları çok çeşitli şekilde sınıflandırılmaktadır.

Bunlar (1):

Tıbbi Fonksiyonlar

Hastalara, kendisini hasta hissedenlere ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlere sunulan tıbbi tedavi, teşhis, gözlem, rehabilitasyon, klinik, poliklinik, ameliyathane hizmetlerini kapsar.

Hasta Bakım Fonksiyonları

Hastanelerden beklenen en önemli hizmet, hastalara gerektiği gibi hasta bakımı hizmetlerinin verilmesidir. Hasta bakım hizmetleri hastane genel hizmetlerinin büyük bir bölümünü oluşturmaktadır.

İdari Fonksiyonlar

Bütün yönetim ve organizasyon faaliyetlerini kapsar. Hastanelerde görev yapan tüm personelin göreve başlatılması, görevlerine devamlarının sağlanması, planlama, örgütlenme, kadrolama, icra, uyumlaştırma, motivasyon, haberleşme ve denetim hizmetlerinin yürütülmesi, izin, hastalık, maaş, terfi, disiplin, emeklilik, kayıt ve dökümantasyon hizmetlerini kapsar.

Mali Fonksiyonlar

Hastaların ve çalışanların ihtiyaçları ile her türlü sağlık hizmet üretim unsurlarının (malzeme, araç, gereç, yiyecek, vb.) satın alınması, gelir ve gider işlemlerinin yönetimini kapsar.

Teknik Fonksiyonlar

Hastanelerin, bina, malzeme, makine, cihaz ve benzerlerinin tamir, periyodik bakım, onarım, sıhhi tesisat, kanalizasyon, elektrik, su ve havalandırma sistemleri, çamaşırhane, terzihane, bahçe, mutfak vb. hizmetlerini kapsar.

Otelcilik Fonksiyonları

Hastanelerin otelcilik fonksiyonları çok önemlidir. Tıbbi fonksiyonları çıkardığımızda, hastane işletmelerinin çalışması tamamen otel hizmeti durumundadır. Hastanelerde bu hizmetler ev idaresi hizmetleri olarak da anılmaktadır. Hastaların barınma, rahat ettirme ve ağırlaması işlerini kapsar.

Eğitim, Araştırma ve Geliştirme Fonksiyonları

Bugün, hekim, hemşire, bilim adamları ve diğer sağlık personelleri, çeşitli hastaların biraraya getirilmiş olduğu hastanelerde, insan yapısındaki mekanizmayı daha iyi anlamak ve sağlık problemlerine daha etkili çözümler getirmek için çeşitli uğraşlar içindedirler. Bu sebeple hastanelerde, gelişen çağın gerektirdiği eğitim, öğretim ile araştırma ve geliştirme faaliyetleri de yapılmaktadır. Her türlü araştırma ve incelemeleri yönetmek ve bu alanda çalışanlara gerekli kolaylıkları sağlamaktadır. Bu da araştırma ve geliştirme fonksiyonları içine girmektedir (21).

Sosyal Fonksiyonları

Her işletmede olduğu gibi hastane işletmelerinin de sosyal sorumlulukları vardır. Hastanelerde sosyal fonksiyonlar, sosyal hizmet uzmanları, halkla ilişkiler görevlileri ve gönüllüler grubu tarafından yürütölen hizmetleri kapsar.

Koruyucu Hekimlik Fonksiyonları

Koruyucu hekimlik, tedavi edilsin veya edilmesin, hastalık çeşitlerinin gelişmesini imkanlar ölçüsünde önlemek ve varolan imkanları genişletmek amacını güder. Hastane tarafından oluşturulan koruyucu hekimlikle ilgili önerilerin topluma aktarılması fonksiyonudur.

Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler, verdikleri tedavi hizmetlerinin türüne, yönetim ve kontrollerine, finansal kaynaklarının türüne, büyüklüklerine, hastaların hastanede kalış sürelerine ve kadrolu personelin kompozisyonuna göre sınıflandırılmaktadır (1).

Yaptıkları Hizmetlere Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler, yaptıkları hizmetlere göre üç sınıfta toplanmaktadır (1):

Genel Hastaneler: Yaş, cins farkı ve bir hastalık veya bir uzmanlık grubu gözetmeksizin her türlü hastanın yatırılarak veya ayakta müşahade, muayene, teşhis ve tedavi edildikleri, gerekli sıhhi ve tıbbi imkanlara sahip kurumlardır. Örneğin; Kayseri, Kars, Bolu Devlet Hastaneleri gibi.

Özel Dal Hastaneleri

Özel dal hastaneleri, belirli bir yaş ve cins grubu hastalar ile belirli bir hastalığa tutulanların, yahut bir organ veya organ grubu hastalarının müşahade, muayene, teşhis tedavi ve rehabilite edildikleri hastanelerdir. Örneğin; Kuduz, cüzzam, çocuk hastalıkları, diş hastaneleri gibi.

Eğitim ve Araştırma Hastaneleri

Eğitim ve araştırma hastaneleri, yatarak veya ayakta her türlü hasta, muayene, teşhis ve tedavi yapan, mütehassıs hekim yetiştiren, tam teşekküllü, gerekli sıhhi ve şartlara sahip bulunan yataklı tedavi kurumlarıdır. Örneğin; Üniversite hastaneleri gibi.

Ait Oldukları Kurumlara Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler ait oldukları kurumlara göre, devlete doğrudan ve dolaylı bağlı hastaneler ve özel hastaneler olarak sınıflandırılmaktadırlar (1).

Devlete doğrudan bağlı olan hastaneler, Milli Savunma Bakanlığı ve Milli Eğitim Gençlik ve Spor Bakanlığı'na bağlı hastaneler, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı şeklinde sıralanmaktadır.

Devlete dolaylı bağlı hastaneler ise Sosyal Sigortalar Kurumu, Devlet Demir Yolları, Makine Kimya Endüstri Kurumu, PTT, Kızılay, Belediye, Üniversite, Denizyolları, Kömür İşletmeleri Kurumu, Esnaf hastaneleri olarak ayrıma tabi tutulmaktadır.

Özel hastaneler amaçlarını kendi güçleri ile sürdüren hastanelerdir. Bu hastaneler, şahıslara, azınlıklara ve yabancılara ait hastaneler olarak sınıflandırılmaktadır.

Büyükliklerine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler büyüklüklerine göre, yani sahip oldukları yatak sayılarına göre de sınıflandırılmaktadır.

Büyükliklerine göre hastaneleri üç bölümde gruplandırılabilir. 100 ya da daha az yataklı hastanelere küçük hastane, yatak sayısı 100-300 arasında olanlara orta büyüklükte, yatak sayısı 300 ile 1000 arasında olan hastanelere büyük hastaneler denilmektedir.

Hastaların Hastanede Kalış Sürelerine Göre Hastanelerin Sınıflandırılması

Hastaneler, hastaların hastanede kalış sürelerine göre de sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflama genellikle kısa ve uzun süreli kalınan hastaneler biçiminde yapılmaktadır.

ÜNİVERSİTE HASTANELERİNİN SERVİS SİSTEMLERİ

Hasta bireylerin, tedavi olmak amacıyla, ilk başvurdukları ünite polikliniklerdir. Burada hekim hastanın ayaktan muayenesini yaptıktan sonra, birtakım tetkikler isteyerek, sonuçları değerlendirip, klinikte yatarak tedavi edilmesi kararı üzerine hastanın yatış işlemlerine başlanır. Hastanın tedavi ve ayrıntılı tetkiklerinin yapıldığı yataklı bölüme servis denilmektedir.

Servisler, Tıp Fakültelerinde anabilim dalı başkanlarıca yönetilmektedir. Hasta tedavisinde direkt sorumlu olan hekimlerin tamamı anabilim dalı başkanına bağlı bulunmaktadır. Anabilim dalı başkanları, bölüm başkanlarına, bölüm başkanları da Tıp Fakültesi Dekanlarına bağlı olmaktadır.

Hasta servise girdikten sonra çeşitli tedavi yöntemleri ile tedavi edilmekte ve bu sürede serviste kalmaktadır.

Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren Üniversite hastanelerinde tıp bilimleri, temel tıp bilimleri, cerrahi tıp bilimleri ve dahili tıp bilimleri olarak üç dalda hizmet vermektedir.

Dahili tıp bilimlerinde yer alan anabilim dalları aşağıda sıralanmıştır:

- İç hastalıkları
- Kalp hastalıkları
- Göğüs hastalıkları
- Enfeksiyon hastalıkları
- Farmakoloji
- Psikiyatri
- Pediatri
- Halk sağlığı
- Nükleer tıp
- Radyoterapi

- Radyoloji
- Fiziksel tıp ve rehabilitasyon (Romatoloji)
- Dermatoloji
- Adli tıp
- Nöroloji

İç hastalıkları anabilim dalı kendi içinde 5 bilim dalına ayrılmaktadır:

- Gastroenteroloji
- Endokrinoloji
- Nefroloji
- Onkoloji
- Hematoloji

Kayseri ilinde yataklı tedavi kurumlarının toplam yatak sayısı 1992 yılında 1700'dür (15). Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi 729 yatak sayısı ile Kayseri ilindeki toplam yatak sayısının % 42.9'unu oluşturmaktadır. Bu oran 1991 yılında % 40.0 olarak tesbit edilmiştir (15).

Türkiye'de yataklı tedavi kurumlarının servislere göre yatak dağılımına bakıldığında, birinci sırayı % 15.1 ile iç hastalıkları, ikinci sırayı genel şirürji, üçüncü sırayı da kadın hastalıkları ve doğum servisleri almaktadır (19).

III. MATERYAL VE METOD

Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları servisine 1992 yılında yatan hastaların epidemiyolojik özelliklerini ve verilen klinik hizmetin değerlendirilmesini amaçlayan bu çalışma tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın sürdürüldüğü Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi, Tıp Fakültesi'nin eğitim, uygulama hastanesidir. 1976 yılında kurulan hastane, 1988 yılında 1000 yatak kapasitesi ile çok katlı binaya geçerek hizmet vermeye devam etmektedir. 1992 yılında toplam 116 uzman, 181 asistan, 275 hemşire, 49 memur ile hizmet vermektedir. İç hastalıklarında ise toplam 15 Yardımcı Doçent, Doçent, Profesör, 20 hemşire, 7 hastabakıcı, 2 sekreter görev yapmaktadır.

İç Hastalıkları servisinin yatak sayısı 80 olup, hastane geneline oranı % 10.9'dur. 1992 yılında hastaneye toplam 12990 hasta yatırılmış, bu yatışların 1778'i (% 13.6) İç Hastalıkları servisine olmuştur.

Araştırmanın kapsamını İç Hastalıkları anabilim dalının bilim dallarından he-

matoloji, onkoloji, gastroenteroloji, nefroloji, endokrinoloji hastaları oluşturmaktadır (İç Hastalıkları servisi; İç Hastalıkları-I, İç Hastalıkları-II ve Yoğun Bakım Ünitesi olarak üç bölüme ayrılmıştır). Bu hastaların yatırıldığı İç Hastalıkları servisine 1992 yılında yatan 1778 hastadan % 50 sistematik örneklem tekniğiyle 889 hasta seçilerek örneğe dahil edilmiştir. Ancak arşiv kayıtlarının düzensiz olması nedeniyle 770 hastaya ait dosya elde edilebilmiş ve değerlendirmeye alınmıştır. Hastaların dosyaları arşivden çıkarılarak dosyadaki hastaya ait tanımlayıcı bilgilerle tetkik, teşhis ve tedavi bilgileri, 30 soru içeren bilgi formuna (Ek-1) kaydedilmiştir.

Araştırma grubundaki hastalara konulan tanılar 150 Başlıklı A listesine göre kodlanarak değerlendirilmiştir.

Elde edilen bilgiler kodlanarak, bilgisayarda değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde Khi-kare analizi uygulanmıştır.

IV. BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 2. Araştırma Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş Grupları	CİNSİYET				TOPLAM	
	Erkek Sayı	%	Kadın Sayı	%	Sayı	%
20'nin altı	19	4.3	15	4.6	34	4.4
20-39	96	21.6	87	26.8	183	23.8
40-59	135	30.3	125	38.5	260	33.8
60-79	180	40.4	90	27.7	270	35.0
80 ve üzeri	15	3.4	8	2.4	23	3.0
TOPLAM	445	57.8	325	42.2	770	100.0

$\chi^2:15.09, SD:4, p<0.05$

Araştırma grubuna giren hastaların % 57.8'ini erkekler, % 42.2'sini kadınlar oluşturmaktadır. 1992 yılında Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesinde ya-

tan hastaların % 54.5'inin erkek, % 45.5'inin kadın olduğu saptanmıştır. Bu durum araştırma grubundaki oranlara benzerlik göstermektedir. Tabloda yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında, erkeklerde 60-79 yaş grubunun, kadınlarda ise 40-59 yaş grubunun en fazla oranda olduğu görülmektedir.

Kronik hastalıklar insanlar yaşlandıkça artmaktadır (10). Erkeklerin ileriki yaşlarda daha fazla oranda bulunması, bu yaş grubunun emekli yaşı olması ve kronik hastalıkların bulgularının bu yaşlarda ortaya çıkmasından kaynaklanıyor olabilir.

Yine kadınların 40-59 yaş grubunda menopoza dönemine girmesiyle, bazı hastalıkların bu döneme bağlı olarak ortaya çıkması, bu grubun daha fazla oranda olmasına neden olabilir.

Tablo 3. Araştırma Grubundaki Hastaların Medeni Durumuna Göre Dağılımı

Medeni Durum	Sayı	%
Evli	660	84.4
Bekar	81	10.5
Dul	39	5.1
TOPLAM	770	100.0

Tablo 3'de araştırma grubundaki hastaların medeni durumuna bakıldığında en fazla oranda (% 84.4) evlilerin olduğu görülmektedir.

Ülkemizde evli nüfus oranı % 61 olup erkeklerde % 59, kadınlarda % 62.9'dur. Erkek ve kadınlardaki evlilik oranındaki bu farklılık erkeklerin aynı zamanda birden fazla kadınla evli olmasından kaynaklanmaktadır. Ülkemizde ilk evlenme yaşı ortalaması 18.2 olup, batı ve doğuya göre farklılık göstermektedir (25).

1990 yılı Devlet İstatistik Enstitüsü kayıtlarına göre bekarların oranı % 27.4, evlilerin oranı % 67.1, dulların oranı % 4.9 olarak bulunmuştur (7).

Araştırma grubundaki hastaların dosyalarında eğitim durumu ile ilgili kayıtlar olmadığı için bu konuda bilgi alınamamıştır.

Tablo 4. Araştırma Grubundaki Hastaların Meslek Gruplarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Meslek Grupları	CİNSİYET				TOPLAM	
	Erkek		Kadın			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ev hanımı	0	0.0	304	93.5	304	39.5
Çiftçi	110	24.8	0	0.0	110	14.2
Emekli	97	21.8	5	1.6	102	13.2
Memur	70	15.8	4	1.2	74	9.7
İşçi	47	10.6	2	0.6	49	6.3
Esnaf	45	10.0	0	0.0	45	6.0
İşsiz	39	8.8	0	0.0	39	5.0
Serbest meslek	27	6.0	0	0.0	27	3.5
Öğrenci	10	2.2	10	3.1	20	2.6
TOPLAM	445	100.0	325	100.0	770	100.0

Tablo 4'de görüldüğü gibi, erkeklerin en fazla oranda sırasıyla çiftçi, emekli ve memur olduğu, kadınların ise çoğunluğunun ev hanımı olduğu görülmektedir.

Devlet İstatistik Enstitüsü, 1990 yılı Genel Nüfus Sayımı sonuçlarında, işgücü nüfusuna göre, toplam 40783 kişinin % 3.29'u işsiz, % 3.18'i emekli, % 23.29'unun ev hanımı, % 10.53'ünde öğrenci olduğu belirtilmiştir (7).

Tablo 5. Araştırma Grubundaki Hastaların Sigara İçme Durumlarına ve Cinsiyete Göre Dağılımı

Sigara İçme Durumu	CİNSİYET				TOPLAM	
	Erkek Sayı	Erkek %	Kadın Sayı	Kadın %	Sayı	%
Halen içiyor	130	29.2	24	7.3	154	20.0
Hiç içmemiş	95	21.3	157	48.3	252	32.7
Bırakmış	92	20.7	12	3.7	104	13.5
Belirtilmemiş	128	28.8	132	40.7	260	33.8
TOPLAM	445	100.0	325	100.0	770	100.0

$\chi^2:127.12, SD:2, p<0.05$

Tablo 5'de görüldüğü gibi hastaların % 32.7'si hiç sigara içmemiş, % 20'si halen içmekte, % 13.5'i ise sigarayı bırakmıştır. Hasta dosyalarının bir kısmında (% 33.8) sigara içme konusunda kayıt olmadığı için bilgi alınamamıştır.

Sigara içme durumunun cinsiyetlere göre dağılımına bakıldığında, erkeklerde sigara içme oranının yüksek olduğunu (% 29.2), kadınlarda ise hiç içmeyenlerin (% 48.3) daha yüksek oranda olduğu görülmektedir. Erkekler aynı zamanda kadınlara göre daha fazla oranda sigarayı bırakmıştır.

Tablo 6. Araştırma Grubundaki Hastaların Alkol Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Alkol Kullanma Durumu	Sayı	%
Halen içiyor	15	1.9
Hiç içmemiş	414	53.8
Özel günlerde	23	3.0
Bırakmış	295	38.3
Belirtilmemiş	23	3.0
TOPLAM	770	100.0

Araştırma grubundaki hastaların yarısı (% 53.8) hiç alkol kullanmamış, % 3'u özel günlerde kullanmış, % 1.9'u ise halen kullanmaktadır. Hastaların % 38.3'ünün dosyasında böyle bir bilgiye yer verilmemiştir.

Araştırma grubundaki hastalarda ilaç bağımlılığı olup olmadığı durumuna baktığında, % 62.9'unun ilaç bağımlılığı olmadığı, % 0.4'ünün olduğu (sedatif), % 36.8'inin ise dosyalarında böyle bir bilginin olmadığı bulunmuştur.

Ülkemizde uyuşturucu düzeyindeki bir bağımlılıkla ilgili bilgi olmamasına rağmen, yapılan gözlemler risk altındaki grupların ergenlik ve üniversite çağı gençliği olduğunu Devlet İstatistik Enstitüsü tarafından ortaya konmuştur. Uyuşturucu kullanımını açısından, İstanbul, İzmir ve Diyarbakır ön plandadır (7).

Tablo 7. Araştırma Grubundaki Hastaların Geliş Yerlerine Göre Dağılımı

Geliş Yeri	Sayı	%
Kayseri il merkezi	326	42.3
Kayseri ilçe,köy ve kasabaları	144	18.7
Kayseri dışı il merkezi	53	6.9
Kayseri dışı ilçe,köy ve kasabaları	247	32.1
TOPLAM	770	100.0

Tablo 7'den araştırma grubuna giren hastaların % 61'inin Kayseri il merkezi ve ilçe, köy ve kasabalarından, % 39'unun da Kayseri dışı il merkezi ve ilçe, köy ve kasabalarından geldiği anlaşılmaktadır. Bu durumda hastaların yarıdan çoğu Kayseri il merkezi, köy ve kasabalarından gelmektedir.

Her ne kadar ulaşım ve teknolojinin gelişmesi, yaygınlaşması mesafenin önemini azaltsa da, ulaşım olanaklarının kişilerin hastane hizmetlerinden yararlanma ve seçiminde önemliliğini korumaktadır.

Araştırmada Kayseri dışından gelen hastaların Nevşehir, Niğde, Malatya, Kırşehir, Yozgat, Kahraman Maraş, Sivas illerinden geldiği saptanmıştır. Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi'nin hinterlandını çoğunlukla bu iller oluşturmaktadır.

Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi'nde 1990-1992 yıllarında yatan 12-24 yaş grubu hastalarla ilgili benzer bir araştırmada, % 67.7'sinin Kayseri il merkezi, köy ve kasabalarından, % 32.3'ünün de Kayseri dışı il merkezi, köy ve kasabalarından geldiği saptanmıştır (2).

Tablo 8. Araştırma Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına ve Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı

	SOSYAL GÜVENCE												TOPLAM	
	S.Güvence Yok		E.Sandığı		SSK		Y.Kartlı		Bağ-Kur		Diğer		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
20'nin altı	11	32.3	9	26.5	9	26.5	5	14.7	0	0.0	0	0.0	34	100.0
20-39	52	28.4	79	43.2	29	15.8	18	9.9	2	1.0	3	1.7	183	100.0
40-59	90	34.6	112	43.0	49	18.9	5	2.0	1	0.4	3	1.1	260	100.0
60-79	62	23.0	128	47.4	65	24.0	14	5.2	1	0.4	0	0.0	270	100.0
80 ve üzeri	6	26.0	12	52.2	4	17.4	1	4.4	0	0.0	0	0.0	23	100.0
TOPLAM	221	28.7	340	44.2	156	20.2	43	5.6	4	0.5	6	0.8	770	100.0

$\chi^2:0.09$, $SD:4$, $p>0.05$

Araştırma grubundaki hastaların sosyal güvence durumuna bakıldığında % 28.7'sinin sosyal güvencesinin olmadığı, % 44.2'sinin Emekli Sandığı, % 20.2'sinin SSK, % 5.6'sının yeşilkart, % 0.5'inin Bağ-Kur, % 0.8'inin de diğer (Milli Savunma Bakanlığı) kuruluşlara ait olduğu görülmektedir.

Araştırma grubunda Emekli Sandığı'na bağlı olan hastaların oranının (% 44.2) fazla olması, emeklilerin Üniversite hastanelerine direkt başvurabilmelerinden kay-

naklanmaktadır. Sigorta, Bağ-Kur ve yeşilkartlıların sevk işlemlerinin uzun ve güç olması bu başvuruların azalmasına neden olmaktadır.

Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Hastanesi'nin 1992 yılı çalışma raporlarına göre, tüm hastaneye yatan hastaların % 13'ünün sigortalı, % 53'ünün resmi, % 34'ünün de sosyal güvencesinin olmadığı belirtilmektedir.

Ülkemizde 1991 yılında nüfusun % 34.7'sinin SSK'ya, % 13.7'sinin Emekli Sandığı'na ve % 18.2'sinin Bağ-Kur'a kayıtlı olduğu saptanmıştır (7).

Yaş gruplarına göre sosyal güvence durumuna bakıldığında; sosyal güvencesi olmayan hastaların en yüksek oranda 20 yaşın altındaki grupta olduğu, Emekli Sandığı'na bağlı hastaların en yüksek oranda 60-79 yaş grubunda, SSK'lı ve yeşilkartlı hastaların en yüksek oranda 20 yaşın altında olduğu, Bağ-Kur'lu ve diğer gruba girenlerde ise 20 yaşın altında hasta bulunmadığı gözlenmiştir (Diğer kısmında Askeri Hastanelerden gelen hastalar araştırma grubuna alınmıştır).

Tablo 9. Araştırma Grubundaki Hastaların Servise Geliş Şekline Göre Dağılımı

Servise Geliş Şekli	Sayı	%
Acil servis	352	45.8
Poliklinikten	403	52.3
Başka servisten devir	7	0.9
Diğer sağlık kuruluşlarından sevk*	8	1.0
TOPLAM	770	100.0

**Bu gruba Askeri hastanelerden gelen sevkler alınmıştır*

Araştırma grubundaki hastaların yarısının (% 52.3) poliklinikten, yarıya yakın bir kısmı da (% 45.8) acil servisten gelirken, diğer sağlık kuruluşlarından ve başka bir servisten devir gelen hastaların ise küçük bir oranda olduğu Tablo 9'da görülmektedir.

Hastaların yarıya yakınının acil servisten gelmeleri, toplumumuzda kişilerin ancak hastalığı ilerleyip ağırlaştığı zaman bir sağlık kuruluşuna gecikmiş olarak başvurduklarını göstermektedir. Oysaki hastalığın ilk başlangıcında sağlık kuruluşlarına başvurma erken teşhis ve tedavi açısından çok önemlidir.

Tablo 10. Araştırma Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına ve Yatış Yeri
Yerine Göre Dağılımı

Yaş Grupları	YATIŞ YERİ				TOPLAM	
	İç Hast.Servisi Sayı	%	Yoğun Bakım Ünitesi Sayı	%	Sayı	%
20'nin altı	13	6.8	21	3.6	34	4.4
20-39	43	22.5	140	24.1	183	23.8
40-59	71	37.1	189	32.7	260	33.8
60-79	57	29.9	213	36.8	270	35.0
80 ve üzeri	7	3.7	16	2.8	23	3.0
TOPLAM	191	24.8	589	75.2	770	100.0

$\chi^2:6.69, SD:4, p>0.05$

Tabloda da görüldüğü gibi, araştırma grubundaki hastaların dörtte üçü yoğun bakım ünitesine, dörtte biri de servis kısmına yatırılmıştır.

Yaş gruplarına göre incelendiğinde servise 40-59 yaş grubunun yoğun bakım ünitesine, 60-79 yaş grubunun en fazla oranda yatırıldığı saptanmıştır. Yaşın artmasıyla servis ve yoğun bakım ünitesine yatışlar da artmakta, fakat 80 ve üzerindeki yaş grubunda yeniden azalmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde hayati tehlike içindeki hastaların takip ve tedavisi yapılır. Tehlikeyi atlaman hastalar servise alınarak tedavileri orada sürdürülür.

Yoğun bakım ünitesinin yatak sayısı servise nazaran daha az olmasına rağmen, yatışlar burada daha fazladır. Kişilerin, hastalıkları ağırlaşınca sağlık kuruluşlarına

başvuruları ve acil başvurularda çoğunlukla yoğunbakım ünitesine yatırılmaları, yoğunbakım yatış oranının yükselmesine neden olabilir.

Araştırmada yaş gruplarının, servise yatış yeri arasında istatistiki olarak önemli bir farklılık bulunmamıştır ($X^2:6.69$, $SD:4$, $p>0.05$).

Araştırma kapsamındaki hastaların % 61.2'si altı kişilik odada, % 25.5'i iki kişilik odada, % 13.3'ü özel odada yatmışlardır.

Tablo 11. Araştırma Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına ve Yatış Sayılarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	YATIŞ SAYISI							
	I.Yatış		II.Yatış		III ve Üzeri Yatış		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20'nin altı	31	4.6	2	2.6	1	5.9	34	4.4
20-39	162	24.0	17	22.1	4	23.5	183	23.8
40-59	224	33.1	31	40.2	5	29.4	260	33.8
60-79	236	34.9	27	35.1	7	41.2	270	35.0
80 ve üzeri	23	3.4	0	0.0	0	0.0	23	3.0
TOPLAM	676	100.0	77	100.0	17	100.0	770	100.0

$X^2:5.32$, $SD:8$, $p>0.05$

Tablo 11'den anlaşılacağı gibi, araştırma grubuna giren hastaların, % 87.8'i ilk kez, % 10'u ikinci kez, % 2.2'sinin de üç ve daha fazla yatış yaptığı saptanmıştır. Yatışlar yaş gruplarına göre incelendiğinde, birinci yatışlarda 40-59 ve 60-79 yaş gruplarının hemen hemen aynı oranda, diğer gruplara göre yüksek olduğu, ikinci yatışlarda 40-59 yaş grubunun en yüksek olduğu, üç ve üzerindeki yatışlarda ise yine 60-79 yaş grubunun daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Görüldüğü gibi, yaşın ilerlemesi ile yatış sayıları da artmaktadır. Ancak gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır ($X^2:5.32$, $SD:8$, $p>0.05$).

Tablo 12. Araştırma Grubundaki Hastaların Özgeçmişindeki Bilgilere Göre Dağılımı

	Sayı	%
Geçirilmiş operasyon	212	27.5
Kazalar (trafik)	18	2.3
Özellik yok	540	70.2
TOPLAM	770	100.0

Araştırma grubundaki hastaların % 27.5'inin ameliyat geçirdiği, % 2.3'ünün trafik kazası geçirdiği, % 70.2'sinin de herhangi bir olay belirtmediği Tablo 12'de verilmiştir.

Ülkemizde kazalarla ilgili olarak Devlet İstatistik Enstitüsü kayıtları çok yetersizdir. Bununla beraber, eldeki verilere göre Türkiye'de toplumda başta gelen beş ölüm nedeni arasında kazalar dördüncü sıradadır. 1990 kayıtlarına göre 1 yılda 100 bine yakın trafik kazası olmakta, ölenlerin sayısı ise yaklaşık 5 bini bulmaktadır. Değişik yaş gruplarından yararlananların toplam sayısı ile 70 bine yaklaşmaktadır (25).

Kayseri Eğitim ve Araştırma bölgelerinde 1984 yılında yapılan bir araştırmada 10-14, 15-19 ve 20-24 yaş gruplarında ölüm nedeni olarak motorlu taşıt kazaları ilk sırayı almıştır (16).

Tablo 13. Araştırma Grubundaki Hastaların Soygeçmişinde Mevcut Olan Hastalıklara Göre Dağılımı

Hastalıklar	Sayı	%
Özellik yok	448	58.1
Kardiyovasküler hast.	80	10.4
Endokrin hast.	70	9.1
Solumun sist. hast.	67	8.8
Kanserler	43	5.6
Gastrointestinal sist. hast.	35	4.5
Psikiyatrik sist. hast.	10	1.3
Ürogenital sist. hast.	8	1.0
Nörolojik sist. hast.	5	0.7
Kan hast.	4	0.5
TOPLAM	770	100.0

Tablo 13'de görüldüğü gibi, hastaların % 58.1'i soygeçmişlerinde herhangi bir hastalık ifade etmemişlerdir. Hastaların soygeçmişinde en fazla mevcut olan hastalık kardiyovasküler hastalıklar (% 10.4) bunu endokrin, solunum sistemi hastalıkları ve kanserler izlemektedir.

Tablo 14. Araştırma Grubundaki Hastaların Özgeçmişinde Mevcut Olan Hastalıklara Göre Dağılımı

Hastalıklar	Sayı	%
Özellik yok	332	43.1
Hipertansiyon	108	14.0
Kalp hastalıkları	76	9.9
Diabetes Mellitus	67	8.7
Kronik obs.Akc.hast.	61	7.9
Tüberküloz	27	3.5
Kanserler	8	1.0
Diğer	91	11.9
TOPLAM	770	100.0

Tablo 14'den hastaların % 43.1'inin daha önceden belirli bir hastalık ve benzer probleminin olmadığını belirttikleri görülmektedir.

Araştırma grubundaki hastaların özgeçmişinde en fazla sahip oldukları hastalık hipertansiyondur. Bunu kalp hastalıkları, Diabetes Mellitus ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) izlemektedir.

Hipertansiyon ve Ateroskleroz Derneği'nin 1992'de yaptığı araştırmada 25-65 yaş grupları arasında, tüm ülke nüfusunu temsilen 4.034 kişinin ev ziyaretleri sonucunda % 30'unun ailesinde hipertansiyon hikayesi olduğu, yine yaklaşık % 50'sinde daha önceden hipertansiyon tanısı konduğu saptanmıştır (11).

Kayseri yöresinde hipertansiyon sıklığı % 21 olarak bulunmuştur. Birçok ülkede hipertansiyonlu hastalar nüfusun % 10 ile 20'sini oluşturmaktadır (28).

Araştırma kapsamındaki hastaların soygeçmişinde ve özgeçmişinde, kardiyovasküler hastalıkların ilk sırayı alması dikkati çekmektedir.

Hipertansiyon başlı başına bir hastalık olmayıp, çeşitli kalp ve damar hastalıklarının bir bulgusu olarak kabul edilmektedir (4).

Tablo 15. Araştırma Grubundaki Hastaların Yapılan Radyolojik Tetkiklere Göre Dağılımı ve Hasta Başına Düşen Ortalama Radyolojik Tetkik Sayısı

Radyolojik Tetkikler	n:770	Sayı	%	X ± Sx
X-ray grafiği		776	99.5	1.13 ± 0.42
Ultrasonografi		370	48.1	0.14 ± 0.35
Tomografi		104	13.5	0.55 ± 0.62
Kontrastlı filmler		35	4.9	0.01 ± 0.12
Anjiyografi		5	0.7	0.05 ± 0.24

* X-ray grafiği içinde P-A akciğer grafiği alınmıştır

Tablo 15'de görüldüğü gibi, hastaların hemen hemen (% 99.5) tamamına yakınına X-ray grafiği, yaklaşık yarısına (% 48.1) ultrasonografi uygulanmıştır. Bunları sırayla tomografi, kontrastlı filmler ve anjiyografi izlemektedir.

Araştırmada X-ray grafiği olarak P-A akciğer grafiği alınmış olup, diğer röntgen kayıtlarının yetersizliği nedeniyle araştırma kapsamına alınamamıştır.

P-A akciğer grafisi rutin tetkikler grubuna girdiği için yatışı yapılan bütün hastalara uygulanmaktadır. Diğer tetkiklere nazaran anjiyografinin düşük oranda yapılmasının nedeni, bu işlemin kardiyoloji servisinde uygulanıp takibinin yapılması ve kardiyoloji hastalarına yönelik bir tetkik olması olabilir.

Tablo 16. Araştırma Grubundaki Hastaların Yapılan Patolojik Tetkiklere Göre Dağılımı

Patolojik Tetkikler	n:770	
	Sayı	%
Biopsi	110	14.2
Sitoloji	80	10.3

Tablo 16'da hastalara yapılan patoloji tetkiklerinin oranı ve ortalamaları verilmiştir. Hastaların % 24.5'ine patoloji tetkiki yapılmış olup, bunun % 14.2'sini biopsi, % 10.3'ünü de sitoloji tetkikleri oluşturmaktadır.

Tablo 17. Araştırma Grubundaki Hastaların Yapılan Laboratuvar Tetkiklerine Göre Dağılımı ve Hasta Başına Düşen Ortalama Laboratuvar Tetkik Sayısı

Laboratuvar Tetkikler	n:770		
	Sayı	%	X ± Sx
Biyokimya	768	99.7	3.89 ± 8.60
CBC	765	99.4	2.83 ± 1.97
İdrar	729	94.7	1.43 ± 1.07
Gaita	137	17.8	0.29 ± 0.74
Hepatit Marker	132	17.1	0.18 ± 0.48
Endokrin	94	12.2	0.20 ± 0.79
Seroloji	92	11.9	0.13 ± 0.38

Araştırma grubundaki hastaların hemen hemen tamamına biyokimya, CBC, idrar tetkikleri yapılmıştır. Tabloda görüldüğü gibi ortalama 3.89 kez biyokimya, 2.83 kez CBC, 1.43 kez idrar tetkiki yapılmıştır.

Kayseri ilinde hastanelerde ayakta tedavi olan ve yatan hastalarda laboratuvar ve röntgen tetkikleri ortalaması 1.44 olarak bulunmuştur. Tıp Fakültesi hastanesinde ise 7.2'dir (6). Ankara ilindeki kişi başına tetkik ortalaması 2.47, Türkiye rakamlarına göre ise 0.46 olarak bulunmuştur (6).

Biyokimya, CBC ve idrar tetkikleri her hastaya mutlaka yapılan rutin tetkikler olduğu için, bu gruptaki oranlar yüksek bulunmuştur (Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Eğitim ve Araştırma Hastanesi tüm tetkiklerin istatistiki bilgilerinde poliklinik ve yatan hasta ayrımı yapılmamakta, her ikisi birden verilmektedir. Bu nedenle istatistiki raporlardan sağlıklı bilgiler alınamamıştır).

Tablo 18. Araştırma Grubundaki Hastaların Yapılan Özel Tetkiklere Göre Dağılımı

Özel Tetkikler	n:770	Sayı	%
EKG		762	98.9
Endoskopi		165	20.1
EKO		72	9.3
Bronkoskopi		54	7.0
Akc. Fonksiyon Testleri		54	7.0
Kemik İliği Asp. ve Biopsisi		37	4.8
Plevra ve Periton Biopsisi		20	2.6
PPD Testi		18	2.3
Sintigrafi		14	1.8
EMG		10	1.3
Lomber Ponksiyon		10	1.3

Araştırma grubundaki hastalara yapılan özel tetkiklere bakıldığında, EKG'nin hemen hemen tüm hastalara uygulandığı görülmektedir.

EKG'de yatışı yapılan hastalara yapılan rutin tetkikler grubuna girmektedir. Kişi başına ortalama 1.04 kez EKG yapılmış, 0.23 kez endoskopi, 0.09 kez EKO, 0.08 kez de Bronkoskopi yapılmıştır.

Özel tetkikler, hastaların hastalık durumunu öğrenme, tanı ve tedavi için yapılması gereken önemli tetkiklerdir. Aynı zamanda maliyeti de diğer tetkiklere nazaran daha fazladır.

Tablo 19. Araştırma Grubundaki Hastaların Yapılan Özel Müdahalelere Göre Dağılımı

Özel Müdahaleler	n:770	Sayı	%
Periton dializi		83	10.7
Parasentez		64	8.3
Torasentez		51	6.6
Abse drenajı		3	0.4

Araştırmada hastalara yapılan özel müdahalelerin başında periton dializi (% 10.7) gelirken, daha sonra sıra ile parasentez (% 8.3), torasentez (% 6.6), abse drenajı (% 0.4) gelmektedir.

Tabloda da görüldüğü gibi, periton dializi uygulamasının diğer müdahalelere göre yüksek bir oranda olmasının nedeni, araştırma kapsamındaki hastaların büyük çoğunluğunun nefroloji hastalarının oluşturmasından kaynaklanabilir.

Tablo 20. Araştırma Grubundaki Hastaların Hastanede Yatış Sürelerine Göre Dağılımı

Yatış Süresi	Sayı	%
1-10 gün	422	54.8
11-20	210	27.3
21-30	101	13.1
31 ve üzeri	37	4.8
TOPLAM	770	100.0

$\chi^2:12.58 \pm 11.2$

Tablo 20'de görüldüğü gibi, hastaların yarısından fazlası (% 54.8) 1-10 gün arasında hastanede kalmış, % 4.8'i ise bir aydan daha uzun süre hastanede kalmışlardır.

Hastaların, hastanede ortalama kalış süresi ise 12.6 ± 11.2 gün olarak bulunmuştur. Aynı yıl içinde tüm hastane genelinin kayıtlarına göre de hastaların ortalama kalış süresinin 12.2 gün olduğu saptanmıştır.

Yine 1992 yılında Üniversite hastanelerinde ortalama kalış süresi 10.7 gün, Sağlık Bakanlığı'na ait hastanelerde 6.2, SSK hastanelerinde ise 7.0 gün olarak verilmiştir (19).

Araştırma grubundaki hastaların hastanede ortalama kalış süreleri, araştırmanın yapıldığı Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Eğitim ve Araştırma Hastanesi kayıtlarındaki ortalama kalış süreleri ile benzerlik göstermektedir. Sağlık Bakanlığı'na ve SSK'ya bağlı hastanelerdeki ortalamalara göre ise daha uzundur.

Tablo 21. Araştırma Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına ve Yatış Sürelerine Göre Dağılımı

Yaş Grupları	YATIŞ SÜRESİ (gün)									
	1-10		11-20		21-30		31 ve üzeri		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20'nin altı	19	55.8	7	20.6	4	11.8	4	11.8	34	100.0
20-39	108	59.0	39	21.3	22	12.0	14	7.7	183	100.0
40-59	140	53.9	71	27.3	37	14.2	12	4.6	260	100.0
60-79	143	53.0	86	31.8	35	13.0	6	2.2	270	100.0
80 ve üzeri	12	52.2	7	30.5	3	13.0	1	4.3	23	100.0
TOPLAM	422	54.8	210	27.3	101	13.1	37	4.8	770	100.0

$\chi^2:27.63, SD:16, p<0.05$

Tablo 21'de hastaların yaş gruplarının yatış sürelerine göre dağılımı verilmiştir. Yaş gruplarının hepsinde 1-10 gün yatış oranları diğer yatış sürelerine göre daha yüksektir. 20 yaşın altındaki hastalarda ise 30 günden fazla yatanların diğer yaş gruplarına göre en fazla oranda olduğu dikkati çekmektedir. 60-79 yaş grubundaki hastalar, en az oranda 30 günden fazla yatmışlardır.

Tablo 22. Araştırma Grubundaki Hastaların Geliş Yerlerine ve Hastanede Yatış Sürelerine Göre Dağılımı

Geliş Yeri	YATIŞ SÜRESİ (gün)								TOPLAM Sayı %	
	1-10		11-20		21-30		31 ve üzeri			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kayseri il merkezi	189	58.0	85	26.0	43	13.2	9	2.8	326	100.0
Kayseri ilçe,köy ve kasaba	84	58.3	40	27.8	17	11.9	3	2.0	144	100.0
Kayseri dışı il merkezi	23	43.3	12	22.7	10	18.9	8	15.1	53	100.0
Kayseri dışı ilçe köy ve kasaba	126	51.0	73	29.6	31	12.6	17	6.8	247	100.0
TOPLAM	422	54.8	210	27.3	101	13.1	37	4.8	770	100.0

$\chi^2:26.42, SD:12, p<0.05$

Araştırmada Kayseri ili ve çevresinden gelen hastalar ile Kayseri dışından gelen hastalarda, 1-10 gün yatış oranı yüksek bulunmuştur. Yine Kayseri dışından il ve ilçelerden gelen hastalarda 20 gün ve daha uzun süre yatanların oranı, Kayseri il ve ilçelerinden gelen hastaların oranından daha fazladır.

Görüldüğü gibi Kayseri dışından gelen hastalar Kayseri il merkezinden gelenlere nazaran daha uzun süre yatmaktadırlar. Dışardan gelen hastaların daha komplike ve ağır hastalıklar sonucu, daha ileri tetkik ve tedavi için Üniversite hastanelerine sevk edilmesi ve mesafe faktörünün de etkisiyle, daha uzun süre yatmalarına neden olabilir.

Tablo 23. Araştırma Grubundaki Hastaların Sosyal Güvence Durumlarına ve Hastanede Yatış Sürelerine Göre Dağılımı

Sosyal Güvence Durumu	YATIŞ SÜRESİ (gün)									
	1-10		11-20		21-30		31 ve üzeri		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Emekli Sandığı	187	55.0	94	27.6	43	12.6	16	4.8	340	100.0
Sosyal G.Yok	136	61.6	59	26.7	21	9.5	5	2.2	221	100.0
SSK	69	44.2	46	29.5	31	19.9	10	6.4	156	100.0
Yeşilkart	23	53.4	11	25.6	4	9.3	5	11.7	43	100.0
Bağ-Kur	3	75.0	0	0.0	1	25.0	0	0.0	4	100.0
Diğer	4	66.6	0	0.0	1	16.7	1	16.7	6	100.0
TOPLAM	422	54.8	210	27.3	101	13.1	37	4.8	770	100.0

$\chi^2:9.89, SD:4, p<0.05$

Araştırma grubundaki hastaların sosyal güvenceleri ve yatış sürelerine göre dağılımı incelendiğinde;

Bütün gruplarda 1-10 gün yatış oranının en fazla olduğu bulunmuştur. Yeşil kartlı olan hastalar, diğer gruplardaki, 30 günden daha uzun süre yatan hastalardan daha fazla orandadır.

Burada yeşil kartlı olan hastaların, daha uzun süre kalabilmeleri, tüm tedavi masraflarının Devlet tarafından ödenmesi kolaylığından olabilir. Yine Emekli Sandığı ve sigortalı hastalar, sosyal güvencesi olmayanlara göre daha uzun süre kalabilmektedirler.

Tablo 24. Araştırma Grubundaki Hastalara Konulan Tanılara Göre Dağılım

Hastalık Kodu	Hastalık Adı	Sayı	%
A111	Ürogenital sistemin diğer hastalıkları*	108	14.0
A84	Kalp hastalıklarının diğer şekilleri**	83	10.8
A64	Şekerli diabet	73	9.5
A102	Karaciğer sirozu	51	6.6
A59	Lösemi	36	4.7
A51	Trakea, bronş ve akciğerin habis urları	32	4.1
A58	Vücudun diğer belirtilmeyen yerdeki habis urları	28	3.6
A104	Sindirim sisteminin diğer hastalıkları	22	2.9
A67	Anemiler	22	2.9
A98	Peptik ülser	19	2.5
	Diğer	296	38.4
TOPLAM		770	100.0

*Bu hastalık grubunda Kronik Böbrek Yetmezliği çoğunluğu oluşturmaktadır.

**Bu hastalık grubunda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı çoğunluğu oluşturmaktadır.

Tablo 24'de hastalarda en çok görülen ilk 10 hastalık ve diğer hastalıklar verilmiştir.

Araştırma grubundaki hastalarda en çok görülen hastalık, ürogenital sistemin diğer hastalıklarıdır (A111). Bunu sırasıyla, kalp hastalıklarının diğer şekilleri (A84), Diabetus Mellitus (A64), karaciğer sirozu (A102) ve lösemiler (A59) izlemektedir. Hastalarda en çok görülen ilk 10 hastalık tüm hastalıkların % 61.6'sını oluşturmaktadır.

Kayseri il geneli yataklı tedavi kurumlarında en çok görülen ilk 10 hastalıktan birinci sırayı ürogenital sistemin diğer hastalıkları alırken, kalbin diğer hastalıkları beşinci sırayı almıştır.

Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1991 yılı hastane kayıtlarına göre en çok görülen ilk 10 hastalığın başında, iskemik kalp hastalıkları ve kalp hastalıklarının diğer şekilleri almış, ürogenital sistemin diğer hastalıkları beşinci sırada, şekerli diabet altıncı sırada yer almıştır.

Buradan da anlaşılacağı gibi, Kayseri ve çevresinde yataklı tedavi kurumlarında

tedavi gören hastalarda böbrek hastalıkları, kalp hastalığının diğer şekillerinden olan Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve diabet, ilk sıraları almaktadır. Bu hastalıklar kronik hastalıklar olup, yataklı tedavi kurumlarında yatarak, tedavi gerektiren hastalıklardır. Günümüzde kronik hastalıklar bütün ülkelerde önemini devam ettirmektedirler.

Tablo 25. Araştırma Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına ve Konulan Tanılara Göre Yüzde Dağılımı

Yaş Grupları	KONULAN TANILAR											TOPLAM Sayı	%
	A111 %	A84 %	A64 %	A102 %	A59 %	A51 %	A58 %	A104 %	A67 %	A98 %	Diğer %		
20'nin altı	14.8	0.0	0.0	0.0	2.9	0.0	2.9	0.0	5.9	5.9	67.6	34	100.0
20-39	11.5	1.1	6.0	2.8	9.9	0.0	1.1	1.6	3.2	3.2	59.6	183	100.0
40-59	20.4	6.2	8.5	10.0	2.7	4.2	4.2	3.0	3.5	2.7	34.6	260	100.0
60-79	10.0	21.5	13.7	7.0	3.7	7.8	4.4	4.0	1.9	1.1	24.9	260	100.0
80 ve üzeri	8.7	30.4	13.0	4.3	0.0	0.0	8.7	0.0	0.0	4.3	30.4	23	100.0
TOPLAM	14.0	10.8	9.5	6.6	4.7	4.1	3.6	2.9	2.9	2.5	38.4	770	100.0

Tablo 25'de görüldüğü gibi, 20 yaşın altında, 20-39 ve 40-59 yaş gruplarında en fazla ürogenital sistemin diğer hastalıkları (A111) görülürken, 60-79, 80 ve üzerindeki yaş gruplarında kalp hastalıklarının diğer şekilleri (A84) tanısı ile yatan hastalar daha fazla oranda olduğu bulunmuştur.

Buradan da anlaşılacağı gibi, genç yaş gruplarında böbrek hastalıkları görülürken, ileriki yaşlarda kalp hastalıkları daha çok oranda görülmektedir.

Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde yaş gruplarına göre en çok görülen 5 hastalık arasında ürogenital sistemin diğer hastalıkları, 15-24 yaş grubunda ikinci sırayı, ileriki yaşlarda üçüncü sırayı alırken, 65 yaşından sonra ilk sırayı Hipertansiyonun aldığı saptanmıştır (16).

Tablo 26. Araştırma Grubundaki Hastaların Meslek Gruplarına ve Konulan Tanılara Göre Yüzde Dağılımı

Meslek Grupları	KONULAN TANILAR											TOPLAM	
	A111 %	A84 %	A64 %	A102 %	A59 %	A51 %	A58 %	A104 %	A67 %	A98 %	Diğer %	Sayı	%
Ev hanımı	15.1	9.2	12.5	5.0	5.2	2.0	1.7	3.6	4.6	2.0	39.1	304	100.0
Çiftçi	11.0	19.1	1.9	7.2	4.5	6.3	4.5	2.8	3.7	0.0	39.0	110	100.0
Emekli	7.8	17.6	14.7	17.6	2.0	4.0	10.8	2.0	0.0	2.0	21.5	102	100.0
Memur	12.1	2.7	6.8	9.5	5.4	2.7	1.3	2.7	0.0	6.8	50.0	74	100.0
İşçi	20.4	4.1	10.2	0.0	10.2	12.2	4.1	2.0	2.0	0.0	34.7	49	100.0
Esnaf	15.6	13.3	2.2	4.4	6.7	6.7	0.0	2.2	0.0	2.2	46.7	45	100.0
İşsiz	20.5	12.8	7.7	2.6	2.6	7.7	5.1	0.0	0.0	5.1	35.9	39	100.0
Serbest M.	0.0	3.7	14.8	0.0	0.0	3.7	3.7	7.4	3.7	7.4	55.6	27	100.0
Öğrenci	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.0	0.0	10.0	5.0	40.0	20	100.0
TOPLAM	14.0	10.8	9.5	6.6	4.7	4.1	3.6	2.9	2.9	2.5	38.4	770	100.0

Araştırma grubundaki hastaların meslek gruplarını, konulan hastalıklara göre dağılımı incelendiğinde, çiftçi ve emeklilerde kalp hastalığının diğer şekilleri (A84) çok görülürken, ev hanımı, memur, işçi, esnaf ve işsizlerde ürogenital sistemin diğer hastalıkları (A111) daha çok görülmektedir. Öğrencilerde ise en çok yine ürogenital sistemin diğer hastalıkları ilk sırada yer alırken bunu sırayla anemi (A67) ve vücudun diğer yerlerindeki habis ular (A58) eşit oranda izlemektedir.

Emeklilik yaşı ileri yaşlarda olduğu için, bu meslek grubunda kalp hastalığının diğer şekilleri (A84) daha fazla oranda görülmesine neden olabilir.

Tablo 27. Araştırma Grubundaki Hastaların Sigara İçme Durumuna ve Konulan Tanılara Göre Yüzde Dağılımı

Sigara İçme D.	KONULAN TANILAR											TOPLAM	
	A111 %	A84 %	A64 %	A102 %	A59 %	A51 %	A58 %	A104 %	A67 %	A98 %	Diğer %	Sayı	%
Halen içiyor	4.6	15.6	4.6	13.6	7.8	8.4	3.2	2.6	1.3	3.2	35.1	154	100.0
Hiç içmemiş	18.7	7.5	10.3	6.0	6.7	3.2	3.2	4.3	2.4	3.2	34.5	252	100.0
Bırakmış	12.5	21.1	5.8	7.7	2.8	5.8	5.8	2.0	2.0	0.9	33.6	104	100.0
Belirtilmemiş	15.8	7.0	13.0	2.7	1.5	1.9	3.4	1.9	4.7	1.9	46.2	260	100.0
TOPLAM	14.0	10.8	9.5	6.6	4.7	4.1	3.6	2.9	2.9	2.5	38.4	770	100.0

Tablo 27'de görüldüğü gibi, sigara içen hastalarda en çok, kalp hastalığının diğer şekilleri (A84), hiç sigara içmemiş hastalarda ürogenital sistemin diğer hastalıkları (A111), sigarayı bırakanlarda ise kalp hastalığının diğer şekilleri görülmektedir.

Sigara, kalp-damar sistemi hastalıklarında, solunum sistemi hastalıklarında ve pek çok hastalığın oluşumunda önemli bir faktördür.

Araştırma kapsamındaki hastalarda da, sigara içen ve daha önce içmiş ve sonra bırakan hastalarda kalp hastalığının diğer şekillerinden olan kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve corpulmonale daha yüksek oranda bulunmuştur.

Son yıllarda yapılan epidemiyolojik araştırmalar, ülkemizde erkek erişkenler arasında yerleşmiş olan sigara alışkanlığı, kadın ve çocuklarda da artmış olduğunu göstermekte ve buna bağlı pek çok hastalığın da giderek artmasına neden olmaktadır.

Tablo 28. Araştırma Grubundaki Hastaların Geliş Yerlerine ve Konulan Tanılara Göre Yüzde Dağılımı

Geldiği Yer	KONULAN TANILAR											TOPLAM	
	A111 %	A84 %	A64 %	A102 %	A59 %	A51 %	A58 %	A104 %	A67 %	A98 %	Diğer %	Sayı	%
Kayseri il merkezi	15.0	11.3	12.3	6.7	2.8	3.7	3.4	3.0	2.4	2.8	36.6	326	100.0
Kayseri ilçe, köy ve kasab.	9.0	10.4	8.3	7.6	10.4	4.9	4.2	2.1	3.5	2.1	37.5	144	100.0
Kayseri dışı il merkezi	20.7	3.8	9.4	11.3	0.0	3.8	1.9	3.8	0.0	5.7	39.6	53	100.0
Kayseri dışı ilçe, köy ve kasabası	14.2	11.8	6.5	4.9	4.9	4.4	4.0	2.8	3.6	1.6	41.3	247	100.0
TOPLAM	14.0	10.8	9.5	6.6	4.7	4.1	3.6	2.9	2.9	2.5	38.4	770	100.0

Tablo 27'de Kayseri il merkezinden ve Kayseri dışı il merkezinden en fazla ürogenital sistemin diğer hastalıkları (A111) tanısı konulan hastaların, Kayseri'nin ilçe, köy ve kasabalarından, kalp hastalıklarının diğer şekilleri (A84) ve lösemi (A59) tanısı konulan hastaların, Kayseri dışı ilçe, köy ve kasabalarından da yine ürogenital sistemin diğer hastalıkları tanısı konulan hastaların geldiği görülmektedir.

Görüldüğü üzere, Kayseri il merkezinden gelen hastalara en az anemi (A67) tanısı konulmuş olup, Kayseri dışı il merkezlerinde ise anemi ve lösemi tanısı hiç konmamış en az oranda da vücudun diğer belirtilmeyen yerlerindeki habis ur (A58) tanısı konmuştur.

Kayseri'nin ilçe, köy ve kasabalarından gelen hastalara bakıldığında ise, en az sırada peptik ülser (A98) ve sindirim sisteminin diğer hastalıkları (A104) tanısı konulmuş, Kayseri dışında ilçe, köy ve kasabalarından gelen hastalara da en az peptik ülser tanısı konmuştur.

Tablo 29. Araştırma Grubundaki Hastaların Yatış Sayısına ve Konulan Tanılara Göre Yüzde Dağılımı

Yatış Sayısı	KONULAN TANILAR											TOPLAM	
	A111 %	A84 %	A64 %	A102 %	A59 %	A51 %	A58 %	A104 %	A67 %	A98 %	Diğer %	Sayı	%
I.Yatış	12.6	10.6	10.2	5.3	4.1	3.7	3.9	2.8	3.1	2.8	40.9	676	100.0
II.Yatış	23.4	11.7	5.2	18.1	6.5	5.2	2.6	2.6	1.3	0.0	23.4	77	100.0
III. ve üzeri Yatış	29.4	11.8	0.0	5.9	17.6	17.6	0.0	5.9	0.0	0.0	11.8	17	100.0
TOPLAM	14.0	10.8	9.5	6.6	4.7	4.1	3.6	2.9	2.9	2.5	38.4	770	100.0

Tablo 29'da görüldüğü gibi hastaların birinci, ikinci, üç ve üzerindeki yatışlarında en fazla tanı konulan hastalık grubu, ürogenital sistemin diğer hastalıklarıdır (A111). Peptik ülserli (A98) hastaların ikinci ve üçüncü yatışları olmazken, anemi (A67), vücudun diğer belirtilmeyen yerlerindeki habis ular (A58) ve diabetli (A64) hastaların da üçüncü yatışları olmamıştır.

Serviste yatan hastalar yakınmalarına ve bulgularına göre gerek teşhis, gerekse tedavi açısından başka servislerden konsültasyon istenerek durumları değerlendirilmektedir.

Araştırma grubuna giren hastalara istenen konsültasyon sayısı incelendiğinde 347 kişiye (% 45.1) konsültasyon istendiği sağlanmıştır.

Araştırma grubundaki hastalara konulan tanılara ve konsültasyon isteme sayılarına göre dağılımı Tablo 29'da verilmiştir.

Tablo 30. Araştırma Grubundaki Hastalara Konulan Tanılara ve Konsültasyon İsteme Sayısına Göre Dağılımı

Konulan Tanılar (Hastalık Kodu)	KONSÜLTASYON İSTEME SAYISI								TOPLAM	
	İstenmedi	%	I.Kez	%	II.Kez	%	III ve Üzeri	%	Sayı	%
A111	55	51.0	40	37.0	6	5.6	7	6.4	108	100.0
A84	59	71.1	19	22.9	5	6.0	0	0.0	83	100.0
A64	21	28.8	22	30.1	23	31.6	7	9.5	73	100.0
A102	39	76.4	8	15.7	3	5.9	1	2.0	51	100.0
A59	24	66.7	8	22.2	4	11.1	0	0.0	36	100.0
A51	20	62.6	10	31.2	2	6.2	0	0.0	32	100.0
A58	15	53.6	9	32.1	4	14.3	0	0.0	28	100.0
A104	16	72.7	5	22.7	1	4.6	0	0.0	22	100.0
A67	13	59.1	5	22.7	4	18.2	0	0.0	22	100.0
A98	14	73.7	5	26.3	0	0.0	0	0.0	19	100.0
Diğer	147	49.6	115	38.9	14	4.7	20	6.8	296	100.0
TOPLAM	423	54.9	246	32.0	66	8.6	35	4.5	770	100.0

Tablo 30'da görüldüğü gibi, hastaların % 54.9'u için konsültasyon istenmemiş, % 32'si için bir kez, % 8.6'sı için iki kez, % 4.5'i için de üç ve daha fazla sayıda konsültasyon istenmiştir.

Konulan hastalık tanılarına göre, konsültasyon isteme sayıları incelendiğinde; Araştırma grubundaki hastalara, hastanede yattıkları sürede toplam 501 kez konsültasyon istenmiş, istenen konsültasyonların servislere göre dağılımı Tablo 30'da verilmiştir.

Tablo 31. Araştırma Grubundaki Hastalara İstenen Konsültasyonların Servis- lere Göre Dağılımı

Servis Adı	Sayı	%
Göz	87	17.3
Nöroloji	84	16.8
Üroloji	56	11.1
KIBB	47	9.4
Genel cerrahi	42	8.4
Psikiyatri	41	8.2
Kadın doğum	28	5.6
Göğüs-kalp-damar cerrahisi	27	5.4
Fizit tedavi	24	4.8
Ortopedi	16	3.2
Beyin cerrahisi	14	2.8
Plastik cerrahi	6	1.2
B.intaniye	3	0.6
TOPLAM	501	100.0

Tablodan da görüldüğü gibi, en fazla göz servisinden konsültasyon istenmiş, bu- nu nöroloji, üroloji, kulak-burun-boğaz ve genel cerrahi servisi izlemektedir.

Tablo 32. Araştırma Grubundaki Hastalara Uygulanan Tedavi Şekillerine Göre Dağılımı

Tedavi Şekli	Sayı	%
Medikal tedavi	770	100.0
Dializ tedavisi	62	8.0
Radyoterapi	25	3.2
Cerrahi tedavi	16	2.0
Fizik tedavi	1	0.1

Araştırma grubundaki hastaların tamamına medikal tedavi yani ilaç tedavisi uy- gulanmış, bunun yanısıra % 8'ine dializ tedavisi, % 3.2'sine radyoterapi, çok az oran- larda da cerrahi ve fizik tedavi uygulanmıştır.

Servise yatırılan hastalara uygulanan tedaviden sonra durumları değerlendirilerek uygun görülenlerin taburcu olmasına karar verilir. Gerekli görülen hastalar ise belirli bir süre sonra kontrole çağrılır.

Tablo 33. Araştırma Grubundaki Hastaların Kontrole Çağırılma Durumunun Dağılımı

Kontrole Çağırılma Durumu	Sayı	%
Evet	528	68.6
Gereksiz*	173	22.4
Belirtilmemiş	69	9.0
TOPLAM	770	100.0

**Exitus, başka bir servise devir, sevk ve kendi isteğiyle taburcu olan hastalar bu gruba alınmıştır*

Araştırma grubundaki hastaların % 68.6'sı kontrole çağrılmış, % 22.4'ü sevk, devir, exitus ve kendi isteğiyle ayrıldığı için, kontrole gerek kalmamıştır. Hastaların % 9'unun dosyasında ise bu bilgi verilmemiştir.

Kontrole çağrılan 528 (% 68.6) hastadan 287 (% 54.3)'si kontrole gelmiş, geriye kalan hastalar gelmemiştir.

Tablo 34. Araştırma Grubundaki Hastaların Uygulanan Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı

Sonuç	Sayı	%
O haliyle	539	70.0
Exitus	85	11.0
Şifa	58	7.6
Kendi isteğiyle taburcu	42	5.4
Devir	33	4.3
Sevk	13	1.7
TOPLAM	770	100.0

Tablo 34'de hastalara uygulanan tedaviler sonucunda alınan sonuçlar verilmiştir.

Tabloda da görüldüğü gibi, hastaların % 70'i "O haliyle", yani halen hastalığı devam ederek sadece bazı semptomlarının gerilemesiyle rahatlayarak, hastalığın şiddetinin azaltılmasıyla taburcu edildiği, % 11'inin exitus'la sonuçlandığı, % 7.6'sının iyileşerek taburcu edildiği, % 5.4'ünün tedaviyi yarım bırakarak kendi isteğiyle taburcu olduğu, % 4.3'ünün başka bir servise devir edildiği, % 1.7'sinin de diğer sağlık kuruluşlarına sevk edildiği saptanmıştır.

Ölüm oranının, şifa oranından yüksek olması, hastaların hastalıklarının ağır seyretmesi, zamanında tedavi için başvurmamış olmaları ve yaş gruplarının ileriki yaşlarda sayıca daha fazla olmasından kaynaklanabilir.

Hastanelerde tutulan ölüm istatistikleri, seçilmiş bir grubu yansıtmamasına rağmen, yine de o toplumdaki sağlık kuruluşunda gerçekleşen ölümlerin nedenleri hakkında bilgi vermesi açısından önemlidir.

Ancak Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde ölümlerin % 82.2'sinin evde olduğu gerçeği dikkate alındığında, hastane ölümlerinin toplumu tam olarak yansıtmayacağı da bilinmektedir (6).

1991 yılında Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Eğitim ve Araştırma Hastane-

si'nde kaba ölüm oranı % 3.2 olup, Devlet Hastanesi'nde % 2.3, SSK'da % 0.9'dur (18). Aynı yıl İç Hastalıkları servisinde (İç Hastalıkları I, İç Hastalıkları II, yoğun bakım ünitesi) kaba ölüm oranı 7.8 olarak bulunmuştur.

1992 yılı Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Eğitim ve Araştırma Hastanesi kayıtlarında 1991 yılına göre tüm hastane genelinde kaba ölüm oranı artarak, % 3.6 olarak bulunmuştur. İç Hastalıkları servisinde ölüm oranı azalmış ve % 7.2'ye düşmüştür.

Tablo 35. Araştırma Grubundaki Hastaların Cinsiyetlerine ve Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı

Cinsiyet	TEDAVİ SONUCU												TOPLAM	
	O haliyle		Exitus		Şifa		Kendi ist.tab.		Devir		Sevk		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	304	68.3	59	13.2	31	7.0	23	5.2	17	3.8	11	2.5	445	100.0
Kadın	235	72.3	26	8.0	27	8.3	19	5.9	16	4.9	2	0.6	325	100.0
TOPLAM	539	70.0	85	11.0	58	7.6	42	5.4	33	4.3	13	1.7	770	100.0

Araştırma grubundaki hastaların cinsiyetlerinin, tedavi sonuçlarına göre dağılımına bakıldığında;

Her iki cinsiyette "O haliyle" taburcu oranının en yüksek olduğu görülmektedir. Erkeklerde exitus oranı daha yüksek olurken, kadınlarda ise şifa oranı ile exitus oranı birbirine yakın değerlerde en yüksek bulunmuştur. Kadınlarda, erkeklere nazaran kendi isteğiyle taburcu oranı ve devir oranları daha yüksek, başka bir sağlık kuruluşuna sevklerde ise erkekler daha yüksek orandadır.

Tablo 36. Araştırma Grubundaki Hastaların Yaş Gruplarına ve Tedavi Sonuçlarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	O haliyle		Exitus		Şifa		Kendi ist. taburcu		Devir		Sevk		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
20'nin altı	21	61.7	1	3.0	11	32.3	0	0.0	1	3.0	0	0.0	34	100.0
20-39	137	74.9	13	7.1	18	9.9	5	2.8	6	3.2	4	2.1	183	100.0
40-59	180	69.2	30	11.5	18	6.9	10	3.9	17	6.5	5	2.0	260	100.0
60-79	189	70.0	39	14.4	10	3.8	19	7.0	9	3.3	4	1.5	270	100.0
80 ve üzeri	12	52.1	2	8.7	1	4.4	8	34.8	0	0.0	0	0.0	23	100.0
TOPLAM	539	70.0	85	11.0	58	7.6	42	5.4	33	4.3	13	1.7	770	100.0

$\chi^2:94.078, SD:20, p<0.05$

Araştırma kapsamındaki hastaların yaş gruplarına ve tedavi sonuçlarına göre dağılımına bakıldığında;

Bütün yaş gruplarında "O haliyle" taburcu olan hastaların en fazla oranda olduğu görülmektedir. 20 yaşın altında ve 20-39 yaş gruplarındaki hastalarda iyileşme daha yüksek, 40-59 ve 60-79 yaş grubundaki hastalarda ise ölümler daha yüksek, 80 ve üzerindeki hastalarda da kendi isteğiyle taburcu olanların oranı daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların yaş grupları arttıkça, ölüm oranları da artmakta, iyileşme oranları ise azalmaktadır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak da önemli bulunmuştur ($\chi^2: 94.078, SD:20, p<0.05$).

Tablo 37. Araştırma Grubundaki Hastalara Konulan Tanılara ve Tedavi Sonuçlarına Göre Yüzde Dağılımı

Konulan T. (Hst.Kodu)	TEDAVİ SONUÇLARI							TOPLAM	
	O haliyle %	Exitus %	Şifa %	Kendi ist. taburcu %	Devir %	Sevk %	Sayı	%	
A111	74.0	14.9	1.9	6.4	0.9	1.9	108	100.0	
A84	82.0	10.8	0.0	7.2	0.0	0.0	83	100.0	
A64	82.2	4.1	0.0	8.2	4.1	1.4	73	100.0	
A102	78.4	11.9	4.0	1.9	1.9	1.9	51	100.0	
A59	77.8	22.2	0.0	0.0	0.0	0.0	36	100.0	
A51	81.3	9.4	0.0	3.1	3.1	3.1	32	100.0	
A58	53.6	28.6	0.0	7.1	10.7	0.0	28	100.0	
A104	31.9	4.5	45.4	4.5	13.7	0.0	22	100.0	
A67	91.0	4.5	0.0	0.0	4.5	0.0	22	100.0	
A98	26.3	0.0	63.1	5.3	5.3	0.0	19	100.0	
Diğer	10.1	10.8	64.2	2.7	6.4	5.8	296	100.0	
TOPLAM	70.0	11.0	7.6	5.4	4.3	1.7	770	100.0	

Tablo 37'de görüldüğü gibi, sindirim sisteminin diğer hastalıkları (A104) ve peptik ülser tanısı (A98) konulan hastalarda iyileşme daha yüksek görülürken, diğer hastalıklar nedeniyle yatan hastaların hepsinde "O haliyle" taburcu oranı olan daha yüksek bulunmuştur. Vücudun diğer belirtilmeyen yerlerindeki habis ur (A58) tanısıyla yatan hastalarda ölüm oranı en yüksek oranda bulunurken, ölüm oranının en düşük olduğu hastaların diabetli (A64) hastalar olduğu tesbit edilmiştir. Peptik ülser (A98) tanısı konulan hastalardan hiç ölen olmamıştır.

Diabetli hastalar en çok oranda kendi isteğiyle taburcu olurken, sindirim sisteminin diğer hastalıkları (A104) ile vücudun diğer belirtilmeyen yerlerindeki habis ur (A58) tanısı konulan hastalar en çok oranda başka bir servise devir edilmiş, trakea, bronş ve akciğerin habis urları (A51) tanısıyla yatan hastalar da bir başka kuruma en çok oranda sevk edilmiştir. Bu hastalık grubundaki hastaların Radyoterapi tedavisi için bir başka merkeze sevk edilmesi oranının daha çok oranda çıkmasına sebep olabilir.

Görüldüğü gibi, vücudun diğer belirtilmeyen yerlerindeki habis urları (A58) olan hastalar ile lösemili (A59) hastalarda ölüm oranı yüksek bulunmuştur. Kayseri ilinde hastanelerde en çok ölüme neden olan hastalıklardan habis urlar beşinci sırayı almaktadır. Ülkemizde 1991 yılında ise hastalığa bağlı ilk on ölüm nedeni arasında habis urlar ikinci sırayı almaktadır (19).

Tablo 38. Araştırma Grubundaki Hastaların Tedavi Masraflarına Göre Dağılımı (1992 fiyatlarına göre)

Tedavi Masrafları (TL)	Sayı	%
1.000.000 TL'den az	82	10.7
1.000.001 - 5.000.000	514	66.8
5.000.001 - 10.000.000	118	15.3
10.000.000 TL'nin üzeri	56	7.2
TOPLAM	770	100.0

Araştırma kapsamındaki hastaların, hastanede yattıkları sürede yapılan tüm işlemler için ödedikleri tedavi masraflarının dağılımı Tablo 38'de verilmiştir.

Görüldüğü gibi hastaların yarıdan çoğunun (% 66.8'i) tedavi masrafı 1.000.001-5.000.000 TL en fazla oranda olurken, % 7.2'sinin 10 milyonun üzerinde olduğu tesbit edilmiştir. Hastaya yapılan her türlü girişimler, oda ücreti, kalış süresi gibi pek çok faktör tedavi masraflarının içinde yer almaktadır.

Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1992 yılı Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü kayıtlarına göre tedavi gelirleri 55 milyar 791 milyon 225 bin olup, bir hastaya düşen tedavi masrafı ise 3 milyon 323 bin TL olarak bulunmuştur.

Tedavi masraflarının sosyal güvence durumuna göre dağılımı Tablo 39'da verilmiştir.

Tablo 39. Araştırma Grubundaki Hastaların Sosyal Güvence Durumuna ve Masraflarına Göre Dağılımı

TEDAVİ MASRAFLARI										
Sosyal Güvence Durumu	1.000.000'dan az		1.000.001-5.000.000		5.000.001-10.000.000		10.000.000 üzeri		TOPLAM	%
		%		%		%		%		
Emekli Sandığı	26	7.6	247	72.6	42	12.4	25	7.4	340	100.0
Sosyal güvence yok	49	22.2	118	53.4	39	17.6	15	6.8	221	100.0
SSK	0	0.0	115	73.7	28	18.0	13	8.3	156	100.0
Yeşil kart	5	11.6	26	60.4	9	21.0	3	7.0	43	100.0
Bağ-Kur	0	0.0	4	100.0	0	0.0	0	0.0	4	100.0
Diğer	2	33.3	4	66.7	0	0.0	0	0.0	6	100.0
TOPLAM	82	10.7	514	66.8	118	15.3	56	17.2	770	100.0

$\chi^2:18.96, SD:3, p<0.05$

Tabloda da görüldüğü gibi sosyal güvencesi olmayan hastalar, tedavi masrafı olarak her grupta en düşük oranda tedavi masrafı ödemektedir. Tedavi masrafı 1 milyondan az olan hastalar SSK'lı hastalar olup, Bağ-Kur'lu hastaların tamamı 1 milyon-5 milyon arasında tedavi masrafı ödemiştir. Tedavi masrafı 10 milyonun üzerinde olan hastalar yine SSK'ya bağlı olan hastalar ve Emekli Sandığı'na bağlı olan hastalardır.

Sosyal güvencesi olan hastalarda tedavi masrafı daha fazla olurken, güvencesi olmayan hastalarda bu miktar azalmaktadır. Burada sosyal güvenceye sahip olan hastalar daha uzun süre hastanede tedavi için yatmakta, yapılan her türlü müdahale ve tetkikleri yaptırabilmekte, çünkü bir kuruma bağlı olduğu için ödeme kolaylığı olmaktadır. Fakat sosyal güvencesi olmayan hastalar maddi imkanları ölçüsünde tedavisini sürdürebilmektedir. Bu nedenle ki sosyal güvencesi olan hastaların tedavi masrafları da daha yüksek olmakta, güvencesi olmayanlarda tedavi masrafları azalmaktadır. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($\chi^2:18.96, SD:3, p<0.05$).

V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmada Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları servisine 1992 yılında yatan hastaların epidemiyolojik özellikleri verilen klinik hizmeti değerlendirilmiş ve şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Araştırma grubundaki hastaların % 57.8'ini erkekler, % 42.2'sini kadınlar oluşturmaktadır. Erkeklerde 60-79 yaş grubu, kadınlarda 40-59 yaş grubu en fazla oranda bulunmuştur.

- Araştırma kapsamındaki hastaların % 84.4'ünün evli, % 10.5'inin bekar, % 5.1'inin dul olduğu tesbit edilmiştir.

- Meslek gruplarında erkeklerin en fazla çiftçi, emekli ve memur, kadınların ise çoğunluğunun ev hanımı olduğu tesbit edilmiştir.

- Hastaların % 20'sinin halen sigara içtiği, % 32.7'sinin hiç içmediği, % 13.5'inin de sigarayı bıraktığı bulunmuştur. Erkeklerde sigara içme oranı kadınlardan daha fazladır.

- Hastaların % 61'i Kayseri il merkezi ve ilçe, köy ve kasabasından gelmiş, %

39'u Kayseri dışı il merkezi köy ve kasabasından gelmiştir.

- Hastaların % 28.7'sinin hiç bir sosyal güvencesinin olmadığı, % 44.2'sinin Emekli Sandığı'na, % 20.2'sinin SSK'ya, % 5.6'sının yeşil kartlı, % 0.5'inin Bağ-Kur'a bağlı sosyal güvencelerinin olduğu tesbit edilmiştir.

- Hastaların % 52.3'ü poliklinikten, % 48.3'ü acil servisten yatış yapmıştır.

- Hastaların dörtte üçü Yoğun Bakım Ünitesi'ne, dörtte biri de servise yatırılmıştır. Serviste 40-59 yaş grubu hastalar Yoğun Bakım Ünitesi'nde 60-79 yaş grubu hastalar en fazla oranda yatırılmıştır.

- Hastaların % 87.8'i bir kez, % 10'u iki kez, % 2.2'si üç kez ve daha fazla yatmışlardır.

- Hastaların soygeçmişinde ve özgeçmişinde kardiovasküler hastalıklar ilk sırayı almaktadır.

- Hastalara yapılan radyolojik tetkiklerden % 99.5 X-ray grafiği çekilmiş, laboratuvar tetkiklerinden % 99.7 biyokimya, % 99.4 CBC, % 94.7 idrar tahlilleri yapılmış, özel tetkiklerden % 98.9 EKG çekilmiştir. Özel müdahalelerden en fazla periton dializi uygulanmıştır.

- Hastanede ortalama kalış süresi 12.58 ± 11.2 gün olarak bulunmuştur. Hastalar en fazla (% 54.8) 1-10 gün arasında hastanede kalmıştır. Kayseri dışından gelen hastalar Kayseri il merkezinden gelenlere, sosyal güvencesi olan hastalar, sosyal güvencesi olmayanlara göre daha uzun süre hastanede kalmışlardır.

- Hastalara konulan tanılarda ilk sırayı ürogenital sistemin diğer hastalıkları (A111) almaktadır. Bunu kalp hastalıklarının diğer şekilleri (A84), şekerli diabet (A64), karaciğer sirozu (A102) ve lösemi (A59) izlemektedir.

- Tedavi sonucunda hastaların % 70'i "O haliyle" taburcu edilmiş, % 11'i ölümlerle, % 7.6'sı şifa ile sonuçlanmıştır. Erkeklerde ölüm oranı daha yüksek, kadınlarda ise şifa ve "O haliyle" taburcu oranı daha yüksek bulunmuştur.

- Hastaların yaş grupları arttıkça ölüm oranları da artmakta, iyileşme oranları

ise azalmaktadır.

- Vücudun diğer belirtilmeyen yerlerindeki ur (A58) tanısıyla yatan hastalarda ölüm oranı en yüksek bulunurken, diabetli hastalarda (A64) en düşük olmuş peptik ülserli (A98) hastalarda hiç ölüm olmamıştır.

- Tedavi masrafı olarak hastaların % 66.8'i oranda 1.000.001-5.000.000 TL arasında, % 10.7'si 1.000.000 TL'den az ödeme yapmışlardır.

Sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve planlanan hizmetin başarıya ulaşmasında en büyük pay yeterli sayıda sağlık insan gücüne sahip olmaktır. Bu nedenle az sayıda personelin çalışması, verilecek hizmeti olumsuz yönde etkileyecektir. Sağlık insan gücünün yetersizliği halen az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sorunu olarak devam etmektedir.

Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki şu öneriler getirilebilir:

Hastanelerde gerek polikliniğe başvuran, gerekse serviste yatan hastalarla ilgili tüm bilgilerin doğru ve yerinde kaydedilip saklanması, iyi bir kayıt sisteminin oluşturulması, hastanelerin işlev ve fonksiyonlarının daha verimli hale getirilmesi için gereklidir. Bu nedenle hastane yöneticileri tarafından çalışan personele bu konuda yeterli eğitim verilip daha sonra sürekli olarak denetlenmelidir.

Yataklı tedavi kurumlarında, tedavi edilen hastaların hastalık ve tedavi ile ilgili tüm bilgilerinin kaydedilip saklanmasında bilgisayar sisteminden faydalanılması, kayıtların yeterlilik ve güvenilirliğini artırmada yardımcı olabilir.

VI. ÖZET

Bu çalışma Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları servisinde 1992 yılında yatan hastaların epidemiyolojik özellikleri ve verilen klinik hizmeti değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

İç Hastalıkları servisine 1992 yılında toplam 1778 hasta yatırılmış, bu hastalardan % 50 sistematik örneklem tekniğiyle 889 hasta seçilerek örneğe alınmıştır. Fakat arşiv kayıtlarının eksikliği nedeniyle 770 hasta araştırmaya alınmıştır. Hasta dosyalarındaki tanımlayıcı bilgilerle tetkik, teşhis ve tedavi bilgileri bilgi formuna kaydedilmiştir. Elde edilen veriler kodlanarak bilgisayarda değerlendirilmiştir. İstatistiki değerlendirmede Khi-kare analizi kullanılmıştır.

Araştırma grubundaki hastaların % 57.8'i erkek olup, daha çok çiftçi, emekli ve memur, % 42.2'si kadın olup, çoğunluğu ev hanımıdır. Erkeklerde 60-79 yaş grubunda olanların, kadınlarda ise 40-59 yaş grubunda olanların oranı en yüksektir.

Hastaların % 84.4'ü evli, % 10.5'i bekar, % 51'i dul'dur. Eğitimleriyle ilgili bilgi alınamamıştır. Hastaların yarısından çoğu Kayseri il merkezi, köy ve kasabalarından

gelmiştir (% 61).

Hastaların % 70.5'inin sosyal güvencesi vardır.

Hastalar en fazla (% 52.3'ü) poliklinikten ve (% 48.3'ü) acil servisten yatırılmıştır. Hastalar ortalama 12.58 ± 11.2 gün hastanede yatmışlardır.

Hastalara en çok biyokimya, CBC, idrar tahlilleri yapılmış, hemen hemen tamamına EKG ve P-A akciğer grafisi çekilmiştir.

Hastalara en fazla konulan ilk üç tanı ürogenital sistemin diğer hastalıkları (A111), kalp hastalığının diğer şekilleri (A84), şekerli diabet (A64)'tir.

Tedavi sonucunda hastaların % 70'i "O haliyle" taburcu olmuş, % 11'i ölümlerle, % 7.6'sı şifa ile sonuçlanmıştır.

Tedavi masrafı olarak hastaların % 66.8'i 1.000.001-5.000.000 TL arasında, % 10.7'si 1.000.000 TL'den az ödeme yapmıştır.

VII. SUMMARY

This study has been done to evaluate the clinical service given to and epidemiological properties of the patients during the treatment period in 1992 internal service of Gevher Nesibe Educational and Research Hospital at Erciyes University.

Totally 1778 patients was treated in the service in 1992 and 50 % of them which are 889 patients selected by means of the systematic sample technique and have been taken samples. Because of the incompleteness of records in the archives 770 patients were excluded. All the identification data listed and data related to the examination, diagnosis and treatment in the patient files were recorded to the data sheet. The recorded data was evaluated by a computer program chi-square method was employed for the statistical evaluation.

57.8 % of the patients in the test group is male and their professions are mainly farmer, officers and retired. The rest 42.2 % of the patients are female and they are house-wives.

The majority of male group falls in the age group 60-79 and the majority of the

female group falls in the age group 40-59.

84.4 % of the patients are married, 10.9 % of them are unmarried, 51 % of them are widow, it was not possible to get any information about their education. More than half of the patients are from the city center or the towns and villages. 70.5 % have social insurance.

Majority (52.8 %) of them were sent from polyclinics and (48.3 %) were sent from the emergency service. Patients have stayed in the hospital average 12.58 ± 11.2 days.

Patients have been mostly applied biochemistry CBC urine analysis and almost all of them have been taken EKG and -P- A lung graphics. The imaladies diagnosed on the patients are mostly in range diseases of upper genital system (A111) the other cases of heart diseases (A84), diabetic diseases (A64).

At the end of the treatment given at the center 70 % of the patients left with no change 11 % died, 7.6 % recorvered.

66.8 % of the treatment expences falls in the range 1.000.001-5.000.000 Turkish liras and 10.7 % of the treatment expences are below 1.000.000 Turkish liras.

VIII. KAYNAKLAR

1. A Bilal: Sağlık Hizmetlerinde Yönetim: Yeni Asya Yayınları Ticaret ve Sanayi AŞ, İstanbul 1990.
2. Aykut M, Aydemir K, Gülnay O, Öztürk Y: Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Eğitim ve Araştırma Hastanesine Yatırılan Gençlerin Morbidite ve Mortalite Durumlarının Değerlendirilmesi. III. Halk Sağlığı Günleri, Erciyes Üniversitesi Yayınları No 46, Kayseri 1993.
3. Bayer S: Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye'deki Hastanelerde Tıp Hizmetleri ve Tıbbi Kadronun Organizasyonu: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara 1992.
4. Bumin Ç: Kırsal Bölgede 40 Yaş Üzerindeki Nüfusta Hipertansiyon Görülme Sıklığı. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1987.
5. Cilasun U: Çubuk ilçesi 1. Bölgesinde Tedavi Hizmetlerinden Yararlanma ve Bunu Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara 1979.
6. Çetinkaya F: Kayseri İli'nde 1991 Yılında Rutin Kayıtlara Göre Mevcut Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, Kayseri 1992.
7. Devlet İstatistik Enstitüsü: Çalışma İstatistikleri Yayın No 1684, Ankara 1993.
8. Devlet Planlama Teşkilatı: Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı 1990-1994, Ankara 1989.
9. Dirican R: Toplum Hekimliği, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara 1990.
10. Dünya Sağlık Örgütü: 2000 Yılında Herkes İçin Sağlık Genel Planı. Se-Tu Matbaacılık, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları No 89, İstanbul 1982.

11. Erdine S: Türkiye'de Hipertansiyon Haritası. Hipertansiyon ve Ateroskleroz Derneği, İstanbul 1993.
12. Fişek N: Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi ve DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını, Ankara 1983.
13. Hastane Yönetim ve Organizasyonu. Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir 1985.
14. Karababa AO: Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Oturanların Başvurdukları Sağlık Kuruluşlarının Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, İzmir 1989.
15. Kayseri İli Sağlık Müdürlüğü, 1992 İstatistik Yıllığı, Kayseri 1993.
16. Öztürk Y: Kronik Hastalıklar Ders Notları, 1992.
17. Öztürk S: Kayseri Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniğine Başvuran 45 Yaş ve Üzeri Hastaların İkinci Basamak Tedavi Hizmetlerinden Yararlanma Durumlarının Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Uzmanlık Tezi, Kayseri 1992.
18. Sağlık Bakanlığı: Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1991. Yayın No 548, Ankara 1992.
19. Sağlık Bakanlığı: Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı 1992. Yayın No 553, Ankara 1993.
20. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı: Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Sayı 224, Ankara 1961.
21. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Mesleki Öğretim ve Genel Müdürlüğü Yayın No 445, Ankara 1976.
22. Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü, Sosyal Sigortalar Kurumu İstatistik Yıllığı Yayın No 525, Ankara 1991.
23. Sümbüloğlu K: Biyoistatistik. Hatipoğlu Yayınevi, No 53, Ankara 1990.
24. Tuncel N, Şanlı T, Perk M: Halk Sağlığı Hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayın No 266, Eskişehir 1993.
25. Tümerdem Y: Halk Sağlığı I (Toplum Hekimliği). İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi Üniversite Yayın No 3625, Fakülte Yayın No 182, İstanbul 1992.
26. Tümerdem Y: Halk Sağlığı II (Toplum Hekimliği). İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi Üniversite Yayın No 3626, Fakülte Yayın No 183, İstanbul 1992.
27. Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi. TC Hükümeti-Unicef İşbirliği Programı, Yeniçağ Matbaası, Ankara 1991.
28. Türkiye Diyetisyenler Derneği: Beslenme ve Diyet Dergisi, Hacettepe Üniversitesi Yeniçağ Basımevi, Ankara 1991.
29. WHO: The development of studien Health Man Power Technical Report Series No 481, Geneva 1971.
30. World Health Organization Regional Office for Europe: Health for all in Europe on Epidemiological Review, Copenhagen 1990.

**1992 YILINDA DAHİLİYE SERVİSİNE YATAN
HASTALARI DEĞERLENDİRME FORMU**

KOLON KOD

Adı Soyadı	:	
Dosya No	:	
Yatış Tarihi	:	
Sıra No	:	1-3
Hastaneye Yatış Sırası	:	4
1) Yaşı:			5-6
2) Cinsiyeti :			7
1. Erkek 2. Kadın			
3) Medeni Durumu:			
1. Evli 2. Bekar 3. Dul			8
4) Mesleği:			
1. Ev hanımı 2. Memur 3. Çiftçi 4. İşçi 5. İşsiz			9
6. Öğrenci 7. Emekli 8. Esnaf 9. Diğer			
5) Hastanın Geliş Yeri:			
1. Kayseri il merkezi			10-12
2. Kayseri ilçe, köy ve kasabası			
3. Kayseri dışı il merkezi			
4. Kayseri dışı ilçe, köy ve kasabası			
6) Hastanede Yatış Süresi	gün		13-15
7) Servise Geliş Yeri-Şekli:			
1. Acil Servisten 2. Poliklinik 3. Başka bir servisten			
4. Diğer sağlık kuruluşlarından sevk			16
8) Serviste Yatış Yeri:			
1. Yoğun Bakım Ünitesi 2. Servis			17
9) Yatış Yeri Servis ise Oda Durumu:			
1. Özel oda 2. İki kişili oda 3. Altı kişilik oda			18
4. Gereksiz			
10) Hastanın Sosyal Güvence Durumu:			
1. Yok 2. SSK 3. Emekli Sandığı 4. Bağ-Kur			19
5. Yeşil kart 6. Diğer			
11) Özgeçmişle İlgili Bilgiler:			
Geçirilmiş operasyonlar:	1. Var 2. Yok		20
Kazalar	1. Var 2. Yok		21
Diğer			22
12) Özgeçmişinde Mevcut Olan Hastalıklar:			
- Kronik Obstrüktif Akc.Hastalığı	1. Var 2. Yok		23
- Diabetes Mellitus	1. Var 2. Yok		24
- Tüberküloz	1. Var 2. Yok		25
- Kanserler	1. Var 2. Yok		26
- Kalp Hastalıkları	1. Var 2. Yok		27
- Hipertansiyon	1. Var 2. Yok		28
- Diğer			29
13) Soygeçmişinde Mevcut Olan Hastalıkları:			
- Kan Hastalıkları	1. Var 2. Yok		30
- Kardiyovasküler Hastalıklar	1. Var 2. Yok		31
- Endokrin Hastalıkları	1. Var 2. Yok		32

- Solunum Sistemi Hastalıkları	1. Var	2. Yok	33
- Gastrointestinal Sistemi Hastalıkları	1. Var	2. Yok	34
- Ürogenital Sistemi Hastalıkları	1. Var	2. Yok	35
- Nörolojik Sistemi Hastalıkları	1. Var	2. Yok	36
- Psikiyatrik Hastalıklar	1. Var	2. Yok	37
- Kanserler	1. Var	2. Yok	38
- Diğer			39
14) Sigara İçme Durumu:			
1. Halen İçiyor	2. Hiç İçmemiş		40
3. Bırakmış	4. Belirtilmemiş		
15) Sigara İçiyorsa Süresi	yıl		41-42
16) Alkol Kullanma Durumu:			
1. Halen kullanıyor	2. Hiç Kullanmamış		43
3. Özel Günlerde	4. Belirtilmemiş		
17) İlaç Bağımlılığı Durumu:			
1. Var	2. Yok	3. Belirtilmemiş	44
18) Yapılan Radyolojik Tetkikler:			
- X-R Grafiği	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	sayı 45
- Tomografi	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 46
- Ultrasonografi	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 47
- Anjiyografi	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 48
- Kontrastlı Filmler	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 49
19) Yapılan Patolojik Tetkikler:			
- Sitoloji	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 50
- Biopsi	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 51
20) Yapılan Laboratuvar Tetkikleri:			
- Biyokimya	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 52
- CBC	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 53
- Endokrin	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 54
- Seroloji	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 55
- İdrar	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 56
- Gaita	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 57
- Hepatit Marker	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 58
21) Yapılan Özel Tetkikler:			
- Endoskopi	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 59
- Bronkoskopi	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 60
- Sintigrafi	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 61
- EKO	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 62
- EMG	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 63
- EKG	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 64
- Akciğer Fonk.Testi	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 65
- PPD Testi	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 66
- Kemik İliği Aspirasyonu ve Biopsisi	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 67
- Plevra ve Periton Biopsisi	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 68
- Efor Testi	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 69
- Lumbar Fonksiyonu	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 70
22) Yapılan Özel Müdahaleler:			
- Torasentez	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 71
- Parasentez	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 72
- Periton Diyalizi	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 73
- Abse Drenajı	1. Yapılmadı	2. Yapıldı	kez 74
23) İstenen Konsültasyonların Durumu:			
1. İstenmedi	2. İstendi		75

24) Konsültasyon İstendi İse Servis ya da Servislerin Adı:	76-77					
25) Yapılan Tedavi Şekli:						
- Medikal Tedavi	1. Yapıldı	2. Yapılmadı	78			
- Cerrahi Tedavi	1. Yapıldı	2. Yapılmadı	79			
- Radyoterapi	1. Yapıldı	2. Yapılmadı	80			
- Dializ Tedavisi	1. Yapıldı	2. Yapılmadı	81			
- Fizik Tedavisi	1. Yapıldı	2. Yapılmadı	82			
26) Sonuç:						
1. Exitus	2. Şifa	3. O Haliyle	4. Sevk	5. Devir	6. Kendi isteğiyle taburcu	83
27) Kontrole Çağırılma Durumu:						
1. Evet	2. Gereksiz	3. Belirtilmemiş				84
28) Kontrole Çağırıldı ise Gelme Durumu:						
1. Gelmedi	2. Geldi					85-86
29) Tedavi Masrafları	TL					87-90
30) Konulan Tanı:						91-95

