

# Taburculuğa Hazır Olmanın Boyutları: Belirleyicileri, Hasta Sonuçları ve Hastane Harcamaları ile İlişkisi\*

Sıdika KAYA\*\*  
Gülay Sain GÜVEN\*\*\*  
Mesut TELEŞ\*\*\*\*  
Seda AYDAN\*\*\*\*\*  
Cahit KORKU\*\*\*\*\*  
Ahmet KAR\*\*\*\*\*

## ÖZ

Hastaların hastanede kalış süresini kısaltmaya yönelik çabalar, bazı hastaların yeterince hazır olmadan taburcu edilmesine neden olabilmekte ve bu durum olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bu çalışmanın amacı 1) taburculuğa hazır olmanın boyutlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, 2) bu boyutlara göre hasta sonuçlarının (taburcu olduktan sonra 30 gün içinde hastaneye plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı ve ölüm) karşılaştırılması ve 3) bu boyutlarda taburculuğa hazır olma durumuna göre 30 gün içinde plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı için hastanede yapılan harcamaların karşılaştırılmasıdır. Araştırmanın evrenini Ankara'daki bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları servislerinden 1.2.2015-31.1.2016 tarihleri arasında taburcu olan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan 1601 hastanın taburculuğa hazır olma durumlarının değerlendirilmesinde Weiss ve diğerleri (2014) tarafından geliştirilen Readiness for Hospital Discharge Scale/Short Form'un (RHDS/SF) Türkçe versiyonu kullanılmıştır. RHDS/SF'nin dört boyutu bulunmaktadır: Hastanın kişisel durumu, bilgisi, baş etme becerisi ve beklenen desteği. Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, birikimli yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca (25.-75. yüzdelikler) değerler, çubuk ve kutu-çizgi grafikleri ile incelenmiştir. Çıkarımsal istatistiklerde ise ki-kare testi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann Whitney U testi, Spearman korelasyon katsayısı, eta katsayısı, Cramer V katsayısı, Pearson korelasyon katsayısı ve çoklu lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Hastalar en fazla beklenen destek boyutunda, en az ise bilgi boyutunda kendilerini taburculuğa hazır hissetmektedir. Yapılan çoklu lojistik regresyon analizlerine göre, hastaların taburculuğa hazır olma durumunun belirleyicileri RHDS/SF'nin dört boyutuna göre değişmektedir. Kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında taburculuğa hazır olmayan hastaların; 30 gün içinde plansız yeniden yatış, ölüm ve olumsuz bir sonuçla (plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı veya ölüm durumlarından herhangi biri ile) karşılaşma yüzdeleri daha yüksektir. Plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı için hastanede yapılan harcamalar, taburculuğa hazır olmanın boyutlarına göre anlamlı fark göstermemektedir. Hastaların özellikle kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında taburculuğa hazır olma algıları değerlendirilmeli ve buna göre gerekli önlemler alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Acil servis kullanımı, hasta sonuçları, hastane, hastaneye yeniden yatış, taburculuğa hazır olma

\* Bu çalışmanın ilk versiyonu 13-15 Ekim 2017 tarihleri arasında Trabzon'da düzenlenen "1. International 11. Health and Hospital Administration Conference" da sunulmuş, en iyi bildiri olarak seçilmiş ve "Prof. Adil Artukoğlu Best Paper Award" ödülü almıştır.

\*\* Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, sdkaya@hacettepe.edu.tr

\*\*\* Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Dahiliye Bilim Dalı, gulay.sainguven@hacettepe.edu.tr

\*\*\*\* Dr. Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, mesutteles@hacettepe.edu.tr

\*\*\*\*\* Dr. Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, seda.karsavuran@hacettepe.edu.tr

\*\*\*\*\* Arş. Gör. Hacettepe Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, cahitkorku@hacettepe.edu.tr

\*\*\*\*\* Dr. Öğr. Üyesi, Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, ahmetkar@kku.edu.tr

## Dimensions of Readiness for Discharge: Determinants and Associations with Patient Outcomes and Hospital Expenditures

### ABSTRACT

Efforts to shorten patients' length of stay in the hospital may cause some patients to be discharged without adequate readiness, which could cause negative outcomes. The aims of this study are to 1) determine the factors affecting the dimensions of readiness for discharge, 2) compare patient outcomes (unplanned readmission to the hospital, emergency department visit, and death within 30 days after discharge) by these dimensions, and 3) compare hospital expenditures for 30-day unplanned readmission and emergency department visit by readiness for discharge in these dimensions. The population of the study was patients who were discharged from the internal medicine wards of a university hospital in Ankara between February 1, 2015 and January 31, 2016. The Turkish version of the Readiness for Hospital Discharge Scale/Short Form (RHDS/SF) developed by Weiss et al. (2014) was used to assess the readiness of the 1601 patients participated in the study. The RHDS/SF has four dimensions: the patient's personal status, knowledge, coping ability and expected support. Descriptive statistics were examined by frequency, percentage, cumulative percentage, mean, standard deviation, median (25th-75th percentiles) values, bar and box and whisker plots. For inferential statistics, chi-square test, significance test of difference between two means, Mann Whitney U test, *Spearman's correlation coefficient*, *eta coefficient*, *Cramer's V coefficient*, Pearson correlation coefficient and multiple logistic regression analysis were used. The dimension that patients felt most ready for discharge is expected support, while the dimension that they felt least ready is knowledge. According to multiple logistic regression analyzes, determinants of patients' readiness for discharge varied by the four dimensions of the RHDS/SF. The percentages of unplanned readmission, death, and negative outcome (unplanned readmission, emergency department visit or death) of patients who were not ready for discharge with respect to personal status and coping ability dimensions were higher. Hospital expenditures for unplanned readmissions and emergency department visits do not differ significantly with respect to the dimensions of readiness for discharge. Patients' perceptions of readiness for discharge must be assessed especially in personal status and coping ability dimensions and necessary precautions must be taken accordingly.

**Key Words:** Emergency department visit, hospital, hospital readmission, patient outcomes, readiness for discharge

### I. GİRİŞ

Sağlık harcamalarının azaltılması için sağlık sistemleri üzerinde artan bir ekonomik baskı söz konusudur. Bu durum birçok hastanenin hastaların yatış süresini kısaltmasına ve hastaların ihtiyaçları tamamen karşılanmadan veya durumu tamamen iyileşmeden taburcu edilmesine neden olabilmektedir (Weiss et al. 2007; Mabire et al. 2015). Bu konudaki endişeler hastaların taburculuğa hazır olup olmadıklarının değerlendirilmesini gündeme getirmiştir. Lau ve diğerleri (2016) hastaların %23'ünün taburculuğa hazır olmadıklarını ortaya koymuştur. Hastaların taburculuğa hazır olma durumunun değerlendirilmesi hasta güvenliği, hasta tatmini ve hastanın fiziksel, psikolojik ve sosyal sonuçları açısından giderek önem kazanmaktadır (Weiss et al. 2006; Weiss et al. 2007). Taburculuğun kalitesi, hasta sonuçlarını iyileştirmek ve bakım maliyetlerini düşürmek için öncelik haline gelmiştir (Weiss et al. 2017).

Taburculuğa hazır olma kavramı Fenwick (1979) tarafından fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir kombinasyonu olarak tanımlanmıştır. Taburculuğa hazır olma konusu, hastaların bilişsel, duygusal ve psikomotor yetenekleri ile sınırlılıkları arasındaki dengenin yanı sıra, ailenin ve toplumun hastaya neler sağlayabileceği ile de ilgilidir (Fenwick 1979). Weiss ve diğerleri (2007) taburculuğa hazır olmanın boyutlarını; kişisel durum, bilgi, baş etme becerisi ve beklenen destek olarak belirlemiştir. Kişisel durum, hastanın taburcu olduğu gün kendisini nasıl hissettiğini; bilgi, hastanın evdeki kendi bakımı (örneğin, ilaçlar, tıbbi

tedaviler, kısıtlamalar ve hizmet sunucusuna erişim) ile ilgili olan taburculuk bilgisi hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunu; baş etme becerisi, hastanın evdeki bakım ihtiyaçlarını ne kadar iyi yönetebileceğini; beklenen destek ise hastanın ne kadar yardım ve duygusal desteğe sahip olduğunu ifade etmektedir (Weiss et al. 2007; Weiss et al. 2010).

Taburculuğa hazırlık, taburculuk planlamasının bir parçası olup hasta ve ailesinin sağlık kurumundan ayrılmaya hazır olma durumunun tahmin edilmesini sağlayan çok yönlü bir kavramdır. Taburculuğa hazırlık değerlendirilmesi beş alanı içermektedir: Fizyolojik stabilite, hastanın ve ailesinin kendi kendine bakım yetkinliği (bilişsel ve psikomotor), kendi kendine bakımın yürütülmesinde algılanan öz-yeterlik, sosyal desteğin bulunabilirliği ve sağlık hizmetlerine erişim (Titler, Petit 1995).

Taburculuğa hazır olmanın farklı boyutları, hastaların sadece taburculuk sırasındaki fiziki durumlarının değerlendirilmesinin yeterli olmadığını ve taburculuğa hazır olmanın tüm boyutlarının ayrıntılı olarak incelenmesi gerektiğini göstermektedir. Hastaların fiziki durumlarının yanı sıra, evde kendi bakım ihtiyaçlarını karşılayabilecek bilgi ve becerilere sahip olarak taburcu edilmeleri önemlidir (Coşkun, Akbayrak 2001). Ayrıca, taburculuğa hazırlık aşamasında hastanın ev ortamındaki bakımı sırasında karşılaşılabileceği güçlükler, hastanın bakımına yardım eden kişilerin durumu ve karşılaştıkları problemler, hastanın ilaç ve hastalığa ilişkin semptomları yönetebilme kapasitesi gibi faktörler de dikkate alınmalı ve değerlendirilmelidir (Duran, Gürhan 2012).

Başarılı bir taburculuk sürecinde taburculuk sisteminin kurgusu önem arz etmektedir. Yam ve diğerleri (2012) yapılandırılmış, sistematik ve koordineli hastane taburculuk sisteminin hastanın hastaneden topluma geçişini kolaylaştırması, hastanın sağlık sonuçlarını hem klinik hem de sosyal yönlerden iyileştirmesi gerektiğini vurgulamakta ve taburculuk planlamasının beş ana bileşeni bulunduğunu belirtmektedir:

- Ön tarama ve değerlendirme
- Bakım planının ve nihai taburculuk planının geliştirilmesini kolaylaştırmak için devam eden klinik ve fonksiyonel değerlendirme de dahil olmak üzere taburculuk planlama süreci
- Hastaneye yatıştan taburculuğa kadar olan süreçlerin sürekliliği ve zamanlamasını içeren taburculuk koordinasyonu
- Hastanın hazır olmasına, taburculuk sonrası hizmetlerin bulunma ve kullanılabilme durumuna ve düzenlemelerin taburculuk öncesinde kontrol edilmesine odaklanan taburculuk uygulaması
- Taburculuk sonrası izlem.

Hastanede kalış sürelerinin kısalmasıyla sağlık hizmet sunucuları hastalar ve ailelerini evde bakım konusunda eğitmek için daha az zamana sahip olmaya başlamıştır. Hastalar ve ailelerinin evde bakım ihtiyaçlarının karşılanmaması, komplikasyon ve yeniden yatış riskini artırmaktadır (Titler, Petit 1995). Yatış sürelerinin kısalması, hastalar bakımının devamı içerisindeki düzeyler arasında geçiş yaparken, hizmet sunucuları arasında kapsayıcı, işbirlikçi ve bilgilendirilmiş karar verme ve hasta merkezli taburculuk planlaması ve eğitimine hastaların katılımı için daha az zaman kalmasına sebep olmaktadır. Sonuç olarak bazı hastalar tahmin edilenden daha fazla fiziksel ve duygusal ihtiyaçla taburcu olabilmektedir (Knier et al. 2015). Bu sebeplerle hastanın taburculuk sonrası süreçleri yönetebilmesi için gerekli bilgi ve becerilere sahip olması gerekmektedir; bu durum beraberinde taburculuk eğitimi son derece önemli hale getirmektedir. Taburculuk eğitimi yalnızca hastaların değil aynı zamanda hasta yakınlarının da bir ihtiyacdır (Duran, Gürhan 2012).

Hastalara taburculuk sonrası süreçlerle ilgili eğitim verilmesinin sağlık sonuçlarına etkisi olduğu gibi hastaların taburculuğa hazır olması üzerinde de etkisi bulunmaktadır. Türkmen ve Özbaşaran (2017) çalışmalarında doğum sonrası dönemde anne ve bebek bakımı konusunda eğitim alan lohusaların kendilerini taburculuğa hazır hissettiklerini bulmuştur. Maldonado ve diğerleri (2017) doğum sonrası hastaneden taburculuğa hazırlığın belirleyicilerini araştırdıkları çalışmalarında, hemşirelerin eğitim yeteneği ve verilen eğitimin içeriğinin önemli belirleyiciler olduğu sonucuna varmıştır.

Taburculuğa hazır olma durumu, tipik olarak klinik kriterlerin karşılanmasına dayalı bir tıbbi ekip kararıdır. Ancak sağlık hizmeti sunucularının değerlendirmeleri ile hastaların taburculuğa hazır olma algıları arasında farklılıklar olabilmektedir (Weiss et al. 2006; Weiss et al. 2007). Muhtemelen sağlık hizmeti sunucuları hastayı taburcu ederken, hastanın taburculuğa hazır olduğuna inanmaktadır. Ancak, Howard-Anderson ve diğerlerinin (2016) bulguları, genellikle hastaların taburculuğa hazır olma konusunda sağlık hizmeti sunucuları ile aynı fikirde olmadıklarını ortaya koymuştur. Hastanın taburcu olmak için kendisini hazır hissetmesi, taburculuk kararının verilmesinde önemli bir unsurdur. Bu nedenle taburculuğa hazır olma durumunun hasta algıları açısından da değerlendirilmesi önemlidir.

Taburculuğa hazır olma durumunu çeşitli hasta sonuçları ile ilişkilendiren çalışmalar bulunmaktadır. Brooke ve diğerleri (2015) taburculuğa hazır olmayan hastaların yeniden yatış riskinin, hazır olan hastalara göre, üç kat daha fazla olduğunu bulmuştur. Coffey ve McCarthy (2013) de düşük düzeydeki taburculuğa hazır olma algısının, yeniden yatışla anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Weiss ve diğerlerinin (2017) çalışmasında, hemşire değerlendirmesine göre taburculuğa hazır olma, yeniden yatışla negatif yönde ilişkili bulunmuştur. Buna göre, 10 puanlık taburculuğa hazır olma ölçeğindeki bir puanlık artış, yeniden yatış olasılığını %52 azaltmaktadır. Howard-Anderson ve diğerleri (2016) yeniden yatan hastaların yaklaşık üçte birinin indeks taburculuk sırasında kendilerini hastaneden taburcu olmaya hazır hissetmediklerini bulmuştur. Howard-Anderson ve diğerleri (2014) başka bir çalışmada, hastaların %27'sinin yeniden yatışlarının önlenabilir olduğunu düşündüklerini tespit etmişlerdir. Hastaların bu düşünceleri ise; kendilerini hazır hissetmedikleri halde taburcu edilmeleri, bütün endişelerinin taburculuktan önce giderilmemesi, taburcu eden ekipten daha az memnun olmaları ve taburcu olurken birinci basamaktaki hekimden ya da uzmandan takip randevusunun alınmamış olması ile ilişkilendirilmiştir. Greysen ve diğerleri (2016) yeniden yatan 508 hastanın %20'sinin bu yatışlarını erken taburculuk (%8), zayıf kalitedeki hastane bakımı (%6) ve yetersiz taburculuk talimatları ya da takip bakımına (%6) atfettiklerini belirlemiştir. Weiss ve diğerleri (2010) ise taburculuğa hazır olma durumu ile plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımının ilişkili olduğunu bulmuştur. Bobay ve diğerlerine (2010) göre taburculuğa hazırlık, yeniden yatışların ve taburculuk sonrasında acil servis kullanımının azaltılması için temel stratejidir. Taburculuğa hazırlık durumu, sadece yeniden yatış ve acil servis kullanımı ile değil hasta memnuniyeti ile de ilişkili bulunmuştur. Schmocker ve diğerleri (2015) hastanın kendisini taburculuğa hazır hissetmesi ile hasta memnuniyeti (hekimle iletişimden, hemşireyle iletişimden ve genel olarak hastane deneyiminden memnuniyet) arasında güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Hastaların taburculuğa hazır olmaları ile ilişkili faktörlerin bilinmesi, sağlık çalışanlarının hastaların eve gitme konusundaki isteksizliklerini gidermelerine ve hastalar ile ailelerin kaygılarını gidermek için uygun stratejiler geliştirmelerine yardımcı olabilir (Heine et al. 2004). Taburculuğa hazır olma durumunun hastaların yaşı, cinsiyeti, sosyo-ekonomik durumu, eğitim durumu ve komorbiditesi gibi birçok faktörle ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Bernstein et al. 2002; Weiss, Piacentine 2006; Weiss et al. 2007; Bobay et al. 2010; Coffey, McCarthy 2013; Weiss et al. 2014; Schmocker et al. 2015; Lau et al. 2016).

Literatürde taburculuğa hazır olma durumunu etkileyen faktörleri ve hazırlık durumun sonuçlarını birlikte inceleyen çalışmalar (Bernstein et al. 2002; Weiss, Piacentine 2006; Weiss et al. 2007; Bobay et al. 2010; Weiss et al. 2010; Coffey, McCharty 2013; Schmocker et al. 2015; Lau et al. 2016) bulunmakla birlikte, bu faktör ve sonuçları taburculuğa hazır olmanın boyutlarına göre inceleyen çalışmalar (Bobay et al. 2010; Coffey, McCharty 2013) çok azdır.

Türkiye’de taburculuğa hazır olma durumu ile ilgili oldukça az sayıda çalışma yapılmış olup, bu çalışmalar genellikle yeni doğum yapmış annelerle sınırlıdır (Akın, Şahingeri 2010; Dağ ve diğerleri 2013; Altuntuğ, Ege 2013; Sis Çelik ve diğerleri 2014; Demirel Bozkurt ve diğerleri 2016; Burucu, Akın 2017). Bu çalışmalar dışında, psikiyatri hastalarının taburculuk eğitimi alma durumlarının değerlendirildiği başka bir çalışmada, hastaların %26,7’sinin taburcu olmaya kendini hazır hissetmediği belirlenmiştir (Duran, Gürhan 2012). Türkiye’de yapılmış çalışmalarda yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, yatış süresi gibi taburculuğa hazır olma durumunun belirleyicilerinden bazıları değerlendirilmiştir, ancak taburculuğa hazırlık durumuna göre bu çalışmada incelenen hasta sonuçlarını karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca, gerek ulusal gerekse uluslararası literatürde, taburculuğa hazır olma durumuna göre, taburculuk sonrasında olumsuz bir sonuçla karşılaşıldığında gerçekleşen hastane harcamalarını inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, çalışmanın amacı;

- Taburculuğa hazır olmanın boyutlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi,
- Bu boyutlara göre hasta sonuçlarının (taburcu olduktan sonra 30 gün içinde hastaneye plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı ve ölüm) karşılaştırılması ve
- Bu boyutlarda taburculuğa hazır olma durumuna göre 30 gün içinde plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı için hastanede yapılan harcamaların karşılaştırılması olarak belirlenmiştir.

## II. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Veri Toplama

Prospektif kohort araştırması şeklinde uygulanan bu çalışmada, hastaların taburculuğa hazır olma durumunu değerlendirmek için Weiss ve diğerleri (2014) tarafından geliştirilen Taburculuğa Hazır Olma Ölçeğinin kısa formu (Readiness for Hospital Discharge Scale/Short Form) kullanılmıştır. Orijinali İngilizce olan bu ölçek Türkçeye çevrilmiş ve Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur (Kaya et al. 2018a). Ölçek sekiz madde ve dört boyuttan oluşmaktadır ve ölçekteki maddeler 0-10 aralığındaki bir skala üzerinde değerlendirilmektedir (Weiss et al. 2014). Ölçeğin boyutları; hastanın kişisel durumu, hastanın bilgisi, hastanın baş etme becerisi ve hastanın beklenen desteğidir. Ölçek boyutlarının puanı  $\geq 7$  ise hasta taburculuğa hazır,  $< 7$  ise hazır değil olarak değerlendirilmiştir (Lau et al. 2016; Weiss et al. 2014).

Taburculuğa Hazır Olma Ölçeğinin kısa formuna ek olarak hastalara sosyodemografik özellikleri, ikamet ettiği yer, hasta ile birlikte yaşayan bir kişinin olup olmadığı, taburcu olduktan sonra evde bakımına yardım edecek birinin olup olmadığı ve hastanın düzenli olarak görüldüğü bir doktoru olup olmadığı sorulmuştur. Ayrıca, hastaların taburcu olduğu sırada servisteki dolu ve boş yatak sayıları, taburcu olduğu gün ve yatış süreleri kaydedilmiştir. Anketler bu konuda eğitim verilmiş olan dokuz araştırma görevlisi tarafından, taburcu olacakları gün hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Çalışma, araştırmanın yapıldığı üniversitenin etik komisyonu tarafından onaylanmıştır.

Çalışmada incelenen sonuç değişkenleri şunlardır: Hasta taburcu olduktan sonra 30 gün içinde herhangi bir nedenle plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı, ölüm ve; plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı için hastanede yapılan toplam harcama tutarı. Plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı ve ölüm sonuçlarından herhangi birine sahip olma durumu “olumsuz sonuç” olarak tanımlanmıştır. Hastaların aynı hastanenin herhangi bir servisine yeniden yatıp yatmadığının ve acil servisini kullanıp kullanmadığının belirlenmesi için yatan her hastanın, taburcu olduğu tarihten 30 gün sonra, hastane bilgi sisteminden kayıtları kontrol edilmiştir. Hastanın yeniden yatışı var ise, bu yatışın planlanmış olup olmadığı araştırmanın yapıldığı servislerde çalışan iki asistan doktor tarafından belirlenmiştir. Bununla birlikte araştırmaya dahil edilen bütün hastaların ana tanısı (ICD-10 kodu), yoğun bakım ünitesi kullanımının olup olmadığı ve Charlson Comorbidite Index skoru (Charlson et al. 1987) da bu doktorlar tarafından hastanın tıbbi kayıtlarından yararlanılarak belirlenmiş ve kaydedilmiştir. Ayrıca, taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde hastane dışında gerçekleşen ölümler de belirlenmiştir. Ölüm verileri Sağlık Bakanlığında elde edilmiştir. Hastanın plansız yeniden yatışı ve acil servis kullanımı için hastanede yapılan toplam harcamanın (Sosyal Güvenlik Kurumu’na fatura edilen tutarın ve hasta tarafından ödenen fatura tutarının) kaç TL olduğu da hastane bilgi sisteminden elde edilmiştir.

## **2.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklem**

Bu çalışmanın evreni, Ankara’daki yaklaşık 800 yataklı bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları servislerinden 1 Şubat 2015 – 31 Ocak 2016 tarihleri arasındaki 1 yıl boyunca canlı taburcu olan 18 yaş ve üzerindeki tüm hastalardır. İç hastalıkları servislerine iç hastalıkları anabilim dalı çatısı altındaki tüm bilim dalları (nefroloji, gastroenteroloji, hematoloji, vb.) hasta yatırmakta, yataklar iç hastalıklarının tüm bilim dallarınca ortak olarak kullanılmaktadır. İç hastalıkları servislerinden taburcu olan hastalar topluca değerlendirilmiştir. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında ilgili servislerden 2622 hasta taburcu olmuştur. Taburculuğa hazır olma anketi hastaneden canlı taburcu olan hastalara uygulanabileceği için hastanede yatarken ölen hastalara anket yapılması mümkün değildir. Bu nedenle hastanede ölen hastalar (73 hasta) araştırmaya dahil edilmemiştir. Bunun dışında tedaviden vazgeçerek hastaneden ayrılan (34 hasta) ve başka hastaneye transfer edilen hastalar (1 hasta) da çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Geriye kalan 2514 hastanın %63,7’sine (1601 hasta) ulaşılmıştır. Araştırmaya dahil edilen 1601 hastanın taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde plansız yeniden yatış durumu, acil servis kullanım durumu, ölüm durumu ve olumsuz sonuç yaşama durumu değerlendirilmiştir.

Taburcu olduktan sonra 30 gün içinde ölen hastalar yeniden yatış yapamayacağı veya acil servise başvuramayacağı için bu hastalar plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı değerlendirmelerinde hariç tutulmuştur. Taburculuğa hazır olma ölçөгünü dolduran 1601 hastadan 31’i taburcu olduktan sonra 30 gün içinde ölmüştür. Dolayısıyla, plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı değerlendirmeleri 1570 (1601-31) hasta üzerinden yapılmıştır.

Ölüm değerlendirmesi 1601 hasta (taburcu olduktan sonra 30 gün içinde ölen 31 hasta ve kalan 1570 hasta) üzerinden yapılmıştır. Plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı ve ölüm değerlendirmeleri birbirinden bağımsız olarak yapılmıştır. Örneğin, bir hasta acil servise başvurmuş ve oradan da yatışı yapılmış olabilir. Bu durumda hem acil servis kullanımı var, hem de yeniden yatışı var olarak kabul edilmiştir. Olumsuz sonuç yaşama durumunda ise, plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı veya ölüm durumlarından herhangi birinin olması durumunda bu hastalar sadece 1 kez sayılmıştır. Olumsuz sonuç yaşama durumunun değerlendirilmesi 1601 hasta üzerinden yapılmıştır. Çalışmada, taburcu olduktan sonra 30 gün

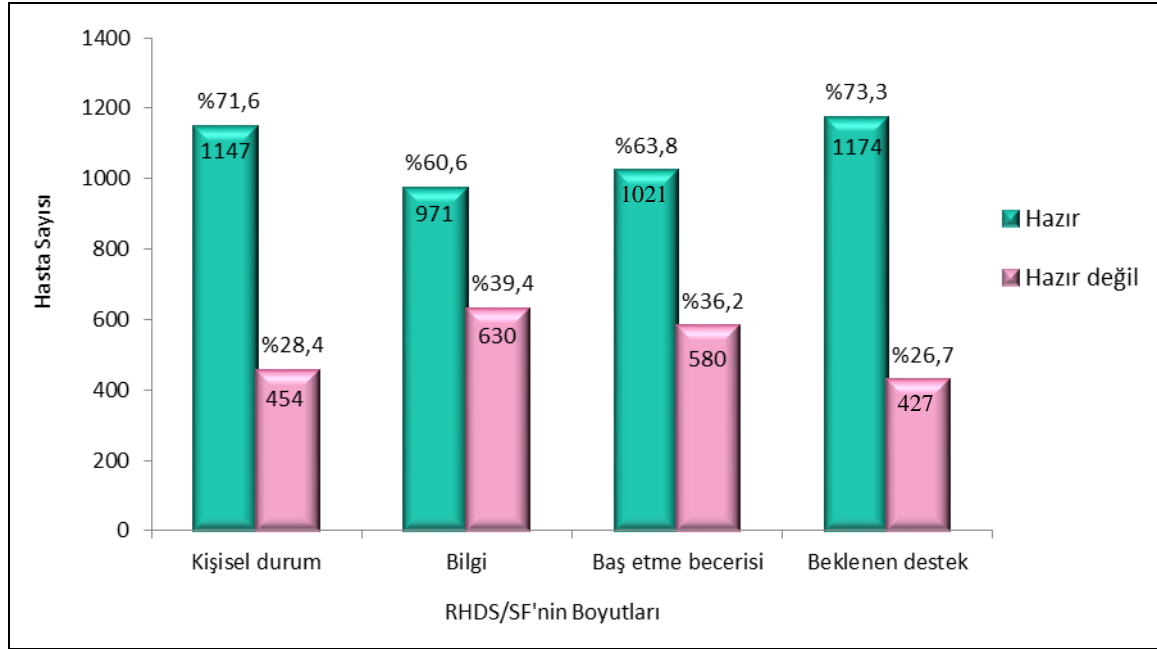
içinde her üç olumsuz sonucu da yaşayan hasta sayısı sadece 6'dır. Bu nedenle olumsuz sonuçların hepsini de yaşamış olan hastalar ile ilgili bir değerlendirme yapılmamıştır.

### 2.3. Verilerin Analizi

Veriler "SPSS 20.0" programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Hastaların özelliklerine göre taburculuğa hazır olma durumları frekans, yüzde, ortalama, standart sapma ve ortanca (25.-75. yüzdeler) değerler ile incelenmiştir. Hasta özelliklerine ilişkin veri türünün niteliksel olduğu durumlarda, hastaların özelliklerine göre RHDS/SF'nin boyutları bakımından taburculuğa hazır olma durumlarının karşılaştırılmasında ki-kare testleri kullanılmıştır. Ayrıca, hastaların RHDS/SF'nin boyutları bakımından taburculuğa hazır olma durumlarına göre hasta sonuçlarının karşılaştırılmasında da ki-kare testleri kullanılmıştır. Hasta özelliklerine ilişkin veri türünün niceliksel (sürekli sayısal) olduğu durumlarda ise hastaların RHDS/SF'nin boyutları bakımından taburculuğa hazır olma durumlarına göre bu özelliklerinin (nicel özelliklerinin) karşılaştırılmasında, verinin normal dağılım gösterip göstermemesine bağlı olarak iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Hastaların özellikleri ve RHDS/SF'nin boyutları arasındaki ilişkilerin belirlenmesinde veri tipine bağlı olarak Spearman korelasyon katsayısı, eta katsayısı, Cramer V katsayısı ve Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. RHDS/SF'nin boyutlarına göre taburculuğa hazır olmayı etkileyen faktörler çoklu lojistik regresyon analizleriyle belirlenmiştir. Lojistik modellerin uyum iyilikleri Nagelkerke R<sup>2</sup>, model ki-kare, Hosmer-Lemeshow ki-kare ve doğru sınıflama tablosu istatistikleri ile değerlendirilmiştir. RHDS/SF'nin boyutlarına göre taburculuğa hazır olan hastalar sayısı, yüzde ve birikimli yüzde değerleri ile incelenmiştir. RHDS/SF'nin boyutlarına ve geneline göre taburculuğa hazır olan ve olmayan hastaların plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı için hastanede yapılan harcamalar normal dağılım göstermediğinden, aykırı ve uç değerler içerdiğinden, bu harcamalar ortanca (25.-75. yüzdeler) değerleri ve kutu-çizgi grafikleri ile incelenmiştir.

### III. BULGULAR

Araştırmaya katılan 1601 hastanın RHDS/SF'nin boyutları bakımından taburculuğa hazır olma durumları Şekil 1'de gösterilmiştir. Hastalar, RHDS/SF'nin boyutları bakımından taburculuğa hazır olma algılarına göre değerlendirildiğinde, en fazla beklenen destek (%73,3) ve kişisel durum (%71,6) boyutlarında, en az ise bilgi (%60,6) ve baş etme becerisi (%63,8) boyutlarında kendilerini taburculuğa hazır hissetmektedirler.

**Şekil 1. Hastaların RHDS/SF'nin Boyutlarına Göre Taburculuğa Hazır Olma Durumları**

Hastaların özellikleri ve taburculuğa hazır olma durumları karşılaştırılmıştır. Hastaların taburculuğa hazır olma durumuna göre niceliksel özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 1'de, hastaların niteliksel özelliklerine göre taburculuğa hazır olma durumlarının karşılaştırılması ise Tablo 2'de verilmiştir. Tablo 1'de görüldüğü gibi, RHDS/SF'nin boyutlarından kişisel durum, bilgi ve baş etme becerisi boyutlarında taburculuğa hazır olan hastaların yaşı daha küçüktür ( $p<0,001$ ). Ayrıca, kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında taburculuğa hazır olan hastaların komorbidite skorları da daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Taburculuğa hazır olan ve olmayan hastaların baş etme becerisi boyutunda uzaklık; kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında ise yatış süresi ortancaları (veya dağılımları) arasında fark vardır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 1. Hastaların RHDS/SF'nin Boyutları Bakımından Taburculuğa Hazır Olma Durumuna Göre Niceliksel Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=1601)**

Özellikler	Taburculuğa hazırlık durumu	RHDS/SF'nin boyutları			
		Kişisel durum	Bilgi	Baş etme becerisi	Beklenen destek
Yaş <sup>a</sup>	Hazır	54,8±18,3 <sup>d</sup>	54,7±18,8 <sup>d</sup>	52,4±17,7 <sup>d</sup>	56,6±18,8
	Hazır değil	62,1±17,9	60,2±17,4	64,7±17,1	57,7±17,4
Uzaklık (km) <sup>b</sup>	Hazır	24,0 (13,7-263,6)	24,0 (13,7-	24,4 (13,7-293,1) <sup>d</sup>	24,0 (13,7-276,6)
	Hazır değil	24,0 (13,7-267,0)	23,8 (13,7-246,2)	23,8 (13,7-196,5)	23,8 (13,7-241,3)
Dolu yatak oranı <sup>c,a</sup>	Hazır	0,85±0,1	0,85±0,1	0,85±0,1	0,85±0,1 <sup>e</sup>
	Hazır değil	0,86±0,1	0,85±0,1	0,85±0,1	0,86±0,1
Yatış süresi (gün) <sup>b</sup>	Hazır	9 (5-15) <sup>d</sup>	9 (5-16)	8 (4-14) <sup>d</sup>	9 (5-16)
	Hazır değil	11,5 (6-18)	11 (5-16)	12 (7-19)	10 (5-16)
Komorbidite Skoru <sup>a</sup>	Hazır	2,23±1,7 <sup>d</sup>	2,32±1,7	2,14±1,7 <sup>d</sup>	2,33±1,7
	Hazır değil	2,55±1,8	2,33±1,8	2,63±1,8	2,30±1,7

<sup>a</sup>Ortalama±standart sapma; <sup>b</sup>Ortanca (25.-75. yüzdeler),

<sup>c</sup>(Servisteki dolu yatak sayısı/Servisteki toplam yatak sayısı)\*100, <sup>d</sup> $p<0,001$ ; <sup>e</sup> $p<0,05$

Tablo 2'ye göre, cinsiyeti kadın ve eğitim düzeyi düşük olan hastaların, boyutların tamamında taburculuğa hazır olma yüzdeleri daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Medeni durumu evli



olan hastaların baş etme becerisi ve beklenen destek boyutlarında taburculuğa hazır olma yüzdeleri daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Birlikte yaşadığı biri olan hastaların beklenen destek boyutunda; evde bakımına yardım edecek biri olan hastaların ise baş etme becerisi dışındaki boyutların tamamında taburculuğa hazır olma yüzdeleri daha yüksektir ( $p<0,05$ ). Düzenli olarak görüldüğü bir doktoru bulunan ve ana tanısı neoplazm (ICD-10 kodu: C0-D48) olan hastaların bilgi boyutunda taburculuğa hazır olma yüzdeleri daha yüksek iken taburculuk öncesi hastanede yoğun bakım ünitesi kullanımı olan hastaların baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma yüzdesi daha düşüktür ( $p<0,05$ ). RHDS/SF'nin boyutları bakımından hastaların taburculuğa hazır olma durumları, hastaların taburcu olduğu günlere göre farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 2. Hastaların Niteliksel Özelliklerine Göre RHDS/SF'nin Boyutları Bakımından Taburculuğa Hazır Olma Durumlarının Karşılaştırılması (n=1601)**

Özellikler	Kategoriler	RHDS/SF'nin boyutlarına göre taburculuğa hazır olan hastalar <sup>a</sup>			
		Kişisel durum	Bilgi	Baş etme becerisi	Beklenen destek
Cinsiyet	Kadın	554 (66,7) <sup>b</sup>	468 (56,4) <sup>b</sup>	474 (57,1) <sup>b</sup>	579 (69,8) <sup>b</sup>
	Erkek	593 (76,9)	503 (65,2)	547 (70,9)	595 (77,2)
Medeni durum	Evli	814 (72,9)	684 (61,2)	739 (66,2) <sup>c</sup>	838 (75,0) <sup>d</sup>
	Bekar	333 (68,8)	287 (59,3)	282 (58,3)	336 (69,4)
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	124 (55,9) <sup>b</sup>	93 (41,9) <sup>b</sup>	86 (38,7) <sup>b</sup>	159 (71,6) <sup>c</sup>
	İlk-orta okul	521 (72,3)	396 (54,9)	442 (61,3)	501 (69,5)
	Lise	236 (72,4)	221 (69,5)	241 (75,8)	251 (78,9)
	Önlisans ve üstü	266 (78,2)	261 (76,8)	252 (74,1)	263 (77,4)
Hastayla birlikte yaşayan biri	Var	1083 (72,1)	913 (60,7)	956 (63,6)	1143 (76,0) <sup>b</sup>
	Yok	64 (65,3)	58 (59,2)	66 (66,3)	31 (31,6)
Evde bakımına yardım edecek biri	Var	1035 (73,4) <sup>b</sup>	879 (62,3) <sup>b</sup>	897 (63,6)	1138 (80,7) <sup>b</sup>
	Yok	112 (58,9)	92 (48,4)	124 (65,3)	36 (18,9)
Düzenli doktor	Var	663 (72,3)	582 (63,5) <sup>c</sup>	581 (63,4)	682 (74,4)
	Yok	484 (70,8)	389 (56,9)	440 (64,3)	492 (71,9)
Taburcu olduğu gün	Pazartesi-Perşembe	767 (70,7)	655 (60,4)	697 (64,2)	781 (72,0)
	Cuma	308 (73,2)	265 (62,9)	261 (62,0)	324 (77,0)
	Hafta sonu	72 (75,8)	51 (53,7)	63 (66,3)	69 (72,6)
Ana tanı (ICD-10)	Neoplazm (C0-D48)	244 (74,4)	219 (66,8) <sup>d</sup>	223 (68,0)	247 (75,3)
	Diğer tanılar	903 (70,9)	752 (59,1)	798 (62,7)	927 (72,8)
YBÜ kullanımı	Var	60 (65,9)	53 (58,2)	35 (38,5) <sup>b</sup>	70 (76,9)
	Yok	1087 (72,0)	918 (60,8)	986 (65,3)	1104 (73,1)

<sup>a</sup>Sayı (sattır yüzdesi); <sup>b</sup> $p<0,001$ ; <sup>c</sup> $p<0,01$ ; <sup>d</sup> $p<0,05$

Hastaların özellikleri ve RHDS/SF'nin boyutları arasındaki ilişkiler Tablo 3'te verilmiştir. Hastaların özellikleri arasındaki ilişki katsayıları -0,27 ile 0,41 arasında değişmekte olup en yüksek ilişki hastayla birlikte yaşayan biri ile evde bakımına yardım edecek biri değişkenleri arasındadır ( $r=0,41$ ,  $p<0,01$ ). RHDS/SF'nin boyutları arasındaki ilişkilerde, en güçlü ilişki kişisel durum ve baş etme becerisi boyutları arasında ( $r=0,54$ ,  $p<0,01$ ) iken en zayıf ilişki ise baş etme becerisi ve beklenen destek boyutları arasındadır ( $r=-0,02$ ,  $p>0,05$ ). Hastaların özellikleri ile RHDS/SF'nin boyutları arasındaki ilişki katsayıları -0,37 ve 0,61 arasında değişmektedir. Bu ilişkilerden en güçlü ilişki evde bakımına yardım edecek biri ile beklenen destek boyutu arasında ( $r=0,61$ ,  $p<0,01$ ) olup pozitif yönlü iken bir sonraki en güçlü ilişki ise yaş ile baş etme becerisi boyutu arasında olup negatif yönlüdür ( $r=-0,37$ ,  $p<0,01$ ).

**Tablo 3. Hastaların Özellikleri ve RHDS/SF'nin Boyutları Arasındaki Korelasyonlar**

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Yaş <sup>e</sup>	1																	
2. Uzaklık (km) <sup>e</sup>	-0,27 <sup>a**</sup>	1																
3. Yatak doluluk oranı <sup>e</sup>	-0,02 <sup>a</sup>	0,03 <sup>a</sup>	1															
4. Yatış süresi (gün) <sup>e</sup>	0,06 <sup>a*</sup>	0,04 <sup>a</sup>	0,08 <sup>a**</sup>	1														
5. Komorbidite skoru <sup>e</sup>	0,26 <sup>a**</sup>	-0,04 <sup>a</sup>	0,02 <sup>a</sup>	0,14 <sup>a**</sup>	1													
6. Cinsiyet <sup>f</sup>	0,03 <sup>b</sup>	0,04 <sup>b</sup>	0,01 <sup>b</sup>	0,01 <sup>b</sup>	0,08 <sup>b**</sup>	1												
7. Medeni durum <sup>f</sup>	0,10 <sup>b**</sup>	0,04 <sup>b</sup>	0,03 <sup>b</sup>	0,01 <sup>b</sup>	0,11 <sup>b**</sup>	0,15 <sup>c**</sup>	1											
8. Eğitim düzeyi <sup>g</sup>	0,34 <sup>b**</sup>	0,05 <sup>b</sup>	0,01 <sup>b</sup>	0,06 <sup>b</sup>	0,07 <sup>b*</sup>	0,32 <sup>c**</sup>	0,16 <sup>c**</sup>	1										
9. Hastayla birlikte yaşayan biri <sup>f</sup>	0,13 <sup>b**</sup>	0,06 <sup>b**</sup>	<0,01 <sup>b</sup>	0,03 <sup>b</sup>	0,04 <sup>b</sup>	0,05 <sup>c*</sup>	0,31 <sup>c**</sup>	0,07 <sup>c*</sup>	1									
10. Evde bakımına yardım edecek biri <sup>f</sup>	0,04 <sup>b</sup>	0,01 <sup>b</sup>	0,07 <sup>b**</sup>	0,03 <sup>b</sup>	0,03 <sup>b</sup>	0,11 <sup>c**</sup>	0,10 <sup>c**</sup>	0,06 <sup>c</sup>	0,41 <sup>c**</sup>	1								
11. Düzenli doktor <sup>f</sup>	0,05 <sup>b</sup>	<0,01 <sup>b</sup>	0,05 <sup>b</sup>	0,02 <sup>b</sup>	0,04 <sup>b</sup>	0,03 <sup>c</sup>	0,02 <sup>c</sup>	0,11 <sup>c**</sup>	0,02 <sup>c</sup>	0,06 <sup>c*</sup>	1							
12. Taburcu olduğu gün <sup>h</sup>	0,05 <sup>b</sup>	0,02 <sup>b</sup>	0,11 <sup>b**</sup>	0,06 <sup>b</sup>	0,02 <sup>b</sup>	0,06 <sup>c</sup>	0,03 <sup>c</sup>	0,05 <sup>c</sup>	0,02 <sup>c</sup>	0,02 <sup>c</sup>	0,03 <sup>c</sup>	1						
13. Ana tanı (ICD-10) <sup>f</sup>	0,10 <sup>b**</sup>	0,12 <sup>b**</sup>	<0,01 <sup>b</sup>	0,07 <sup>b</sup>	0,19 <sup>b**</sup>	0,10 <sup>c**</sup>	0,09 <sup>c**</sup>	0,09 <sup>c**</sup>	0,07 <sup>c**</sup>	0,07 <sup>c**</sup>	0,01 <sup>c</sup>	0,02 <sup>c</sup>	1					
14. YBÜ kullanımı <sup>f</sup>	0,05 <sup>b*</sup>	0,09 <sup>b**</sup>	0,03 <sup>b</sup>	0,14 <sup>b</sup>	0,05 <sup>b*</sup>	<0,01 <sup>c</sup>	0,02 <sup>c</sup>	0,01 <sup>c</sup>	0,02 <sup>c</sup>	<0,01 <sup>c</sup>	0,06 <sup>c*</sup>	0,03 <sup>c</sup>	0,07 <sup>c**</sup>	1				
15. Kişisel durum <sup>e</sup>	-0,22 <sup>a**</sup>	0,02 <sup>a</sup>	-0,03 <sup>a</sup>	-0,11 <sup>a**</sup>	-0,08 <sup>a**</sup>	0,10 <sup>b**</sup>	0,04 <sup>b</sup>	0,17 <sup>b**</sup>	0,05 <sup>b*</sup>	0,11 <sup>b**</sup>	0,01 <sup>b</sup>	0,02 <sup>b</sup>	0,02 <sup>b</sup>	0,05 <sup>b</sup>	1			
16. Bilgi <sup>e</sup>	-0,17 <sup>a**</sup>	0,02 <sup>a</sup>	0,01 <sup>a</sup>	-0,05 <sup>a</sup>	-0,02 <sup>a</sup>	0,09 <sup>b**</sup>	0,01 <sup>b</sup>	0,24 <sup>b**</sup>	0,01 <sup>b</sup>	0,09 <sup>b**</sup>	0,05 <sup>b</sup>	0,04 <sup>b</sup>	0,06 <sup>b*</sup>	0,01 <sup>b</sup>	0,25 <sup>d**</sup>	1		
17. Baş etme becerisi <sup>e</sup>	-0,37 <sup>a**</sup>	0,12 <sup>a**</sup>	-0,01 <sup>a</sup>	-0,21 <sup>a**</sup>	-0,16 <sup>a**</sup>	0,19 <sup>b**</sup>	0,11 <sup>b**</sup>	0,31 <sup>b**</sup>	0,02 <sup>b</sup>	0,01 <sup>b</sup>	0,02 <sup>b</sup>	0,03 <sup>b</sup>	0,04 <sup>b</sup>	0,17 <sup>b**</sup>	0,54 <sup>d**</sup>	0,22 <sup>d**</sup>	1	
18. Beklenen destek <sup>e</sup>	-0,03 <sup>a</sup>	0,05 <sup>a*</sup>	-0,07 <sup>a**</sup>	0,01 <sup>a</sup>	0,02 <sup>a</sup>	0,10 <sup>b**</sup>	0,09 <sup>b**</sup>	0,07 <sup>b*</sup>	0,33 <sup>b**</sup>	0,61 <sup>b**</sup>	0,01 <sup>b</sup>	0,05 <sup>b</sup>	0,03 <sup>b</sup>	0,03 <sup>b</sup>	0,13 <sup>d**</sup>	0,19 <sup>d**</sup>	-0,02 <sup>d</sup>	1

\*p &lt;0,05; \*\*p &lt;0,01

<sup>a</sup>Spearman korelasyon katsayısı; <sup>b</sup>Eta katsayısı; <sup>c</sup>Cramer V katsayısı; <sup>d</sup>Pearson korelasyon katsayısı<sup>e</sup>Sürekli sayısal veri.<sup>f</sup>2 kategorili niteliksel veri (Cinsiyet=erkek,kadın; Medeni durum=evli,bekar; Hastayla birlikte yaşayan biri=var, yok; Evde bakımına yardım edecek biri=var, yok; Düzenli doktor=var, yok; Ana tanı (ICD-10)= Neoplazm (C0-D48), diğer tanıları; YBÜ kullanımı=var, yok).<sup>g</sup>4 kategorili niteliksel veri: okuryazar değil, ilk-orta okul, lise, önlisans ve üstü.<sup>h</sup>3 kategorili niteliksel veri: Pazartesi-Perşembe, Cuma, Hafta sonu.

RHDS/SF'nin boyutlarına göre taburculuğa hazır olmayı etkileyen özelliklerin belirlenmesi için yapılan çoklu lojistik regresyon analizinin sonuçları sırasıyla Tablo 4, 5, 6 ve 7'de verilmiştir. Tablo 4'e göre hastaların kişisel durum boyutunda taburculuğa hazır olma durumlarını etkileyen özellikler; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, evde bakıma yardım edecek biri ve komorbidite skoru değişkenleridir ( $p < 0,05$ ). Modele göre, diğer değişkenlerin (özelliklerin) varlığında, yaş 1 yıl arttığında hastanın kişisel durum boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı 1,021 (%95 GA 1,029-1,013;  $p < 0,001$ ) kat azalmaktadır. Erkek hastaların kadın hastalara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 1,464 (%95 GA 1,142-1,877;  $p = 0,003$ ) kat fazladır. Eğitim düzeyi önlisans ve üstü mezunu olan hastaların okuryazar olmayan hastalara göre kişisel durum boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı 1,558 (%95 GA 1,024-2,369;  $p < 0,038$ ) kat daha yüksektir. Evde bakımına yardım edecek biri olan hastaların, olmayanlara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 1,897 (%95 GA 1,326-2,713;  $p < 0,001$ ) kat fazladır. Hastanın komorbidite skorundaki 1 puanlık artış hastanın kişisel durum boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığını 1,089 (%95 GA 1,167-1,018;  $p = 0,013$ ) kat azaltmaktadır. Bu sonuçlara göre; yaşı daha küçük, cinsiyeti erkek, eğitim düzeyi daha yüksek, taburculuk sonrası evde bakımına yardım edecek biri bulunan ve komorbidite skoru daha düşük olan hastaların kişisel durum boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı daha yüksektir.

**Tablo 4. Kişisel Durum Boyutunda Taburculuğa Hazır Olmayı Etkileyen Özellikler: Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Özellikler	$\beta^a$	SH <sup>b</sup>	Wald	Sd <sup>c</sup>	OO (%95 GA) <sup>d</sup>	p
Sabit	1,388	0,723	3,685	1	4,008	0,055
Yaş	-0,021	0,004	31,527	1	<b>0,979 (0,972-0,987)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Cinsiyet <sup>e</sup>	0,381	0,127	9,050	1	<b>1,464 (1,142-1,877)</b>	<b>0,003</b>
Medeni durum <sup>f</sup>	0,206	0,136	2,301	1	1,229 (0,941-1,605)	0,129
Eğitim Düzeyi <sup>g</sup>			5,425	3		0,143
Eğitim Düzeyi-İlk ve orta	0,336	0,174	3,735	1	1,400 (0,955-1,968)	0,053
Eğitim Düzeyi-Lise	0,207	0,212	0,946	1	1,229 (0,811-1,864)	0,331
Eğitim Düzeyi-Önlisans ve üstü	0,443	0,214	4,287	1	<b>1,558 (1,024-2,369)</b>	<b>0,038</b>
Uzaklık (km)	0,000	0,000	2,221	1	1,000 (0,999-1,000)	0,136
Hastayla birlikte yaşayan biri <sup>h</sup>	-0,414	0,269	2,368	1	0,661 (0,390-1,120)	0,124
Evde bakımına yardım edecek	0,640	0,183	12,280	1	<b>1,897 (1,326-2,713)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Düzenli Doktor <sup>h</sup>	0,065	0,118	0,303	1	1,067 (0,846-1,346)	0,582
Dolu yatak oranı	-0,430	0,609	0,498	1	0,651 (0,197-2,146)	0,480
Taburcu olduğu gün <sup>i</sup>			2,045	2		0,360
Taburcu olduğu gün-Cuma	0,101	0,133	0,570	1	1,106 (0,851-1,437)	0,450
Taburcu olduğu gün-Hafta sonu	0,337	0,258	1,708	1	1,401 (0,845-2,322)	0,191
Yatış süresi (gün)	-0,005	0,003	2,281	1	0,995 (0,989-1,001)	0,131
Ana tanı <sup>j</sup>	0,057	0,152	0,143	1	1,059 (0,787-1,426)	0,705
Komorbidite skoru	-0,086	0,035	6,152	1	<b>0,918 (0,857-0,982)</b>	<b>0,013</b>
Yoğun bakım ünitesi kullanımı <sup>k</sup>	0,164	0,242	0,461	1	1,179 (0,733-1,895)	0,497

Nagelkerke  $R^2=0,093$  Model ki-kare= 107,179;  $p < 0,001$  Hosmer-Lemeshow ki-kare= 6,225;  $p = 0,622$

<sup>a</sup>Regresyon katsayısı; <sup>b</sup>Standart hata; <sup>c</sup>Serbestlik derecesi; <sup>d</sup>Odds Oranı (%95 Güven Aralığı)  
Referans kategoriler = <sup>e</sup>kadın; <sup>f</sup>bekar; <sup>g</sup>okur-yazar değil; <sup>h</sup>yok; <sup>i</sup>Pazartesi-Perşembe; <sup>j</sup>Neoplazm (CO-D48) dışındaki ana tanıları; <sup>k</sup>var

Bağımlı değişken: 1= Hazır (Taburculuğa hazırlık skoru  $\geq 7$ ); 0= Hazır değil (Taburculuğa hazırlık skoru  $< 7$ )

Tablo 5'e göre hastaların bilgi boyutunda taburculuğa hazır olma durumlarını etkileyen özellikler; yaş, eğitim düzeyi, evde bakıma yardım edecek biri ve düzenli doktor değişkenleridir. Modele göre, diğer değişkenlerin (özelliklerin) varlığında, yaş 1 yıl arttığında hastanın bilgi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı 1,011 (%95 GA 1,017-1,004; p=0,001) kat azalmaktadır. Eğitim düzeyi genel anlamda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Okuryazar olmayanlara göre bilgi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı; lise mezunlarında 2,295 (%95 GA 1,539-3,423; p<0,001) kat, önlisans ve üstü mezunlarında 3,485 (% 95 GA 2,318-5,239; p<0,001) kat daha yüksektir. Evde bakımına yardım edecek biri olan hastaların, olmayanlara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 1,856 (%95 GA 1,305-2,639; p=0,001) kat fazladır. Düzenli olarak görüldüğü bir doktoru bulunan hastaların, düzenli olarak görüldüğü doktoru bulunmayan hastalara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 1,247 (%95 GA 1,006-1,544; p=0,044) kat daha fazladır. Bu sonuçlara göre; yaş daha küçük, eğitim düzeyi daha yüksek, taburculuk sonrası evde bakımına yardım edecek biri olan ve düzenli olarak görüldüğü bir doktoru bulunan hastaların bilgi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı daha yüksektir.

**Tablo 5. Bilgi Boyutunda Taburculuğa Hazır Olmayı Etkileyen Özellikler: Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Özellikler	$\beta^a$	SH <sup>b</sup>	Wald	Sd <sup>c</sup>	OO (%95 GA) <sup>d</sup>	p
Sabit	-0,797	0,666	1,433	1	0,451	0,231
Yaş	-0,011	0,003	10,729	1	<b>0,989 (0,983-0,996)</b>	<b>0,001</b>
Cinsiyet <sup>e</sup>	0,082	0,116	0,498	1	1,085 (0,865-1,361)	0,480
Medeni durum <sup>f</sup>	0,181	0,127	2,017	1	1,198 (0,934-1,537)	0,156
Eğitim Düzeyi <sup>g</sup>			49,926	3		<b>&lt;0,001</b>
Eğitim Düzeyi-İlk ve orta	0,317	0,169	3,536	1	1,373 (0,987-1,911)	0,060
Eğitim Düzeyi-Lise	0,831	0,204	16,583	1	<b>2,295 (1,539-3,423)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Eğitim Düzeyi-Önlisans ve üstü	1,249	0,208	36,044	1	<b>3,485 (2,318-5,239)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Uzaklık (km)	0,000	0,000	0,002	1	1,000 (1,000-1,000)	0,966
Hastayla birlikte yaşayan biri <sup>h</sup>	-0,495	0,260	3,619	1	0,609 (0,366-1,015)	0,057
Evde bakımına yardım edecek biri <sup>h</sup>	0,619	0,180	11,862	1	<b>1,856 (1,305-2,639)</b>	<b>0,001</b>
Düzenli Doktor <sup>h</sup>	0,220	0,109	4,073	1	<b>1,247 (1,006-1,544)</b>	<b>0,044</b>
Dolu yatak oranı	0,620	0,554	1,254	1	1,859 (0,628-5,503)	0,263
Taburcu olduğu gün <sup>i</sup>			1,165	2		0,559
Taburcu olduğu gün-Cuma	0,057	0,124	0,210	1	1,058 (0,831-1,349)	0,647
Taburcu olduğu gün-Hafta sonu	-0,203	0,226	0,806	1	0,816 (0,524-1,271)	0,369
Yatış süresi (gün)	0,002	0,003	0,421	1	1,002 (0,996-1,009)	0,517
Ana tanı <sup>j</sup>	0,187	0,141	1,759	1	1,206 (0,914-1,590)	0,185
Komorbidite skoru	0,018	0,033	0,297	1	1,018 (0,954-1,087)	0,586
Yoğun bakım ünitesi kullanımı <sup>k</sup>	0,040	0,233	0,029	1	1,040 (0,659-1,643)	0,865

Nagelkerke R<sup>2</sup>=0,104      Model ki-kare= 127,692; p<0,001      Hosmer-Lemeshow ki- kare: 4,350; p=0,824

<sup>a</sup>Regresyon katsayısı; <sup>b</sup>Standart hata; <sup>c</sup>Serbestlik derecesi; <sup>d</sup>Odds Oranı (%95 Güven Aralığı)  
Referans kategoriler = <sup>e</sup>kadın; <sup>f</sup>bekar; <sup>g</sup>okur-yazar değil; <sup>h</sup>yok; <sup>i</sup>Pazartesi-Perşembe; <sup>j</sup>Neoplazm (C0-D48) dışındaki ana tanıları; <sup>k</sup>var  
Bağımlı değişken: 1= Hazır (Taburculuğa hazırlık skoru  $\geq$  7); 0= Hazır değil (Taburculuğa hazırlık skoru < 7)

Tablo 6'ya göre hastaların baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma durumlarını etkileyen özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, hastayla birlikte

yaşayan kişi, yatış süresi, komorbidite skoru ve yoğun bakım ünitesi kullanımı değişkenleridir. Modele göre, diğer değişkenlerin (özelliklerin) varlığında, yaş 1 yıl arttığında hastanın baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı 1,037 (%95 GA 1,045-1,029;  $p<0,001$ ) kat azalmaktadır. Erkek hastaların kadın hastalara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 1,602 (%95 GA 1,253-2,048;  $p<0,001$ ) kat daha fazla iken evli hastaların bekar hastalara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 1,833 (%95 GA 1,389-2,418;  $p<0,001$ ) kat daha yüksektir. Eğitim düzeyi genel anlamda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Okuryazar olmayanlara göre baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı; ilkokul ve ortaokul mezunlarında 1,583 (%95 GA 1,114-2,248;  $p=0,01$ ) kat, lise mezunlarında 2,463 (%95 GA 1,596-3,801;  $p<0,001$ ) kat, önlisans ve üstü mezunlarında 2,250 (%95 GA 1,470-3,444;  $p<0,001$ ) kat daha yüksektir. Birlikte yaşadığı biri olan hastaların taburculuğa hazır olma olasılığı, birlikte yaşadığı biri olmayan hastalara göre 0,393 (%95 GA 0,227-0,678;  $p=0,001$ ) kat daha yüksektir. Eğer bu tersten ifade edilirse; birlikte yaşadığı biri olmayan hastaların baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı, birlikte yaşadığı biri olan hastalara göre 2,545 (%95 GA 4,405-1,475;  $p=0,001$ ) kat daha yüksektir. Hastanın yatış süresindeki 1 günlük artış, taburculuğa hazır olma olasılığını 1,011 (%95 GA 1,003-1,019;  $p=0,008$ ) kat azaltırken komorbidite skorundaki 1 puanlık artış hastanın taburculuğa hazır olma olasılığını 1,121 (%95 GA 1,199-1,047;  $p=0,001$ ) kat azaltmaktadır. Taburcu olmadan önce yoğun bakım ünitesi kullanımı olmayan hastaların, yoğun bakım ünitesi kullanımı olan hastalara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 2,751 (%95 GA 1,689-4,480;  $p<0,001$ ) kat daha yüksektir. Bu sonuçlara göre; yaşı daha küçük, cinsiyeti erkek, medeni durumu evli ve eğitim düzeyi daha yüksek olan, yalnız yaşayan, yatış süresi daha kısa ve komorbidite skoru daha düşük olan ve taburculuk öncesi yoğun bakım ünitesi kullanımı olmayan hastaların baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı daha yüksektir.

**Tablo 6. Baş Etme Becerisi Boyutunda Taburculuğa Hazır Olmayı Etkileyen Özellikler: Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Özellikler	$\beta^a$	SH <sup>b</sup>	Wald	Sd <sup>c</sup>	OO (%95 GA) <sup>d</sup>	p
Sabit	1,535	0,724	4,494	1	<b>4,642</b>	<b>0,034</b>
Yaş	-0,036	0,004	90,238	1	<b>0,964 (0,957-0,972)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Cinsiyet <sup>e</sup>	0,471	0,125	14,135	1	<b>1,602 (1,253-2,048)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Medeni durum <sup>f</sup>	0,606	0,141	18,359	1	<b>1,833 (1,389-2,418)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Eğitim Düzeyi <sup>g</sup>			20,418	3		<b>&lt;0,001</b>
Eğitim Düzeyi-İlk ve orta	0,459	0,179	6,569	1	<b>1,583 (1,114-2,248)</b>	<b>0,010</b>
Eğitim Düzeyi-Lise	0,901	0,221	16,594	1	<b>2,463 (1,596-3,801)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Eğitim Düzeyi-Önlisans ve üstü	0,811	0,217	13,944	1	<b>2,250 (1,470-3,444)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Uzaklık (km)	0,000	0,000	0,859	1	1,000 (1,000-1,001)	0,354
Hastayla birlikte yaşayan biri <sup>h</sup>	-0,935	0,279	11,258	1	<b>0,393 (0,227-0,678)</b>	<b>0,001</b>
Evde bakımına yardım edecek biri <sup>h</sup>	-0,075	0,194	0,149	1	0,928 (0,635-1,357)	0,699
Düzenli Doktor <sup>h</sup>	-0,074	0,119	0,385	1	0,929 (0,736-1,172)	0,535
Dolu yatak oranı	-0,056	0,602	0,009	1	0,946 (0,291-3,077)	0,926
Taburcu olduğu gün <sup>i</sup>			3,345	2		0,188
Taburcu olduğu gün-Cuma	-0,167	0,132	1,608	1	0,846 (0,654-1,095)	0,205
Taburcu olduğu gün-Hafta sonu	0,281	0,251	1,258	1	1,325 (0,810-2,167)	0,262
Yatış süresi (gün)	-0,011	0,004	7,065	1	<b>0,989 (0,981-0,997)</b>	<b>0,008</b>
Ana tanı <sup>j</sup>	-0,009	0,149	0,004	1	0,991 (0,739-1,328)	0,950
Komorbidite skoru	-0,114	0,034	10,960	1	<b>0,892 (0,834-0,955)</b>	<b>0,001</b>
Yoğun bakım ünitesi kullanımı <sup>k</sup>	1,012	0,249	16,531	1	<b>2,751 (1,689-4,480)</b>	<b>&lt;0,001</b>

Nagelkerke R<sup>2</sup>=0,234      Model ki-kare= 299,260; p<0,001      Hosmer-Lemeshow ki- kare: 13,197; p=0,105

<sup>a</sup>Regresyon katsayısı; <sup>b</sup>Standart hata; <sup>c</sup>Serbestlik derecesi; <sup>d</sup>Odds Oranı (%95 Güven Aralığı)  
Referans kategoriler = <sup>e</sup>kadın; <sup>f</sup>bekar; <sup>g</sup>okur-yazar değil; <sup>h</sup>yok; <sup>i</sup>Pazartesi-Perşembe; <sup>j</sup>Neoplazm (C0-D48) dışındaki ana tanıları; <sup>k</sup>var  
Bağımlı değişken: 1= Hazır (Taburculuğa hazırlık skoru  $\geq$  7); 0= Hazır değil (Taburculuğa hazırlık skoru < 7)

Tablo 7'ye göre hastaların beklenen destek boyutunda taburculuğa hazır olma durumlarını etkileyen değişkenler; eğitim düzeyi, hastayla birlikte yaşayan biri ve evde bakıma yardım edecek biri değişkenleridir (p<0,001). Eğitim düzeyi genel anlamda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,005). Eğitim düzeyi değişkeninde referans kategori olarak ilk ve ortaokul mezunları seçilmiştir. Çünkü, ilk ve ortaokul mezunlarının beklenen destek boyutunda taburculuğa hazır olma yüzdesi (%69,5) okur-yazar olmayanların yüzdesinden (%71,6) daha düşüktür. Eğitim düzeyi değişkeninde diğer grupların referans kategoriye göre odds oranlarının anlamlı bulunabilmesi için yüzdesi en küçük olan grup (ilk ve ortaokul mezunları) referans kategori olarak belirlenmiştir. Referans kategori olarak okur-yazar değil grubu seçildiğinde, eğitim düzeyi değişkeni genel anlamda istatistiksel olarak anlamlı olmakla birlikte, diğer grupların referans kategoriye göre odds oranları istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Bu nedenden dolayı eğitim düzeyi değişkeninde referans kategori olarak ilk ve ortaokul mezunları seçilmiştir. Lojistik modelde, diğer değişkenlerin (özelliklerin) varlığında, ilk ve ortaokul mezunlarına göre; lise mezunlarının taburculuğa hazır olma olasılığı 1,654 (%95 GA 1,152-2,377; p=0,006) kat, önlisans ve üstü mezunlarının 1,685 (%95 GA 1,184-2,396; p=0,004) kat daha yüksektir. Birlikte yaşadığı biri olan hastaların, olmayanlara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 2,288 (%95 GA 1,268-4,130; p=0,006) kat daha fazladır. Beklenen destek boyutunda, taburcu olduktan sonra hastanın evde bakımına yardım edecek birinin olup olmamasının etkisi diğer değişkenlere göre oldukça yüksektir. Taburculuk sonrası evde bakımına yardım edecek biri olan hastaların,

olmayanlara göre taburculuğa hazır olma olasılığı 14,329 (%95 GA 9,501-21,602;  $p < 0,001$ ) kat daha yüksektir. Bu sonuçlara göre; eğitim düzeyi daha yüksek, birlikte yaşadığı biri ve evde bakımına yardım edecek biri olan hastaların beklenen destek boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı daha yüksektir.

**Tablo 7. Beklenen Destek Boyutunda Taburculuğa Hazır Olmayı Etkileyen Özellikler: Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları**

Özellikler	$\beta^a$	SH <sup>b</sup>	Wald	Sd <sup>c</sup>	OO (%95 GA) <sup>d</sup>	p
Sabit	-1,172	0,834	1,977	1	0,310	0,160
Yaş	0,003	0,004	0,429	1	1,003 (0,995-1,041)	0,512
Cinsiyet <sup>e</sup>	0,166	0,138	1,442	1	1,180 (0,901-1,547)	0,230
Medeni durum <sup>f</sup>	-0,012	0,153	0,006	1	0,988 (0,732-1,333)	0,937
Eğitim Düzeyi <sup>g</sup>			12,748	3		<b>0,005</b>
Eğitim Düzeyi-İlk ve orta	0,302	0,209	2,099	1	1,353 (0,899-2,037)	0,147
Eğitim Düzeyi-Lise	0,503	0,185	7,414	1	<b>1,654 (1,152-2,377)</b>	<b>0,006</b>
Eğitim Düzeyi-Önlisans ve üstü	0,522	0,180	8,412	1	<b>1,685 (1,184-2,396)</b>	<b>0,004</b>
Uzaklık (km)	0,000	0,000	0,038	1	1,000 (1,000-1,000)	0,846
Hastayla birlikte yaşayan biri <sup>h</sup>	0,828	0,301	7,554	1	<b>2,288 (1,268-4,130)</b>	<b>0,006</b>
Evde bakımına yardım edecek biri <sup>h</sup>	2,662	0,210	161,219	1	<b>14,329 (9,501-21,612)</b>	<b>&lt;0,001</b>
Düzenli Doktor <sup>h</sup>	-0,016	0,132	0,015	1	0,984 (0,760-1,274)	0,902
Dolu yatak oranı	-1,102	0,698	2,493	1	0,332 (0,085-1,305)	0,114
Taburcu olduğu gün <sup>i</sup>			2,748	2		0,253
Taburcu olduğu gün-Cuma	0,251	0,152	2,724	1	1,285 (0,954-1,731)	0,099
Taburcu olduğu gün-Hafta sonu	0,022	0,272	0,006	1	1,022 (0,599-1,743)	0,936
Yatış süresi (gün)	0,004	0,005	0,850	1	1,005 (0,995-1,014)	0,357
Ana tanı <sup>j</sup>	-0,104	0,165	0,401	1	0,901 (0,652-1,245)	0,527
Komorbidite skoru	0,000	0,040	0,000	1	1,000 (0,924-1,081)	0,996
Yoğun bakım ünitesi kullanımı <sup>k</sup>	-0,254	0,299	0,724	1	0,775 (0,432-1,393)	0,395

Nagelkerke  $R^2=0,260$  Model ki-kare= 314,698;  $p < 0,001$  Hosmer-Lemeshow ki-kare: 6,472;  $p=0,595$

<sup>a</sup>Regresyon katsayısı; <sup>b</sup>Standart hata; <sup>c</sup>Serbestlik derecesi; <sup>d</sup>Odds Oranı (%95 Güven Aralığı)  
Referans kategoriler = <sup>e</sup>kadın; <sup>f</sup>bekar; <sup>g</sup>okur-yazar değil; <sup>h</sup>yok; <sup>i</sup>Pazartesi-Perşembe; <sup>j</sup>Neoplazm (C0-D48) dışındaki ana tanıları; <sup>k</sup>var

Bağımlı değişken: 1= Hazır (Taburculuğa hazırlık skoru  $\geq 7$ ); 0= Hazır değil (Taburculuğa hazırlık skoru  $< 7$ )

RHDS/SF'nin boyutları için kurulan modellerin performansını değerlendirmede sınıflandırma tabloları da kullanılmıştır. Sınıflandırma tablolarında kesim noktası olarak genellikle 0,5 değeri kullanılmaktadır. Ancak, sınıflandırma hatasını azalttığı takdirde farklı bir kesim noktası belirlenebilir (Alpar 2013). Bu çalışmada, sınıflandırma hatalarını azalttığından her bir modelin sınıflandırması için farklı kesim noktaları belirlenmiştir. Tablo 8'e göre, kişisel durum, bilgi ve beklenen destek boyutlarında taburculuğa hazır olan ve olmayan hastaların doğru sınıflama yüzdeleri benzer olmakla birlikte, baş etme becerisi boyutunun doğru sınıflama yüzdeleri bu boyutlara göre daha yüksektir.

**Tablo 8. RHDS/SF'nin Boyutları için Oluşturulan Sınıflandırma Tabloları**

	Gözlenen	Kestirilen		Doğru sınıflama %
		Hazır	Hazır değil	
Kişisel durum	Hazır	692	455	61,8
	Hazır değil	173	280	60,3
	Toplam			60,8
Bilgi	Hazır	591	379	60,9
	Hazır değil	225	405	64,3
	Toplam			62,3
Baş etme becerisi	Hazır	687	333	67,4
	Hazır değil	174	406	70,0
	Toplam			68,3
Beklenen destek	Hazır	754	420	64,2
	Hazır değil	153	273	64,1
	Toplam			64,2

Kesim Noktaları: Kişisel durum=0,725; Bilgi=0,600; Baş etme becerisi=0,650; Beklenen destek=0,790

Tablo 9'da hastaların RHDS/SF'nin boyutları bakımından taburculuğa hazır olma durumlarına (kendi algılarına) göre sonuç değişkenleri karşılaştırıldığında, kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında taburculuğa hazır olmadan taburcu edilen hastaların plansız yeniden yatış, ölüm ve olumsuz sonuçlardan birine sahip olma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bilgi ve beklenen destek boyutlarında ise hastaların taburculuğa hazır olma durumları ile hasta sonuçları arasında bir ilişki (bağ) bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Tablo 9. Hastaların RHDS/SF'nin Boyutları Bakımından Taburculuğa Hazırlık Durumlarına Göre Hasta Sonuçları**

Boyutlar ve taburculuğa hazırlık durumları	Hasta sonuçları (Var)			
	Plansız yeniden yatış (N=1570)	Acil servis kullanımı (N=1570)	Ölüm (N=1601)	Olumsuz sonuç <sup>a</sup> (N=1601)
<b>Kişisel Durum</b>				
Hazır	54 (4,8)	58 (5,1)	11 (1,0)	90 (7,8)
Hazır değil	34 (7,8)	23 (5,3)	20 (4,4)	62 (13,7)
	$\chi^2=5,633$ ; p=0,018	$\chi^2=0,024$ ; p=0,877	$\chi^2=20,344$ ; p<0,001	$\chi^2=12,777$ ; p<0,001
<b>Bilgi</b>				
Hazır	59 (6,2)	52 (5,4)	16 (1,6)	94 (9,7)
Hazır değil	29 (4,7)	29 (4,7)	15 (2,4)	58 (9,2)
	$\chi^2=1,512$ ; p=0,219	$\chi^2=0,407$ ; p=0,524	$\chi^2=1,082$ ; p=0,298	$\chi^2=0,100$ ; p=0,752
<b>Baş etme becerisi</b>				
Hazır	48 (4,7)	53 (5,2)	6 (0,6)	74 (7,2)
Hazır değil	40 (7,2)	28 (5,0)	25 (4,3)	78 (13,4)
	$\chi^2=4,165$ ; p=0,041	$\chi^2=0,023$ ; p=0,880	$\chi^2=27,996$ ; p<0,001	$\chi^2=16,549$ ; p<0,001
<b>Beklenen Destek</b>				
Hazır	67 (5,8)	66 (5,7)	23 (2,0)	117 (10)
Hazır değil	21 (5,0)	15 (3,6)	8 (1,9)	35 (8,2)
	$\chi^2=0,380$ ; p=0,538	$\chi^2=2,913$ ; p=0,088	$\chi^2=0,012$ ; p=0,91	$\chi^2=1,141$ ; p=0,286

<sup>a</sup>Olumsuz sonuç: Taburcu olduktan sonra 30 gün içinde plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı veya ölüm durumlarından herhangi birini yaşayan kişileri ifade etmektedir.

RHDS/SF'nin boyutları bakımından hastaların taburculuğa hazır olma durumları incelendiğinde, hastaların taburcu olurken sadece yaklaşık üçte birinin (%32,5) boyutların tamamında kendilerini taburculuğa hazır hissettikleri (hazır olarak algıladıkları), yaklaşık üçte ikisinin (%67,5) ise en az bir veya daha fazla boyutta kendilerini taburculuğa hazır hissetmeden taburcu edildikleri görülmektedir. Hiçbir boyutta kendini taburculuğa hazır hissetmeden taburcu edilen hastaların yüzdesi ise %3,7'dir (Tablo 10).

**Tablo 10. RHDS/SF'nin Boyutlarına Göre Taburculuğa Hazır Olan Hastalar**

Boyutlara Göre Taburculuğa Hazır Olma Durumu	Sayı	%	Birikimli %
Hiçbir boyutta taburculuğa hazır olmayanlar	59	3,7	3,7
1 boyutta taburculuğa hazır olanlar	255	15,9	19,6
2 boyutta taburculuğa hazır olanlar	323	20,2	39,8
3 boyutta taburculuğa hazır olanlar	444	27,7	67,5
4 boyutta taburculuğa hazır olanlar	520	32,5	100,0
	1601	100,0	

Taburculuğa hazır olma durumu ve boyutlarına göre plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımına ilişkin harcamalar Tablo 11 ve Şekil 2-6'da gösterilmiştir. Boyutlar bakımından hastaların taburculuğa hazır olma durumuna göre plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımına ilişkin harcamalar değerlendirildiğinde farklı sonuçlar bulunmuştur. Kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında taburculuğa hazır olmayan hastaların; bilgi ve beklenen destek boyutlarında ise taburculuğa hazır olan hastaların plansız yeniden yatış harcamalarının ortancaları daha yüksektir. Kişisel durum ve bilgi boyutlarında taburculuğa hazır olan hastaların; baş etme becerisi ve beklenen destek boyutlarında ise taburculuğa hazır olmayan hastaların acil servis kullanımı harcamalarının ortancaları daha yüksektir.

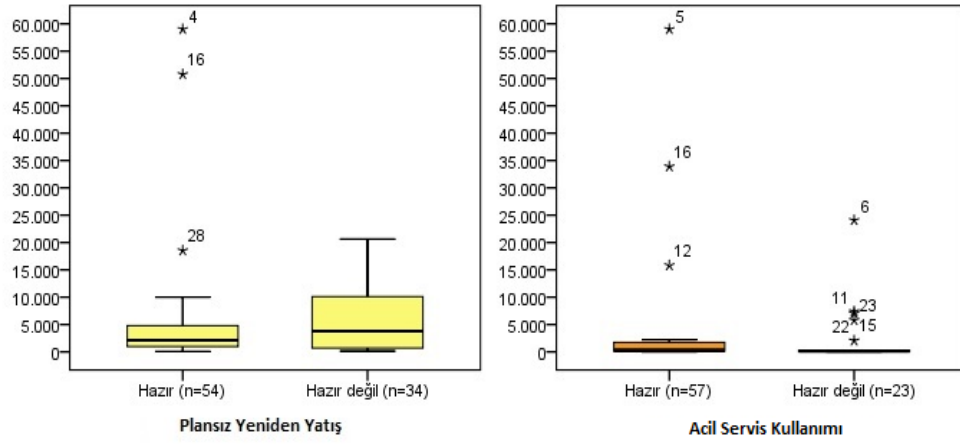
RHDS/SF'nin geneline göre değerlendirme yapıldığında ise, taburculuğa hazır olan hastaların plansız yeniden yatış harcamalarının ortancaları daha yüksek bulunurken, taburculuğa hazır olmayan hastaların acil servis kullanımı harcamalarının ortancaları daha yüksek bulunmuştur. RHDS/SF'nin geneli ve boyutları bakımından hastaların taburculuğa hazır olma durumlarına göre plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı harcamaları arasında farklılıklar bulunsa da bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 11. Taburculuğa Hazır Olan ve Olmayan Hastaların Plansız Yeniden Yatışı ve Acil Servis Kullanımı için Hastanede Yapılan Harcamalar (TL)**

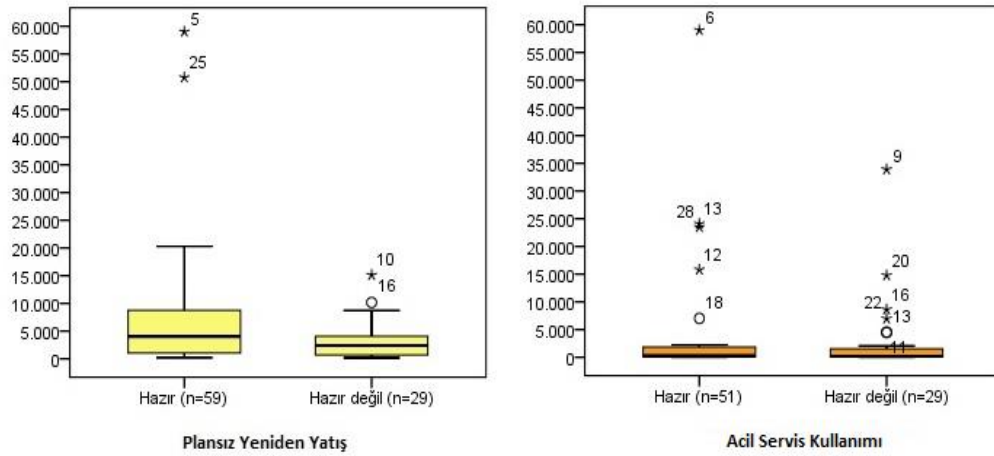
Boyutlar ve taburculuğa hazırlık durumları	Plansız yeniden yatış sırasında yapılan harcamalar (TL) N=88	Acil servis kullanımı sırasında yapılan harcamalar (TL) <sup>a</sup> N=80
	Ortanca (25.-75. yüzdeler)	Ortanca (25.-75. yüzdeler)
<b>Kişisel Durum</b>		
Hazır	1990 (746-4748)	221 (36-1736)
Hazır değil	3806 (687-10113)	161 (16-314)
	p=0,181; Z=-1,337	p=0,367; Z=-0,901
<b>Bilgi</b>		
Hazır	2473 (761-8670)	186 (23-1638)
Hazır değil	2388 (679-4263)	182 (73-182)
	p=0,354; Z=-0,928	p=0,868; Z=-0,166
<b>Baş etme becerisi</b>		
Hazır	2109 (782-4664)	167 (44-691)
Hazır değil	3134 (599-8659)	216 (16-7283)
	p=0,441; Z=-0,771	p=0,479; Z=-0,708
<b>Beklenen Destek</b>		
Hazır	2706 (761-7819)	171 (20-1736)
Hazır değil	2204 (612-4498)	227 (127-476)
	p=0,360; Z=-0,915	p=0,418; Z=-0,810
<b>Genel</b>		
Hazır	3081 (890-8617)	182 (39-1638)
Hazır değil	2430 (667-8617)	227 (17-1265)
	p=0,426; Z=-0,796	p=0,853; Z=-0,186

<sup>a</sup>Acil servis kullanımı olan hastalardan birine ait harcama verisi eksiktir.

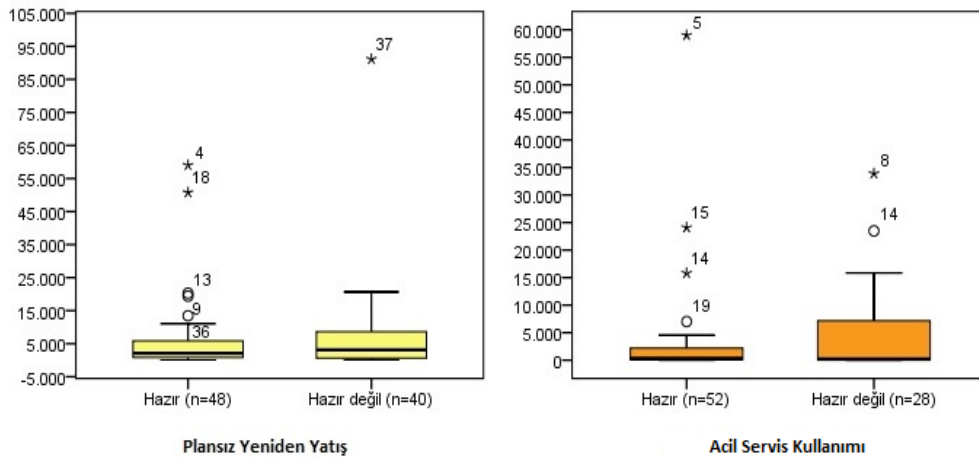
**Şekil 2. Kişisel Duruma Göre Plansız Yeniden Yatış ve Acil Servis Kullanımı Harcamaları**



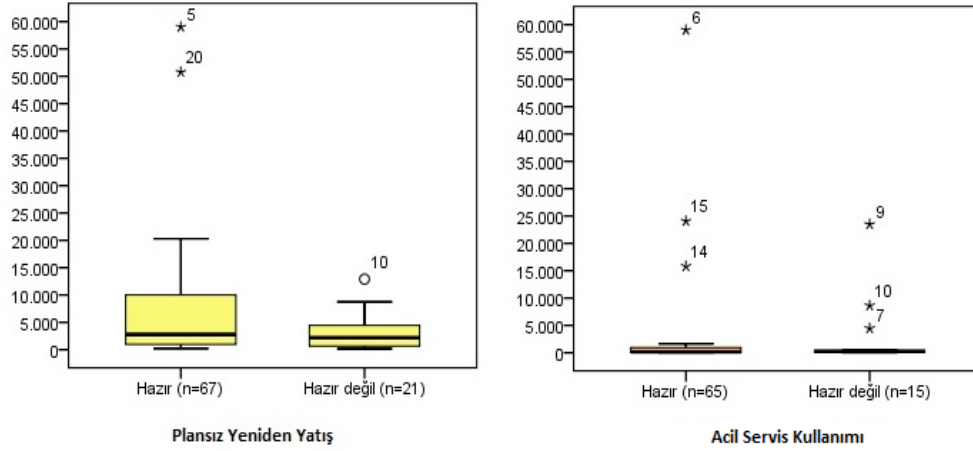
**Şekil 3. Bilgi Düzeyine Göre Plansız Yeniden Yatış ve Acil Servis Kullanımı Harcamaları**



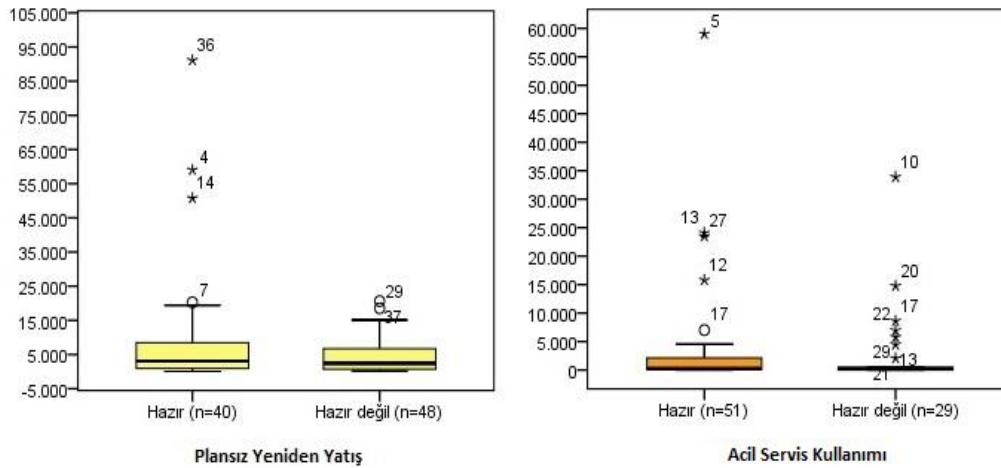
**Şekil 4. Baş Etme Becerisine Göre Plansız Yeniden Yatış ve Acil Servis Kullanımı Harcamaları**



**Şekil 5. Beklenen Desteğe Göre Plansız Yeniden Yatış ve Acil Servis Kullanımı Harcamaları**



**Şekil 6. Taburculuğa Hazır Olma Genel Düzeyine Göre Plansız Yeniden Yatış ve Acil Servis Kullanımı Harcamaları**



#### IV. TARTIŞMA

Hastalar, RHDS/SF'nin boyutları bakımından taburculuğa hazır olma algılarına göre değerlendirildiğinde, en fazla beklenen destek boyutunda, en az ise bilgi boyutunda kendilerini taburculuğa hazır hissetmektedirler. RHDS'nin boyut ortalamaları dikkate alınarak yapılan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Bunlardan Weiss ve Piacentine'in (2006) ABD'de 121 hasta (dahili-cerrahi hasta) üzerinde RHDS'nin 21 maddelik versiyonu ile yapmış olduğu çalışmada, baş etme becerisi boyutu (8,5) en yüksek, kişisel durum boyutu (7,1) en düşük ortalamaya sahip boyut olmuştur. Weiss ve diğerlerinin (2010) ABD'de 162 hasta (dahili-cerrahi hasta) üzerinde yapmış olduğu başka bir çalışmada, baş etme becerisi boyutu (8,7) en yüksek, kişisel durum boyutu (7,5) en düşük ortalamaya sahip boyut olarak bulunmuştur. Coffey ve McCharty (2013) tarafından İrlanda'da 355 yaşlı hasta üzerinde yapılan bir çalışmada ise kişisel durum boyutu (7,7) en yüksek, beklenen destek boyutu (6,8) en düşük ortalamaya sahip boyut olmuştur. Bu sonuçlar incelendiğinde çalışmalardan farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Bu çalışmada beklenen destek boyutunda hazır olma yüzdesinin yüksek olması Türkiye'nin toplumsal yapısıyla ilgili olabilir. Türkiye'de tek kişilik hane halklarının yüzdesi 2016 yılında yaklaşık %15'tir (TÜİK 2017). Bu araştırmadan

elde edilen bulgulara göre de araştırma kapsamındaki hastaların %83'ünün evinde bakımına yardım edecek biri bulunmaktadır. Beklenen destek boyutu bu nedenle yüksek bulunmuş olabilir. Diğer taraftan hastaların kendilerini taburculuğa en az hazır hissettikleri boyut bilgi boyutudur. Bilgi boyutunun düşük olması, hastanın yeterince bilgilendirilmemesinden kaynaklanabileceği gibi, hastanın yapılan bilgilendirmeyi iyi düzeyde anlayamamasından da kaynaklanabilir ki; bu da sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilgilidir. Bu çalışmada okuryazar olmayan veya ilk-ortaokul mezunu hastaların toplam hastalar içindeki yüzdesi (%58,9) oldukça yüksektir. Williams ve diğerlerine (1998) göre sağlık okuryazarlık düzeyi ile hastanın yapılan bilgilendirmeyi anlama düzeyi arasında ilişki bulunmaktadır. Durusu Tanrıöver ve diğerlerine (2014) göre de Türkiye'de toplumun yalnızca üçte biri yeterli veya mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptir. Dolayısıyla bilgi boyutunun düşük bulunmasında sağlık okur-yazarlık seviyesinin yetersizliğinin rolü olabilir.

RHDS/SF'nin alt boyutları hasta sonuçları açısından analiz edildiğinde, kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında hazır olmadan taburcu edilen hastaların plansız yeniden yatış, ölüm ve olumsuz sonuçlarla daha fazla karşılaştığı görülmüştür. Bilgi ve beklenen destek boyutları ile hasta sonuçları arasında bir bağlantı ortaya çıkmamıştır. Eve gitmeye fiziksel olarak hazır olmayan, enerjisi düşük olan (kişisel durum) ve evde hayatın taleplerini karşılayamayacak, kişisel bakımını yapamayacak durumda olan (baş etme becerisi) hastalar, taburcu olduktan sonra olumsuz sonuçlarla karşılaşma açısından daha fazla risk altındadır. Başka birçok çalışmada da hastanın fonksiyonel durumu ile yeniden yatışı arasında ilişki bulunmuştur (Hoyer et al. 2014; Greysen et al. 2015).

RHDS/SF'nin alt boyutlarında taburculuğa hazır olma durumunu etkileyebilecek özellikler tek değişkenli analizler ile analiz edildiğinde bazı gruplar arasında anlamlı fark bulunmasına karşın yapılan lojistik regresyon analizinde özelliklerin bir kısmının RHDS/SF'nin alt boyutlarını etkilediği bir kısmının ise etkilemediği görülmüştür. Yapılan tek değişkenli analizlere göre, kişisel durum boyutunda; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, evde bakıma yardım edecek biri, yatış süresi ve komorbidite skoru açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Bunlardan yatış süresi hariç diğer özelliklerin tamamının kişisel durum boyutunu etkilediği lojistik regresyon analiziyle ortaya çıkmıştır. Bilgi boyutunda; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, evde bakıma yardım edecek biri, düzenli doktorunun varlığı ve ana tanı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bunlardan cinsiyet ve ana tanı hariç diğer özelliklerin tamamının bilgi boyutunu etkilediği lojistik regresyon analiziyle ortaya çıkmıştır. Baş etme becerisi boyutunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, uzaklık, yatış süresi, komorbidite skoru ve YBÜ kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bu özelliklerden uzaklık hariç diğer özelliklerin tamamının baş etme becerisi boyutunu etkilediği lojistik regresyon analizi ile ortaya çıkmıştır. Ayrıca hastayla birlikte yaşayan kişi özelliği, tek değişkenli analizde anlamlı bulunmazken, lojistik regresyon analizinde anlamlı bulunmuştur. Beklenen destek boyutunda; cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, hastayla birlikte yaşayan kişi, evde bakıma yardım edecek biri ve dolu yatak oranı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Bunlardan sadece eğitim düzeyi, hastayla birlikte yaşayan biri ve evde bakıma yardım edecek biri özelliklerinin beklenen destek boyutunu etkilediği lojistik regresyon analiziyle ortaya çıkmıştır.

Lojistik regresyon analizine göre yaş; RHDS/SF'nin boyutlarından kişisel durum, bilgi ve baş etme becerisi boyutlarını etkilemektedir. Yaş arttıkça hastaların bu boyutlarda taburculuğa hazır olma olasılığı azalmaktadır. Coffey ve McCharty (2013) 80 yaş ve üstü hastaların, 80 yaş altı hastalara göre, bilgi ve baş etme becerisinin daha düşük, beklenen desteğinin ise daha yüksek olduğunu bulmuştur. Weiss ve diğerleri (2007) ise yapmış oldukları çalışmada, hastanın yaşının taburcu olduktan sonra baş etme becerisini öngördüğünü; daha genç hastaların baş etmede güçlük çektiğini bulmuştur. Bobay ve diğerleri (2010) de yaş gruplarına göre RHDS'nin alt boyutları bakımından hastaların

taburculuğa hazırlık durumunu değerlendirmiştir. Genel olarak, beklenen destek dışındaki tüm boyutlarda yaşlı hastaların kendilerini eve gitmeye biraz daha fazla hazır hissettiklerini bulmuşlardır.

RHDS/SF'nin boyutları komorbidite skorları açısından değerlendirildiğinde, hastaların komorbidite skoru kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarını etkilemektedir. Hastaların komorbidite skorları arttıkça bu boyutlarda taburculuğa hazır olma olasılığı azalmaktadır. Cesari ve diğerleri (2006) yapmış oldukları çalışmada komorbidite ile yaşlıların fiziksel fonksiyon ölçümleri arasında ilişki olduğu ortaya koymuştur. Kişisel durum da baş etme becerisi ile ilişkili olduğundan komorbiditenin her ikisini de etkilemesi beklenebilir.

Hastanede yatış süresi, hastaların baş etme becerisini etkilemektedir. Yatış süresi arttıkça, baş etme becerisi açısından taburculuğa hazır olma olasılığı azalmaktadır. Baş etme becerisi hastaların kişisel durumuyla ilişkili olduğu için fiziksel olarak iyi durumda olmayan hastaların daha uzun süre hastanede yatırılmış olduğu söylenebilir. Nitekim yatış süresi ile yaş ( $r=0,06$ ;  $p<0,05$ ) ve komorbidite skoru ( $r=0,14$ ;  $p<0,001$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Ayrıca, yoğun bakım ünitesi kullanımı olan hastaların yatış gün sayısı ortalaması ( $22,9\pm 24,1$ ) yoğun bakım ünitesi kullanımı olmayan hastaların ortalamasından ( $12,6\pm 16,6$ ) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ( $t=4,04$ ;  $p<0,001$ ).

Hastaların taburculuğa hazırlık durumu cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, cinsiyetin kişisel durum ve baş etme becerisini etkilediği görülmüştür. Bu boyutlarda kadın hastaların taburculuğa hazır olma olasılığı daha düşüktür. Bunun sebebi, kadınların evde daha fazla rol ve sorumluluklarının bulunması olabilir. Ayrıca, taburcu olduktan sonra evde bakımına yardım edecek birinin bulunmaması yüzdesi kadın hastalarda (%15,3), erkek hastalara (%8,2) göre daha yüksektir ( $\chi^2 = 19,4$ ;  $p<0,001$ ).

Araştırmanın bulgularına göre, hastaların eğitim düzeyi taburculuğa hazır olmanın bütün boyutlarını etkilemektedir. Eğitim düzeyi kişinin sağlık durumunu birçok açıdan dolaylı olarak etkilemektedir. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip yetişkinlerin, sigara içme ve içki içme gibi riskli davranışlarda bulunma olasılığı daha düşüktür; diyet ve egzersizle ilgili sağlıklı davranışlara daha yatkın olma ihtimali daha yüksektir. İyi bir eğitimle elde edilen gelir ve zenginlik, sağlık durumunun başta gelen öngörücüleridir. Eğitim düzeyi yüksek kişiler, elde ettikleri gelire bağlı olarak daha iyi koşullarda yaşamaktadırlar. Eğitim; finansal, psikolojik ve duygusal destek sağlayan sosyal ağlar da dahil olmak üzere daha fazla sosyal destek ile ilişkilendirilmektedir (Zimmerman, Woolf 2014). Bu nedenle, genellikle eğitim düzeyi yüksek hastaların kendilerini taburculuğa daha fazla hazır hissetmesi beklenen bir durumdur.

Medeni durum baş etme becerisini etkilemektedir. Evli hastaların baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma yüzdeleri, evli olmayanlara göre daha yüksektir. Evli hastaların, taburculuk sonrasında kişisel bakım (hijyen, banyo, tuvalet, beslenme, vb.) ve hayatın talepleri (alışveriş, fatura ödeme, vb.) konusunda eşlerinden yardım alacağı düşünülmektedir. Bu nedenle evli hastalar baş etme becerisi boyutunda evli olmayan hastalara göre kendilerini taburculuğa daha fazla hazır hissetmiş olabilirler.

Hasta ile birlikte yaşayan bir kişinin varlığı, baş etme becerisi ve beklenen desteği etkilemektedir. Birlikte yaşadığı biri bulunmayan (yalnız yaşayan) hastalar baş etme becerisi boyutunda kendilerini taburculuğa daha fazla hazır hissetmektedirler. Yalnız yaşayan hastaların yaş ortalaması ( $66,1\pm 16,3$ ), birlikte yaşadığı biri olan hastaların yaş ortalamasından ( $56,3\pm 18,4$ ) daha yüksektir ( $t=5,7$ ;  $p<0,001$ ). Kadın hastaların yalnız yaşama yüzdesi (%7,3) erkek hastaların yalnız yaşama yüzdesine göre (%4,8) daha yüksek

bulunmuştur ( $\chi^2=4,5$ ;  $p<0,05$ ). Bunların baş etme becerisini etkilediği düşünülmektedir. Beklenen destek boyutunda ise birlikte yaşadığı biri olan hastaların taburculuğa hazır olma olasılığının daha yüksek olması, beklenen bir durumdur.

Taburcu olduktan sonra evde hastanın bakımına yardım edecek birinin bulunması; kişisel durum, bilgi ve beklenen destek boyutlarını etkilemektedir. Hastanın bakımına yardım edecek birinin olması, beklenen destekle doğrudan ilişkilidir. Diğer taraftan, bu kişi, hastayla doktor arasında aracılık rolü ile hastanın bilgilendirme düzeyini artırabilir. Ayrıca, psikolojik destekle kişinin kendisini daha iyi hissetmesini sağlayarak kişisel durum boyutuna pozitif katkı sağlayabilir. Kutlu ve diğerleri (2011) de hastanın kanser tanısı ile baş etmesinde sosyal destek ağı ve duygusal alanda destekleyici olarak algılanan bir kişinin varlığının önemli bir etken olduğunu vurgulamaktadır.

Hastanın düzenli olarak görüldüğü bir doktorun varlığı, bilgi boyutunu etkilemektedir. Düzenli doktoru bulunan hastaların bilgi boyutunda taburculuğa hazır olma yüzdeleri daha yüksektir. Düzenli olarak doktora görünen hastaların doktorla daha çok iletişim kurduğu, buna bağlı olarak da bilgi düzeyinin yükseldiği söylenebilir.

Taburculuk öncesi hastanede yoğun bakım ünitesi kullanımı, baş etme becerisini etkilemektedir. Taburculuk öncesinde hastanede yoğun bakım ünitesinde yatmış olan hastaların, baş etme becerisi boyutunda taburculuğa hazır olma olasılığı daha düşüktür. Hermans ve Van den Berghe (2015) yoğun bakım ünitesi kullanımının, kas güçsüzlüğü olarak adlandırılan kazanılmış güçsüzlüğe neden olabildiğini, Nordon-Craf ve diğerleri (2012) de bu hastaların genellikle önemli aktivite kısıtlamalarına sahip olduğunu, bu yüzden en temel faaliyetler için bile fiziksel yardıma ihtiyaçları olduğunu belirtmektedir. Bu nedenle yoğun bakım ünitesi kullanımı sonrasında hastaların baş etme becerisinin olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir.

Aynı hastaların taburculuğa “genel olarak” hazır olma durumunun belirleyicilerinin incelendiği başka bir çalışmada yapılan çoklu lojistik regresyon analizi sonucunda ise, genel belirleyiciler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, taburcu olduktan sonra evde bakımına yardım edecek birinin varlığı ve yatış süresi olarak bulunmuştur. Ayrıca, taburculuğa “genel olarak” hazır olmama durumunun, hastaların demografik ve klinik özelliklerinin dahil olduğu çok sayıda kontrol değişkenlerinin varlığında bile, 30 gün içinde plansız yeniden yatış ve 30 gün içinde ölüm riskini artırdığı tespit edilmiştir (Kaya et al. 2018b).

RHDS/SF'nin boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, en güçlü ilişki kişisel durum ve baş etme becerisi boyutları arasında iken en zayıf ilişki ise baş etme becerisi ve beklenen destek boyutları arasındadır. Weiss ve Piacentine (2006) de RHDS'nin boyutları arasında en güçlü ilişkiyi kişisel durum ve baş etme becerisi boyutları arasında, en zayıf ilişkiyi ise bilgi ve beklenen destek boyutları arasında bulmakla birlikte baş etme becerisi ve beklenen destek boyutu arasında da düşük ilişki bulmuştur. Hem kişisel durum hem de baş etme becerisinde hastanın fiziksel ve psikolojik durumu etkili olduğundan bu iki boyut arasında yüksek ilişki beklenebilir. Beklenen destek boyutu kişinin çevresindeki kişilerden yardım alabilmesiyle, bilgi boyutu ise çoğunlukla hasta ile doktor arasındaki ilişkiyle ilgili olduğundan bu iki boyut arasında yüksek ilişki beklenmemektedir.

Üç hastadan ikisi kendisini taburculuğa tam olarak hazır hissetmediği (tüm boyutlarda hazır olmadığı) halde taburcu edilmiştir. Ayrıca az sayıda olsa da hiçbir boyutta taburculuğa hazır olmadığı halde taburcu edilen hastalar bulunmaktadır. Taburculuk sonrasında olumsuz sonuçlarla karşılaşma durumu, hastanın taburculuğa hazır olma durumuna göre değiştiğinden, hastaların taburculuğa hazırlık düzeyinin yükseltilmesi önemlidir.

Taburculuğa hazır olmadığı halde taburcu edilen hastalar daha sonra olumsuz bir sonuçla karşılaştığında, bu hastalar için hastanede yapılan harcama tutarlarının (taburculuğa hazır hastalara göre) daha yüksek olacağı düşünülmüştür. Ancak, araştırmanın bulguları bu düşüncüyü desteklememektedir. Bu durum, olumsuz sonuçla karşılaşan hasta sayısının az olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca, araştırma kapsamına alınan hastaların tamamı iç hastalıkları servislerinde yatan hastalar olmakla birlikte; hastaların tanıları, tedavi süreçleri ve sosyo-demografik özellikleri farklılık göstermektedir. Bu nedenle, harcama verisi normal dağılım göstermeyip, aykırı ve uç değerler içermektedir.

## V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmanın amacı 1) taburculuğa hazır olmanın boyutlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, 2) bu boyutlara göre hasta sonuçlarının (taburcu olduktan sonra 30 gün içinde hastaneye plansız yeniden yatış, acil servis kullanımı ve ölüm) karşılaştırılması ve 3) bu boyutlarda taburculuğa hazır olma durumuna göre 30 gün içinde plansız yeniden yatış ve acil servis kullanımı için hastanede yapılan harcamaların karşılaştırılmasıdır. Hastalar RHDS/SF'nin en fazla beklenen destek boyutunda, en az ise bilgi boyutunda kendilerini taburculuğa hazır hissetmektedirler. Bu nedenle, iyileştirme fırsatının en fazla olduğu boyut, bilgi boyutudur. Bilgi boyutu, hastanın eve gitmesinin ardından oluşabilecek sorunlarla ve uyması gereken kısıtlamalarla ilgili ne kadar bilgi sahibi olduğunu göstermektedir. Muhtemelen sağlık çalışanlarının en kolay müdahale edebileceği boyut da budur. Sağlık çalışanları, hastaların bu konularda daha iyi bilgilendirilmesini sağlayarak taburculuğa hazırlık düzeylerini yükseltebilir.

Taburculuğa hazır olmanın belirleyicileri, taburculuğa hazır olmanın boyutlarına göre farklılık göstermektedir. Bilgi ve beklenen destek boyutları bakımından hastaların taburculuğa hazır olma durumlarına göre hasta sonuçları arasında fark bulunmazken, kişisel durum ve baş etme becerisi boyutları bakımından taburculuğa hazır olmayan hastaların; plansız yeniden yatış, ölüm ve olumsuz bir sonuçla karşılaşma yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur. Boyutlar arasındaki en güçlü ilişki de kişisel durum ve baş etme becerisi boyutları arasındadır. Bu nedenle hastalar taburcu edilirken, kişisel durum ve baş etme becerisi boyutlarında hazır olma durumlarına daha fazla dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu iki boyutu etkileyen ortak özellikler; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve komorbidite skorudur. Bu özelliklere ek olarak kişisel durumu, evde bakımına yardım edecek biri; baş etme becerisini ise medeni durum, yatış süresi ve yoğun bakım ünitesi kullanımı etkilemektedir. Bu özellikler çoğunlukla değiştirilebilir özellikler olmamakla birlikte, taburculuk planlamasında dikkate alınmalıdır. Eğitim düzeyi bütün boyutları etkilediğinden, eğitim düzeyi düşük hastalar taburcu edilirken bu hastaların hazırlık durumlarına daha fazla dikkat edilmesi ve bu hastalara taburculuk sonrası ilişkin bilgi verilirken bilgilendirmenin eğitim düzeylerine uygun şekilde yapılması önerilir. Sağlık okuryazarlığının artırılması da hastaların taburculuğa hazırlık düzeyini artırabilir.

Bu çalışmada taburcu edilen hastalardan yalnızca üçte birinin kendisini tüm boyutlarda taburculuğa hazır hissettiği ortaya çıkmıştır. Diğer taraftan hastaların %3,7'si ise hiçbir boyutta kendisini taburculuğa hazır hissetmemektedir. Yeterince hazır olmadan yapılan taburculuğun olumsuz sonuçları nedeniyle, hastaların tamamen hazır olduğunda taburcu edilmesi önerilmekle birlikte, bu her zaman mümkün olmayabilir. Örneğin kavrama düzeyi düşük olan bir hastanın bilgi boyutunda, aşırı derecede fiziksel yetersizliği bulunan bir hastanın kişisel durum boyutunda, yalnız yaşayan bir hastanın beklenen destek boyutunda tamamen hazır hale getirilmesi oldukça zor olabilir. Bu hastalar tamamen olmasa da mümkün olduğu kadar hazır hale getirilmeye çalışılmalıdır. Fiziksel yetersizliği bulunan ve yalnız yaşayan hastalarda, taburculuk sonrası bakım ve sosyal destek önemli hale



gelmektedir. Bu nedenle bu hastaların takibinin ve bakımının koordineli bir şekilde yürütülmesi sağlanarak olumsuz sonuçlarla karşılaşma riski azaltılabilir.

Taburculuğa hazır olmayan hastaların plansız yeniden yatış ve ölüm yüzdelerinin daha fazla olması, hem hastaların daha fazla sıkıntı çekmesi ve hayatını kaybetmesi, hem de gereksiz harcama yapılması bakımından sağlık yönetimi açısından önemlidir. Bu nedenle sağlık yöneticilerinin, hastaların taburculuğa hazır olarak taburcu edilebilmesi için gerekli önlemleri alması gerekmektedir. Bu önlemler; serviste hastaların taburculuğa hazırlık durumunun değerlendirilmesini içerdiği gibi, hastanede hastaların taburculuğa daha iyi hazırlanabilmesi için birimler ve sağlık çalışanları arasında iyi bir koordinasyonu da içerir. Hastaların taburculuk sonrasında takibinin yapılması, bakımın sürekliliğinin ve koordinasyonunun sağlanması ve bakım desteğinin geliştirilmesi de önemlidir. Bu açıdan evde bakım hizmetlerinin ve bakımevleri gibi kurumların geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması önerilir.

Bu çalışma büyük bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları servislerinde bir yıl boyunca taburcu olan hastalar üzerinde yürütülmüş olmakla birlikte, diğer hastane türlerinde yapılmamış olması çalışmanın sınırlılıklarından birisidir. Diğer bir sınırlılık, taburcu olan hastaların çalışmanın yapıldığı hastane dışındaki diğer hastanelere plansız yeniden yatışının, acil servis kullanımlarının ve bunlara ilişkin harcamaların izlenememiş olmasıdır. Bu sınırlılıklarına rağmen çalışmanın birçok güçlü yönü de bulunmaktadır. Birincisi, çalışma prospektif bir kohort çalışması olup bir yıldan uzun süre devam ettirilmiştir. İkincisi, sadece hastanede değil, hastane dışında gerçekleşen ölümler de tespit edilmiştir. Üçüncüsü, hasta kayıtlarında ve hastane bilgi sisteminde bulunmayan bazı veriler de (hastanın eğitim durumu, hasta ile birlikte yaşayan birinin bulunup bulunmadığı, taburcu olduktan sonra hastanın evde bakımına yardım edecek birinin bulunup bulunmadığı, hastanın düzenli olarak görüldüğü bir doktorunun olup olmadığı gibi) hastaların kendilerine sorarak elde edilmiştir. Bu nedenle, çalışmada elde edilen veriler idari kayıtlardan daha kapsamlı ve güvenilirlerdir.

Benzer çalışmaların farklı hastanelerde ve hastanelerin farklı servislerinde de yapılması önerilir. Hastaları farklı hastaneler ve sağlık kurumları arasında izleyebilmek için ülke çapında buna uygun sistemlerin tasarlanmasına ve geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Hastaların taburculuğa hazır olma durumuna göre, olumsuz sonuçlarla karşılaştıklarında hastanede yapılan harcamaların fark gösterip göstermediği konusunda, bu çalışmada varılan sonuçların genellenebilirliğini ortaya koyabilmek için de gelecekte yapılacak çalışmaların daha fazla sayıda hasta üzerinde veya belirli hastalıklar özelinde yapılması önerilir.

**Teşekkür:** Bu çalışmada kullanılan veriler, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından, 1001- Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Projelerini Destekleme Programı kapsamında, finansal olarak desteklenen 114K404 numaralı araştırma projesinden elde edilmiştir. Yazarlar TÜBİTAK'a ve araştırma ekibine içtenlikle teşekkür ederler.

## KAYNAKLAR

1. Akın B. and Şahingeri M. (2010) Validity and Reliability of Turkish Version of Readiness for Hospital Discharge Scale–New Mother Form (RHD-NMF). **Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences** 13(1): 7-14.
2. Alpar R. (2013) **Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler**. Detay Yayıncılık, Ankara.
3. Altuntuğ K. and Ege E. (2013) Effects of Health Education on Mothers' Readiness for Postpartum Discharge from Hospital, on Postpartum Complaints, and Quality of Life. **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi** 15(2): 45-56.
4. Nordon-Craft A., Moss M., Quan D. and Schenkman M. (2012) Intensive Care Unit–Acquired Weakness: Implications for Physical Therapist Management. **Journal of the American Physical Therapy Association** 92(12): 1494–1506.
5. Bernstein H. H., Spino C., Baker A., Slora E. J., Touloukian C. L. and McCormick M. C. (2002) Postpartum Discharge: Do Varying Perceptions of Readiness Impact Health Outcomes? **Ambulatory Pediatrics** 2(5): 388-395.
6. Bobay K. L., Jerofke T. A., Weiss M. E. and Yakusheva O. (2010) Age-Related Differences in Perception of Quality of Discharge Teaching and Readiness for Hospital Discharge. **Geriatric Nursing** 31(3): 178-187.
7. Brooke B. S., Samourjian E., Sarfati M. R., Nguyen T. T., Greer D. and Kraiss L. W. (2015) Patient-Reported Readiness at Time of Discharge Predicts Readmission Following Vascular Surgery. **Journal of Vascular Surgery** 61(6): 188.
8. Burucu R. ve Akın B. (2017) Gebeliğin Üçüncü Trimestrında Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Sonu Taburculuğa Hazıroluşluk Düzeyine Etkisi. **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi** 4(2): 25-35.
9. Cesari M., Onder G., Russo A., Zamboni V., Barillaro C., Ferrucci L., Pahor M., Bernabei R. and Landi F. (2006) Comorbidity and Physical Function: Results from the Aging and Longevity Study in the Sirente Geographic Area. **Gerontology** 52(1): 24-32.
10. Charlson M. E., Pompei P., Ales K. L. and MacKenzie C. R. (1987) A New Method Of Classifying Prognostic Comorbidity In Longitudinal Studies: Development and validation. **J Chronic Dis** 40(5): 373-383.
11. Coffey A. and McCarthy G. (2013) Older People's Perception of Their Readiness for Discharge and Postdischarge Use of Community Support and Services. **International Journal of Older People Nursing** 8(2): 104-115.
12. Coşkun H. ve Akbayrak N. (2001) Hastaların Kliniklere Kabul ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. **C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 5(2): 63-68.
13. Dağ H., Dönmez S., Şen E. and Şirin A. (2013) Postpartum Discharge Readiness Situation of Women Who Had Vaginal Deliveries. **Gaziantep Medical Journal** 19(2): 65-70.

14. Demirel Bozkurt Ö., Hadımlı A., Öztürk Can H., Baykal Akmeşe Z. ve Rastgele H. (2016) Annelerin Doğum Sonrası Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluğu ve Etkileyen Faktörler. **1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi**.14-15 Nisan 2016, Başiskele, Kocaeli.
15. Duran S. ve Gürhan N. (2012) Psikiyatri Hastalarının Taburculuk Eğitimi Alma Durumunun Değerlendirilmesi. **F.Ü. Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi** 26(1): 39-44.
16. Durusu Tanrıöver M., Yıldırım H. H., Demiray Ready N., Çakır B. ve Akalın E. (2014) **Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması**. Sağlık-Sen Yayınları, Ankara.
17. Fenwick A. M. (1979) An Interdisciplinary Tool For Assessing Patients' Readiness For Discharge in The Rehabilitation Setting. **Journal of Advanced Nursing** 4: 9-21.
18. Greysen S. R., Stijacic Cenzer I., Auerbach A. D. and Covinsky K.E. (2015) Functional Impairment and Hospital Readmission in Medicare Seniors. **JAMA Intern Med** 175(4): 559-565.
19. Greysen S. R., Harrison J. D., Kripalani S., Vasilevskis E., Robinson E., Metlay J., Schnipper J. L., Meltzer D., Sehgal N., Ruhnke G. W., Williams M. V. and Auerbach A. D. (2016) Understanding Patient-Centred Readmission Factors: A Multi-Site, Mixed-Methods Study. **BMJ Quality & Safety** 26(1): 33-41.
20. Heine J., Koch S. and Goldie P. (2004) Patients' Experiences of Readiness for Discharge Following A Total Hip Replacement. **Australian Journal of Physiotherapy** 50(4): 227-233.
21. Hermans G. and Van den Berghe G. (2015) Clinical Review: Intensive Care Unit Acquired Weakness. **Critical Care** 5(19): 274.
22. Howard-Anderson J., Lonowski S., Vangala S., Tseng C.H., Busuttill A. and Afsar-Manesh N. (2014) Readmissions in the Era of Patient Engagement. **JAMA Intern Med** 174(11): 1870-1872.
23. Howard-Anderson J., Busuttill A., Lonowski S., Vangala S. and Afsar-Manesh N. (2016) From Discharge to Readmission: Understanding the Process from the Patient Perspective. **Journal of Hospital Medicine** 11(6): 407-412.
24. Hoyer E.H., Needham D. M., Atanelov. L., Knox B., Friedman M. and Brotman D. J. (2014) Association of Impaired Functional Status at Hospital Discharge and Subsequent Rehospitalization. **Journal of Hospital Medicine** 9(5): 277-282.
25. Kaya S., Sain Güven G., Teleş M., Korku C., Aydan S., Kar A., Kartal N., Koca G. Ş. and Yıldız A. (2018a) Validity and Reliability of the Turkish Version of the Readiness for Hospital Discharge Scale/Short Form. **Journal of Nursing Management** 26(3): 295-301.
26. Kaya S., Sain Güven G., Aydan S., Kar A., Teleş M., Yıldız A., Koca G. Ş., Kartal N., Korku C., Ürek D., Bilgin Demir İ. and Toka O. (2018b) Patients' Readiness for Discharge: Predictors and Effects on Unplanned Readmissions, Emergency Department Visits and Death. **Journal of Nursing Management** doi: 10.1111/jonm.12605. [Epub ahead of print]

27. Knier S., Stichler J. F., Ferber L. and Catterall K. (2015) Patients' Perceptions Of The Quality Of Discharge Teaching And Readiness For Discharge. **Rehabilitation Nursing** 40(1): 30-39.
28. Kutlu R., Çivi S., Börüban M. C. ve Demir A. (2011) Kanserli Hastalarda Depresyon ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. **Selçuk Üniversitesi Tıp Dergisi** 27(3): 149-153.
29. Lau D., Padwal R. S., Mujumdar S. R., Pederson J. L., Belga S., Kahlon S., Fradette M., Boyko D. and McAlister F. A. (2016) Patient-Reported Discharge Readiness and 30-Day Risk of Readmission or Death: A Prospective Cohort Study. **The American Journal of Medicine** 129(1): 89-95.
30. Mabire C., Lecerf T., Büla C., Morin D., Blanc G. and Goulet C. (2015) Translation and Psychometric Evaluation of A French Version of The Readiness for Hospital Discharge Scale. **Journal of Clinical Nursing** 24(19-20): 2983-2992.
31. Maldonado G. M., Connelly C. and Bush R. A. (2017) Predictors of Readiness for Hospital Discharge After Birth: Building Evidence for Practice. **Worldviews on Evidence-Based Nursing** 14(2): 118-127.
32. Schmocker R. K., Holden S., Vang X., Levenson G. E., Cherney Stafford L. M. and Winslow E. R. (2015) Association of Patient-Reported Readiness For Discharge and Hospital Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems Patient Satisfaction Scores: A Retrospective Analysis. **American Collage of Surgeon** 221(6): 1073-1082.
33. Sis Çelik A., Türkoğlu N. ve Pasinlioğlu T. (2014) Annelerin Doğum Sonu Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Düzeylerinin ve Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi. **Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi** 3(2): 1-7.
34. Titler M. G. and Petit D. M. (1995) Discharge Readiness Assessment. **Journal of Cardiovascular Nursing** 9(4): 64-74.
35. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2017) Haber Bülteni. **İstatistiklerle Aile**. [www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24646](http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24646) (Erişim Tarihi:28.09.2017)
36. Türkmen H. ve Özbaşaran F. (2017) Vaginal Doğum Yapan Lohusalarda Taburculuğa Hazır Olma Durumlarının Değerlendirilmesi. **Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi** 7(1): 24-29.
37. Weiss M. E. and Piacentine L. B. (2006) Psychometric Properties of the Readiness for Hospital Discharge Scale. **Journal of Nursing Measurement** 14(3): 163-180.
38. Weiss M. E., Ryan P. and Lokken L. (2006) Validity And Reliability of the Perceived Readiness for Discharge After Birth Scale. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing** 35(1): 34-45.
39. Weiss M. E., Piacentine L. B., Lokken L., Ancona J., Archer J., Gresser S., Holmes S. B., Toman S., Toy A. and Vega-Stramberg T. (2007) Percived Readiness for Hospital Discharge in Adult Medical-Surgical Patients. **Clinical Nurse Specialist** 21(1): 31-42.

40. Weiss M., Yakusheva O. and Bobay K. (2010) Nurse and Patient Perception of Discharge Readiness in Relation to Postdischarge Utilization. **Medical Care** 48(5): 482-486.
41. Weiss M. E., Costa L. L., Yakusheva O. and Bobay K. L. (2014) Validation of Patient and Nurse Short Forms of the Readiness for Hospital Discharge Scale and Their Relationship to Return to the Hospital. **Health Services Research** 49(1): 304-317.
42. Weiss M. E., Sawin K. J., Gralton K., Johnson N., Klingbeil C., Lerret S., Malin S., Yakusheva O. and Schiffman R. (2017) Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. **Journal of Pediatric Nursing** 34: 58-64.
43. Williams M. V., Baker D W., Parker R. and M. Nurss J. R. (1998) Relationship of Functional Health Literacy to Patients' Knowledge of Their Chronic Disease. **Archives of Internal Medicine** 158(2): 166-172.
44. Yam C. H. K., Wong E. L. Y., Chan F. W. K., Wong F. Y. Y. and Yeoh E. K. (2012) Framework and Components for Effective Discharge Planning System: a Delphi Methodology. **Health Services Research** 12(396): 1-16.
45. Zimmerman E. and Woolf S. H. (2014) **Understanding the Relationship Between Education and Health**. Institute of Medicine. Discussion Paper. <https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH-UnderstandingTheRelationship1.pdf> (Erişim Tarihi: 18.11.2017)

