پذیرش و روزهای اقامت بیماران بر اساس پروتکل ارزیابی مناسبیت در بیمارستان‌های امام خمینی و دکتر شریعتی دانشگاه علوم پزشکی تهران

پژوهشگران: دکتر متین مجداللهی، دکتر شمس‌الدین اسماعیلی، دکتر مینا شفیعی

چکیده:
زیمت و هدف: این مطالعه با هدف سنجش میزان پذیرش و بستری غیر مفروض بیماران (IPS: Inappropriateness) ورزشگاهی، پزشکی، انتقادی و بستری و انتقاد و پذیرش علائم و اقدامات بیمارستانی انجام شد. به‌منظور کاهش مراجعه‌های غیر مفروض نیاز به ایجاد یک سیستم مناسب‌تر برای تشخیص و رفع این مشکلات و بهبود کیفیت خدمات بهداشتی در بیمارستانها مطرح می‌شود.

متد:
در این مطالعه، پژوهش‌های غیر مفروضی بیمارستانی از دو مسیر انجام شد: 1) سنجش پذیرش غیر مفروضی در بیمارستان‌ها به‌منظور کاهش پذیرش غیر مفروضی، 2) سنجش ارزیابی مناسبیت اقامت بیماران بر اساس پروتکل ارزیابی مناسبیت (AEP).

نتیجه‌گیری:
در صورت کاهش پذیرش غیر مفروضی بیمارستانی، غیر مفروضی بیماران کاهش می‌یابد و بسترهای غیر مفروضی انجام شود. این پژوهش نشان می‌دهد که ارزیابی مناسبیت اقامت بیماران بر اساس پروتکل ارزیابی مناسبیت (AEP) بهبود می‌یابد و پذیرش غیر مفروضی بیماران به صورت مناسب‌تری انجام می‌شود.

پژوهشگران:
دکتر متین مجداللهی، پزشکی بیمارستانی
در جهان امروز، سطح پیشرفته خدمات بهداشتی و درمانی به عنوان یکی از شاخه‌های انتظارگیر گیرش و توسعه اقتصادی و اجتماعی به شمار می‌رود. خدمات بهداشتی و درمانی بر سطح رفاه اجتماعی تاثیرگذار است و بخش عظیمی از منابع مالی را مصرف می‌کند. لذا نیاز به این خدمات غافل‌گیرانداز (آمفیزداییه) ۱۳۷۶) اما در این میان خدمات بیمارستانی از همیت خاصی برخوردار است که در بیان علت آن می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- خدمات بیمارستانی، بر هنگام بیماری، همه نظام‌های بهداشتی و درمانی ممکن می‌باشد. این بیمارستان‌ها به‌تعارف بهبودی در شرایط ناراحتی و درمان‌های انجام شده (Matorass M. et al. 1990) در این زمینه، در واقع گام اول و ناحیده گام دوم این فرآیند مورد نگهداری قرار گرفته است بی‌توجهی باعث نشان دهنده از خدمات بیمارستانی دو درمان مهم بیمارستانی را شامل: بیشتر غیر مقطعی است و اقلام غیر مقطعی بیمار مورد بررسی قرارداده ای است. این دو معنایی از شعبه‌های نظام بهداشت و درمان هر کشوری می‌باشد که به عقل گوناگون برگزش می‌کند و اثرات قابل توجهی را به دنبال دارد. محققان (عمدتاً در کشورهای اروپایی و آمریکایی) مطالعات‌کستره‌ها را به منظور شناخت بیماران در بیمارستان، اندازه‌گیری انجام داده‌اند. این مقاله بر نتایج مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که: بیماران اقامه غیر مقطعی در بیمارستان‌های سالمند در رطیفه از دهد تا ۷۸ موردی می‌توانند غیر ضروری و غیر مقطعی باشند.
در صدر، در بیماران بزرگسال از ۱ تا ۲۴ درصد، در بیماران مغزی و اعصاب از ۱۵ تا ۳۶ درصد و در بیماران ایدزی به طور متوسط ۲۲ درصد می‌باشد. و نیز میزان پدیده منفعت در کودکان از ۱۰ تا ۲۰ درصد و اقلام منفعت آن به طور متوسط ۲۰ درصد


در برخی از بیماری‌های تحقیقات، پدیده منفعت اینگونه

تعیین شده است: پدیده بیماری‌های چهارگانه گریه یا خفیه پدیده شدن در بیمارستان با چین سطح فن اوری برای آن وجود ندارد و پدیده آنها

حتی در صورت وجود گریه یا خفیه با سطح تکنولوژی پایین‌تر در نظام بهداشت و درمان نیز ادامه است. در مقابله پدیده منفعت اینگونه تعیین شده است: پدیده آن دسته‌ای از بیماری‌های کمک می‌کند است یک آنان

بطور بالقوه انتخاب دیگری با سطح فن آوری پایین‌تر نسبت به بیمارستان وجود داشت باشد. این بدين معنی است که چهار گانه بیطاری آنان در بیمارستان در

زمان کنونی نیست.

روش کار:

در تلاش جهت کمی نمودن میزان استفاده نابجا

از نخت‌های بیمارستان روش‌های گوناگونی بکار

برده می‌شد. در این پژوهش از پروتکل ارزیابی

AEP (استفاده شده است) در سال Restuccia و Gertman

۱۹۸۱ توسط مرگ‌زا محتوی در ابتدای

متعادل انتخاب گردنده و انتخاب و روابط آن به کرات در

مطالعات انجام شده در کشورهای اورپایی و آمریکایی

Escolano H.C.M. مورد نماید قرار گرفته است (AEP). ۲۰۰۴

احتمالاً برای بیماران بزرگسال و غیر از موارد روایی و زایمان کاربرد دارد و کاربران را به

در صدر، بیماری‌ها و روزهای اقامت بیمار می‌باشد.
ایجاد تغییر در معیارها بر اساس شرایط محلی تشیع
می‌نماید. این پرونکل دارای دو جدول می‌باشد:
جدول شماره 1 شماره 1/13، پذیرش مقتضی بیمار در
بیمارستان مباشته و جدول شماره 2 شماره 2/13 و
یک طبیعی 27 معیار از اقامت مقتضی بیمار در بیمارستان
است.

\[ n = \frac{Z^2 \alpha \times P(1-P)}{d^2} \]

به اساس فرمول
نمونه 258 بیمار باید به دست آمده باشد و تصادفی
بیماران پذیرش شده در بیمارستان‌های امام خمینی
و دکتر شریعتی در دوره مطالعه انتخاب گردیدند.

گزاره‌ای داده‌ای این پژوهش از تاریخ
1383/2/15 در دو بیمارستان مذکور آغاز گردید. بدین
ترتیب که در روز اول پزشکی با مراجعه به بخش‌های
مختل، لیست بیمارانی که در آن روز پذیرش شده
بودند را دریافت و از میان بیماران به صورت تصادفی
چند نفر را انتخاب نمود و آن‌ها جدول شماره 1 را با
بررسی بیماران و وضعیت بالینی وی از نظر مقتضی
بودن پذیرش، مورد بررسی قرار داد و برای هر کدام از
بیماران انتخاب شده جدول مذکور را تکمیل نمود.
بدین ترتیب گرند بیماری داده‌ها در کیفیت از معیارها
جدول شماره یک بود، پذیرش وی متقضی و در غیراین
صورت پذیرش وی غیر متقضی قلمداد می‌گردید.

نتایج بررسی پذیرش بیماران: با بررسی
وضعیت 258 بیمار، بر اساس معیارهای جدول شماره
پرونکل ارزیابی مناسبی از نظر مقتضی بودن
پذیرش آنها، بافت ها با یک نمونه است که
درصد پذیرش ها غیر مقتضی می باشد (دارای حداقل
بکی از معیارهای پذیرش مقتضی نیستند).

۸۹\%ی از میزان پذیرش غیر مقتضی بطور معمی یا طول مدت
بیمار در بیمارستان ارتباط دارد، بدین معنی که
بیماری که دارای پذیرش غیر مقتضی بوده است
روزهای کوتاه در بیمارستان اقامت داشته است
(۲۰۱۱) (نموندواد شماره 1) \(P<0.001\). در میزان
پذیرش غیر مقتضی در بخش‌های مختلف
بیمارستان نیز از نظر آماری معنا‌دار بخش‌های با
قد و جراحی عصبی دارای هیچ گونه پذیرش
متقضی بودن و بالاترین پذیرش غیر مقتضی در
بیشترین ارزشی که \(P=0.003\) (جدول شماره 3)
بحث:
پذیرش غیر مقضی، به عنوان یکی از ضعف‌های نظام های بهداشت و درمان حیات در کشورهای پیشرفته می‌باشد. هم‌اکنون، مریان پذیرش غیرمقضی در این پژوهش 22/9 درصد بروآر گردید.

این پژوهش به نتایج پژوهش‌های انجام شده در سایر کشورها که از 4 درصد تا 44/8 درصد بروآر گردید و در میران در بیمارستان ارتش در ترکیه می‌باشد که میزان پذیرش غیر مقضی را 28/6 درصد جرز تهیه کرد.


میزان پذیرش غیر مقضی را 28/6 درصد جرز تهیه کرد.

-development، 2018 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

روز بود (0/4) = (جدول شماره 5)
بیماران است. سابیر علی اقامت غیر مقتضی بیمار در بیمارستان در مورد ۲ ماهی زیاده است. 

آنچه مسلم است این است که درصد بالایی از اقامت‌های غیر مقتضی در بیمارستان، ناشی از فاقدانه داخلی بیمارستان و کلی بخش مدیریت بیمارستان می باشد (Panis G. et al. 2002).

طقی مشاهدات، میانگین IPS در بیمارستان شریعتی بطور معناتی داری از بیمارستان امام خمینی پایین نرسید. با بررسی‌های مختلف پویشگری به این تئیه رسید که علت تفاوت در فاقدانه تریشی در این دو بیمارستان بیشتر داشته و چرا که بیمارستان امام خمینی از نظام تریشی‌مارچک از بیمارستان دکترشیری علی‌الدین تریشی‌مرچک استفاده می‌نماید. بنابراین میزان بیمارستان با روال سیستم ارتقاء کیفیت در بیمارستان می‌تواند به اصل فاقدانه مشکل و از بیمارستان (که بطور مالی در مورد این بیمار فاقدانه تریشی) بیمار می باشد.) اقامت نمایند.

بیماران است. سابیر علی اقامت غیر مقتضی بیمار در بیمارستان در مورد ۲ ماهی زیاده است.

۱- کمبود خدمات بهداشتی و درمانی سطوح بالایی نظام بهداشت و درمان;
۲- مراجعه خارج از نظام از اراعج و خود ارجاعی;
۳- اجتناب از میانگین سرپاپی و یپتشک;
۴- عدم وجود مراکز تخصصی خارج بیمارستانی

بطرزکی رویه‌های پذیرش، خود کیک از عوامل استفاده نابجایی از تخته‌های بیمارستانی می باشد.

رویه‌های پذیرش، شرایط پذیرش انتخابی، نهایت اورژانس و اورژانس است. بررسی نشان داده است که قسمت‌های بیمارستانی خصوصی از این بطرزکی رویه‌های پذیرش خاصی که از طریق این پسکان از طرفی می رویند و همچنین پذیرش‌های غیر برنامه‌ریزی شده برای اجتنام میانگین و میزان انتقامی می باشد.

(Kossoovsky M. et al. 2002)

بیماران است. سابیر علی اقامت غیر مقتضی بیمار در بیمارستان در مورد ۲ ماهی زیاده است.

نتیجه کلی:

برای سیستم به یک نظام بهداشتی و درمانی موثر، روزهای بستری غیر ضروری در بیمارستان بایستی حذف گردد؛ یا اگر از آنجا که هر یک موارد اولیه و گردانه که از کنترل سایر بخش‌های بهبود یافته یک یا به یک IPS، یا روز بستری غیر مقتضی ممکن است. علت آن است که هر چند برخی از ارزیابی‌ها نشان می‌دهند که از سیستم ارتباطی که باید در بیمارستان با روال سیستم ارتقاء کیفیت در بیمارستان می‌تواند به اصل فاقدانه مشکل و از بیمارستان (که بطور مالی در مورد این بیمار فاقدانه تریشی) بیمار می باشد.) اقامت نمایند.

در صورت اقامت بیمار بیمار در بیمارستان می‌تواند ناشی از عوامل گوناگون باشد. طی این پژوهش، پژوهشگر سعی در شناخت عمل اقامت غیرمیانگین بیمار را در بیمارستان افتایش می‌کند. به هر حال، اقامت بیماران از این افتایش بسیار نیاز داشته و به این تئیه رسید، که دو روز به پیش‌برای از رویه‌های بستری غیر مقتضی مربوط به روز آخر اقامت بیمار در بیمارستان (روز قبل از تریشی) می‌باشد (درصد) در بیمارستان که درصد آن به عنوان مشکلات تغییر حساب و بیمه
تدريب و روزهای اقامت بیماران

- ارتفاع خدمات سطح پایین خدمات بهداشتی، چه تاثیری بر پذیرش و اقامت غیرمثبت بیمار در بیمارستان دارد؟

تشکر و قدردانی:

بی‌ثباتی و نوسیله از تمامی افراد و سارمان هایی که به نوعی در انجام این پژوهش مرا بار دادند بسیار قدردانی می‌نمایم و به طور اختصاصی از دانشجویان ترم آخر رشته پرستاری و پرستاران بخش‌های مختلف بیمارستان های دکتر شریعتی و امام خمیمی که در تکمیل پروتکل مشارکت نمودند و همچنین از جناب آقای افسر دانشجوی کارشناسی ارشد آمار رئیسی که در انجام کارهای آزمایشی پژوهش پایداری ما بودند سپاسگزاری می‌نمایم.

تحقیقات آینده باید به سمت پاسخ به سوالات زیر هدایت گردد:

- یک راهکار کاملاً متفاوت ملاحظه‌ای در "IPS" پیشنهاد ممکن‌هایی بر این موضوع?

- چرا نمودار فاصله‌ای در "IPS" پیشنهاد ممکن‌هایی بر این موضوع?

- نظام بیمه کشور چگونه بر پذیرش و استفاده‌های غیرمثبت می‌تواند تأثیرگذار باشد؟

جدول 1- میانگین‌های پذیرش مثبت

<table>
<thead>
<tr>
<th>باین غیر</th>
<th>میانگین پذیرش مثبت</th>
</tr>
</thead>
</table>
| 1. تغییر کاهشی در سطح هورمون‌های پیاربندی و ناکاهشی به زمان و مکان بی و طور ناکاهشی PR | پراکنده و با هر گونه تغییر معنی‌داری (PR ≤ 0.05)
| 2. تعداد ضربان قلب: 120/60 mmHg | PR 0.01
| 3. فشار خون: فشار سیستولیک کمتر از 90 mmHg | کمتر از 120 mmHg
| 4. ایمنی خون بر اساس شدت کلینیک و گزارش‌های خون
| 5. تغییر ناکاهشی در ECG به تعیین از قلب | PR 0.01
| 6. اختلالات شدید کلینیک و گزارش‌های خون
| 7. اختلالات ناکاهشی به شکل خون
| 8. تغییر ناکاهشی در
| 9. ECG به تعیین از قلب | PR 0.01
| 10. سیستم خون و تغییرات داخل بدن از میان زخم | PR 0.01
| 11. ایمنی خون بر اساس ناکاهشی | PR 0.01
| 12. تغییرات داخل بدن از میان زخم | PR 0.01
| 13. ایمنی خون بر اساس ناکاهشی | PR 0.01
| 14. ایمنی خون بر اساس ناکاهشی | PR 0.01
| 15. ایمنی خون بر اساس ناکاهشی | PR 0.01
| 16. ایمنی خون بر اساس ناکاهشی | PR 0.01
| 17. ایمنی خون بر اساس ناکاهشی | PR 0.01
| 18. ایمنی خون بر اساس ناکاهشی | PR 0.01

(Escolano H.C.M. 2004)
جدول 2 - معیارهای اقامت مبتلا به بیمارستان

<table>
<thead>
<tr>
<th>معیارهای پذیرش مبتلای</th>
<th>بله</th>
<th>خیر</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>خدمات پزشکی</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>انجام اقدامات جراحی در همان روز</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>برایه ریزی جراحی در همان روز به طوری که بیمار مشاوره با سنجش‌های قبل از عمل باشد</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کانتراپسون قلب در همان روز</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>آنتی‌وژنتی در همان روز</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بلوسی از نظر از ارگانیا داخی در همان روز</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>انجام ترمودیاگرام، با پاراستر در همان روز</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(tap , IP Ventricular , Cytternal</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CNS در همان روز)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>انجام اقدامات تشخیصی گونه‌آزمایی</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>هر گونه از ریزی آزمایش که نیازمند کتنی شدید ریزی غذایی در طول آزمایش باشد</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>انجام اقدامات درمانی جدید با تجربی که نیازمند تاثیر نظرات قرار گرفته بیمار با تمدید دارویی باشد</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تحقیق اطلاعات بیمار توسط پزشک حادثه 3 بار در روز</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>روز بعد از اقدامات جراحی با تشخیصی که در شماره 1 و شماره 2 هیت 7 ذکر شده است</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>خدمات پرستاری</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مرافقت‌های تنفسی (استفاده دائم با منابع از نفس مصنوعی)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>اقدامات داخل وریدی مانند (کلورولتان)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(ارواجا)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مراقبت بیمار با ظن‌های به طور دائم در طول حادثه</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تزریقات داخ و عضلانی با زیر جلید حادثه 2 بار در روز</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>اقدامات علالی به صورت تحلیل حرارت ابد (Tube , Tube chest</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>و زخم‌های برگ) حادثه در آن روز</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>انجام تحقیق اطلاعات بیمار توسط پرستاران با دستور پزشک حادثه 3 بار در روز</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>اقدامات حماتی به صورت تحلیل حرارت ابد (Out put, Intake</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مکانیزم خون همانند)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>اقدامات حماتی به صورت تحلیل حرارت ابد (ECG</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>امکان حادثه که در</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مشهود باشد با فرخ‌سازی بین طبیعی در 24 ساعت بعد</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>38 ساعت بعد</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>78/8 Oral</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>27 بیبایی</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24 کاهش ناهنجاری و حاد سطح هوشیاری در 24 ساعت بعد گذشته</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Escolano H.C.M. 2004)
جدول ۳ - جدول توصیفی-تحلیلی پذیرش‌های مختلف درمانی

<table>
<thead>
<tr>
<th>پذیرش مقتضی</th>
<th>تعداد</th>
<th>پذیرش غیر مقتضی</th>
<th>تعداد</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>درصد</td>
<td>درصد</td>
<td>روماتوโลژی</td>
<td>۸/۳/۳</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>نفروزی</td>
<td>۷/۵/۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>اورولژی</td>
<td>۴/۵/۴</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>زنان</td>
<td>۵/۳/۵</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>گوش-حلق، بینی</td>
<td>۷/۳/۵</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>گوارش</td>
<td>۷/۵/۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>گوارش</td>
<td>۷/۵/۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>جراحی عمومی</td>
<td>۹/۵/۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>جراحی عصب</td>
<td>۹/۵/۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>جراحی عصب</td>
<td>۹/۵/۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>جراحی عصب</td>
<td>۹/۵/۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>جراحی عصب</td>
<td>۹/۵/۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>جراحی عصب</td>
<td>۹/۵/۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>جراحی عصب</td>
<td>۹/۵/۷</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>جراحی عصب</td>
<td>۹/۵/۷</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\[ p = 0.0001 \]
\[ df = 11 \]

جدول ۴ - مقایسه نوع پذیرش بر اساس متغیرهای تحت مطالعه

<table>
<thead>
<tr>
<th>وضعیت بیمه</th>
<th>شاخص بیماری</th>
<th>جنس</th>
<th>سن بیمار</th>
<th>بیمارستان</th>
<th>نام متغیر</th>
<th>نوع پذیرش</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>زن</td>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>بیمه</td>
<td>مورد</td>
</tr>
<tr>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>زن</td>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>بیمه</td>
<td>مورد</td>
</tr>
<tr>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>زن</td>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>بیمه</td>
<td>مورد</td>
</tr>
<tr>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>زن</td>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>بیمه</td>
<td>مورد</td>
</tr>
<tr>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>زن</td>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>بیمه</td>
<td>مورد</td>
</tr>
<tr>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>زن</td>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>بیمه</td>
<td>مورد</td>
</tr>
<tr>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>زن</td>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>بیمه</td>
<td>مورد</td>
</tr>
<tr>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>زن</td>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>بیمه</td>
<td>مورد</td>
</tr>
<tr>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>زن</td>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>بیمه</td>
<td>مورد</td>
</tr>
<tr>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>زن</td>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>بیمه</td>
<td>مورد</td>
</tr>
<tr>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>زن</td>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>بیمه</td>
<td>مورد</td>
</tr>
<tr>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>زن</td>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>بیمه</td>
<td>مورد</td>
</tr>
<tr>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>زن</td>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>بیمه</td>
<td>مورد</td>
</tr>
<tr>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>زن</td>
<td>مورد</td>
<td>دارای</td>
<td>بیمه</td>
<td>مورد</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول ۵ - مقایسه میانگین روز بستری غیر مقتضی بر اساس متغیرهای تحت مطالعه

| نام متغیر | بیمارستان | نوع بستر | جنس بیمار | شانه بیمار | وضعیت بیمار | درمانی | دارای فاقد | به‌کارگیری جدید | مورد | مورد مورد | جزئی سال و قدم | مورد | مورد | چهل سال و بالاتر | مورد | مورد | چهل سال و بالاتر | مورد | مورد | چهل سال و بالاتر | مورد | مورد | چهل سال و بالاتر | مورد | مورد | چهل سال و بالاتر | مورد | مورد | چهل سال و بالاتر |
|-----------|----------|----------|-----------|------------|-------------|--------|-----------|-------------|------|-------|----------------|------|------|----------------|------|------|----------------|------|------|----------------|------|------|----------------|------|------|----------------|------|------|----------------|------|------|

این جدول از نظر آماری معنا دار می‌باشد. 
P.value.*

نمودار ۱ - پذیرش غیر مقتضی بر اساس طول اقامت بیمار در بیمارستان
نمودار ۲- علل اقامت غیر مقتضی پیمای در بیمارستان

منابع:

آصف زاده، سعید (۱۳۷۶) آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی، انتشارات علمی و فرهنگی، تهران.

جلالی، علی‌ضا و حسینی، سید مهران (۱۳۸۰) بررسی روش‌های بستری بیماران در بیمارستان درجه یک دانشگاهی و مقایسه آن با یک بیمارستان طرف قرار داد بیمه، مجموعه مقالات همایش اقتصاد بهداشت.


Demir C., Teke K., Fedai T., Kenav L., Bilgic H. and Sen D. (2002) Investigation of the correlation between inappropriate hospitalization stay rate : an application in with infection by human immunodeficieny virus according to medicine clinics of a


