

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

Güler METİN

HASTANE OTELLERİNİN YOKSULLUK, PSİKOSOSYAL
DESTEK VE TIBBİ SOSYAL HİZMET AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MUŞ-2023

T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

Güler METİN

HASTANE OTELLERİNİN YOKSULLUK, PSİKOSOSYAL
DESTEK VE TIBBİ SOSYAL HİZMET AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ YÖNETİCİSİ

Dr. Öğr. Üyesi Özgür YEŞİLYURT

MUŞ-2023

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
ÖNSÖZ	VI
KISALTMALAR DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANE VE HASTANE OTELLERİ

1.1. HASTANE KAVRAMI	3
1.1.1. Hastanelerin Niteliği	3
1.1.2. Hastanede Örgütsel İklim	4
1.1.3. Hasta Memnuniyeti	5
1.1.4. Hastanelerde Rekabet	6
1.2. HASTANE YÖNETİMİ	7
1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Yöneticilik	7
1.2.2. İnsan Kaynakları Yönetimi	8
1.2.3. Tesis Yönetimi	9
1.2.4. Bilişim/Teknoloji Yönetimi	10
1.2.5. Kalite Yönetimi	11
1.2.6. Sağlık Ekonomisi ve Finansmanı	12
1.2.7. Risk Yönetimi	13
1.3. HASTANE OTELİ KAVRAMI	14
1.3.1. Hastane Otellerinin Tarihçesi	15
1.3.2. Hastane Otellerinde Yemek Menülerinin Planlaması	17
1.3.3. Hastane Otellerinin Toplumdaki Yeri ve Önemi	17

İKİNCİ BÖLÜM

YOKSULLUK KAVRAMI

2.1. YOKSULLUK	19
2.2. YOKSULLUK VE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR	20
2.2.1. Para	20
2.2.2. Paranın Satın Alma Gücü	21
2.2.3. Gelir	22
2.2.4. Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH)	22
2.2.5. Gelir Dağılımı	23
2.3. EMEK- ARZ VE TALEBİN YOKSULLUĞA ETKİSİ	23
2.3.1. Emek	23
2.3.2. Arz ve Talep	24
2.4. YOKSULLUKLA İLGİLİ İSTATİSTİKLER	25
2.5. YOKSULLUK SINIRI VE ETKİLERİNİN BELİRLENMESİ	26
2.5.1. Göreli Yoksulluk	27
2.5.2. Mutlak Yoksulluk	27
2.6. YOKSULLUKLA MÜCADELE POLİTİKALARI	27

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

PSİKOSOSYAL DESTEK VE TIBBİ SOSYAL HİZMET

3.1. PSİKOSOSYAL DESTEK KAVRAMI	31
3.2. PSİKOSOSYAL DESTEĞİN ÖNEMİ	32
3.3. PSİKOSOSYAL DESTEĞİN BİLEŞENLERİ	33
3.4. PSİKOSOSYAL SORUNLAR	35
3.4.1. Sağlık Sorunlarının Psikososyal Etkileri	35
3.4.2. Yoksulluğun Psikososyal Etkileri.....	36
3.4.3. Savaş Durumunun Psikososyal Etkileri.....	37
3.4.4. Göçün Psikososyal Etkileri.....	38
3.4.5. Ölümün Geride Kalanlar Üzerindeki Psikososyal Etkileri.....	38
3.4.6. Afetlerin Psikososyal Etkileri	39
3.5. TIBBİ SOSYAL HİZMET KAVRAMI	40
3.6. TIBBİ SOSYAL HİZMETİN ÖNEMİ	40
3.7. TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI	41

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAHA ÇALIŞMASI

4.1. ARAŞTIRMANIN ÇALIŞMA GRUBU	43
4.2. ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE YÖNTEMİ	43
4.3. ARAŞTIRMA ETİĞİ VE VERİLERİN TOPLANMASI	43
4.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	44
4.5. GEÇERLİLİK-GÜVENİLİRLİK VE VERİLERİN ANALİZİ	44
4.6. BULGULAR	45
4.6.1. Konukevine Yönlendirme Süreçleri	49
4.6.1.1. Hastane Otelinin Olmamasının Etkileri Kategori	50
4.6.2. Konukevi Hizmetleri Teması	56
4.6.2.1. Olumlu Düşünceler	56
4.6.2.2. Olumsuz Düşünceler	60
4.6.2.3. Öneriler	63
4.7. TARTIŞMA	68
SONUÇ VE ÖNERİLER	72
KAYNAKÇA	76
EKLER	87

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HASTANE OTELLERİNİN YOKSULLUK, PSİKOSOSYAL DESTEK VE TIBBİ SOSYAL HİZMET AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Güler METİN

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Özgür YEŞİLYURT

2023, 103 sayfa

Hastane otelleri; il dışından gelmiş, kalacak yer sorunu yaşayan hasta ve hasta yakınlarına konaklama imkanı sunarak tedavi sürecine maddi ve manevi açıdan olumlu katkı sağlayan bir uygulama olarak ön plana çıkmaktadır. Çalışmanın amacı; hastane otellerinin yoksulluk, psikososyal destek ve tıbbi sosyal hizmet açısından değerlendirilmesidir. Çalışma, Van Bölge ve Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yapan 10 sosyal hizmet uzmanı belediye bünyesindeki hasta konukevinde (hastane oteli) konaklayan 30 hasta ve hasta yakınlarıyla toplamda 40 katılımcı ile yapılmıştır. Nitel araştırma yöntemiyle 11 yarı yapılandırılmış mülakat soruları ile veriler toplanmış olup betimsel analiz tekniği kullanılarak MAXQDA programıyla analiz edilmiştir.

Çalışma; Konukevine Yönlendirme Süreçleri ve Konukevi Hizmetleri teması altında toplanmıştır. Konukevine Yönlendirme Süreçleri teması altında 12 kod oluşturulmuştur. Katılımcılar, hastane otelinin olmamasının etkileri kodu altında yoğun görüş bildirmişlerdir. Konukevi Hizmetleri teması ise 3 kategoriden oluşturulmuştur. Olumlu düşünce; kişisel ihtiyaçların karşılanma hizmeti verilmesi, olumsuz düşünce; sabah kahvaltısının eksikliği, öneriler; hastanelere daha yakın olma ve hizmetin yaygınlaştırılması kodları altında yoğun görüş bildirmişlerdir. Yapılan görüşmeler sonucunda hastane otelleri hizmetinin sunulmasıyla; yoksulluğun etki alanlarının daraltma, psikososyal desteğin önemini artırma ve tıbbi sosyal hizmetin uygulanabilirliğine katkı sağladığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hastane Otelleri, Yoksulluk, Psikososyal Destek, Tıbbi Sosyal Hizmet

ABSTRACT
MASTER'S THESIS
**EVALUATION OF HOSPITAL HOTELS IN TERMS OF POVERTY,
PSYCHOSOCIAL SUPPORT AND MEDICAL SOCIAL WORK**

Güler METİN

Advisor: Assistant Professor Özgür YEŞİLYURT

2023, Page: 103

Hospital hotels; it comes to the forefront as an application that provides a positive contribution to the treatment process financially and morally by providing accommodation to patients and their relatives who have come from outside the province and have accommodation problems. Purpose of the study; evaluation of hospital hotels in terms of poverty, psychosocial support and medical social service. The study was conducted with 10 social workers working in Van Regional and Training and Research Hospital, 30 patients staying in the patient guesthouse (hospital hotel) within the municipality and their relatives, with a total of 40 participants. Data were collected with the qualitative research method with 11 semi-structured interview questions and analyzed with the MAXQDA program using the descriptive analysis technique.

Study; it is gathered under the theme of Referral Processes to the Guesthouse and Guesthouse Services. 12 codes were created under the theme of Referral Processes to the Guesthouse. The participants expressed intense opinions under the code of the effects of not having a hospital hotel. The Guesthouse Services theme was created from 3 categories. Positive thinking; providing services to meet personal needs, negative thinking; lack of breakfast in the morning, recommendations; they expressed intense opinions under the codes of being closer to the hospitals and expanding the service. As a result of the negotiations, with the provision of hospital hotels; it is seen that it contributes to narrowing the impact of poverty, increasing the importance of psychosocial support and the applicability of medical social work.

Key Words: Hospital Hotels, Poverty, Psychosocial Support, Medical Social Work

ÖNSÖZ

Hastane otelleri uygulaması; yoksulluk, psikososyal destek ve tıbbi sosyal hizmet açısından değerlendirildiğinde toplumun genel bakışı ağırlıklı olarak hastane otellerinin bireylere maddi rahatlık sağladığı yönünde algılar olduğuna dikkat çekilmiştir. Gerçekleştirilen çalışma ile hastane otellerinin bu kavramlarla (yoksulluk, psikososyal destek, tıbbi sosyal hizmet) bir bütün olarak ele alındığında hastane otellerinin hasta ve hasta yakınlarının kalacak yer sorununu giderdiği gibi hasta ve hasta yakınına psikolojik rahatlık sağlayarak tedavi sürecinin olumlu ilerlemesini kolaylaştırmaktadır.

Hasta ve hasta yakınına sosyal bir ortam oluşturma imkanı tanıyan hastane oteli, hasta olan bireyin refah bir ortamda tıbbi hizmetlerin alınmasını sağlayarak dengeli bir yaşam sunmaktadır. Maddi imkansızlıklar dışında bireyin hastalıkla mücadele etmesi yaşamı olduğundan daha fazla zorlaştırmaktadır. Bireyin refahını teşekkül eden bir ortamda tıbbi hizmetlerin alınmasını sağlamaktadır. Sosyal hizmet uzmanları ile hasta ve hasta yakınlarının dile getirmiş oldukları görüşler sonucu hastane otellerinin toplum için maddi ve manevi önemi ön plana çıktığı görülmüştür.

Araştırmayı gerçekleştirmek için tüm çalışma sürecine destek olan, bilgi ve tecrübesini paylaşan danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Özgür YEŞİLYURT, tez konusunu öneren Dr. Öğr. Üyesi Ayşin ÇETİNKAYA BÜYÜKBODUR hocalarıma ve eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteğini esirgemeyen aileme teşekkürlerimi sunarım.

Muş-2023

Güler METİN

KISALTMALAR DİZİNİ

Çev.	: Çeviren
DPT	: Devlet Plan Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Ed	: Editör
FBE	: Fen Bilimleri Enstitüsü
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
H	: Hasta
HY	: Hasta Yakını
IASC	: Kurumlar Arası Komite
MHPSS	: Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek Kurumları
MS.	: Milattan Sonra
SBE	: Sosyal Bilimler Enstitüsü
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SHU	: Sosyal Hizmet Uzmanı
STK	: Sivil Toplum Kuruluşları
TDK	: Türk Dil Kurumu
TKY	: Toplam Kalite Yönetimi
vb.	: Ve benzeri
vd.	: Ve diğerleri
yy.	: Yüzyıl

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Katılımcı Profili.....	46
Tablo 4.2. Hasta ve Hasta Yakınlarının Katılımcı Profili.....	47

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Maslow İhtiyaçlar Piramidi.....	20
Şekil 4.1. Araştırmanın Temaları	49
Şekil 4.2. Konukevine Yönlendirme Süreçleri Temasına Ait Hiyerarşik Kod ve Alt Kodları.....	50
Şekil 4.3. Hastane Otelinin Olmamasının Etkileri	52
Şekil 4.4. Konukevine Yönlendirme Süreçleri	55
Şekil 4.5. Katılımcılara Göre Konukevine Yönlendirme Süreçleri	55
Şekil 4.6. Konukevi Hizmetleri Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Gösterimi.....	56
Şekil 4.7. Olumlu Düşünceler	59
Şekil 4.8. Olumsuz Düşünceler	63
Şekil 4.9. Öneriler	65
Şekil 4.10. Katılımcılara Göre Konukevi Hizmetleri.....	66
Şekil 4.11. Kod Bulutu.....	67

GİRİŞ

Hastane oteli; verilen sağlık hizmetlerinin pekiştirilmesi, bireylerin memnuniyetinin artırılması ve tedavinin olumlu sonuçlanması açısından son derece önemli bir uygulamadır. Toplumda hastane otelleri kavramı “anne oteli” olarak karşılık bulmaktadır. İnsanların bu uygulamadan haberdar olmadıkları bu durumla anlaşılmaktadır. Hastane oteli, Türkiye’de sayılı yerlerde bulunmaktadır. Bu uygulamanın yaygın olmamasından kaynaklı toplumun pek fazla bilgisi bulunmamaktadır. Hastane otellerinin tarihçesi araştırıldığında çok eski zamanlarda farklı amaçlarla da olsa uygulanabilirlik açısından mevcut olduğu anlaşılmaktadır. Bu kadar eski bir uygulamanın gelişim gösterememesi ise soru işaretlerini doğurmaktadır. İnsanoğlu, varoluşundan günümüze kadar sağlık sorunları ile mücadele etmiştir. Kimi zaman bu sorunlarla tek başına, doğal yollarla mücadele ederken kimi zamanda alanında uzman kişilerin yardımıyla mücadelesini sürdürmüştür. Birey kendisi için en iyi, en kaliteli, en verimli ve en etkili tedaviyi bulmak için arayışlara girer. Teknoloji yardımıyla da istediği tedavi yöntemine kısa zamanda ulaşabilmektedir. Bireyin istediği tedavi çoğu zaman yerleşim yerinin dışında olabilirken tüm çabası bu tedaviye ulaşmak olabilmektedir.

Sağlık hizmetleri için seyahatin yeni bir akım olmadığı yapılan araştırmalarla anlaşılmaktadır. Kimileri bu hizmetlere istediği zamanda ve istediği yerde ulaşabilirken kimileri de maddi imkansızlıkların doğurmuş olduğu zorluklar yüzünden bu durumdan mahrum kalabilmektedir. Bazı tanı ve tedavi hizmetleri için kişinin isteğine bağlı, sevk durumu ya da tanı ve tedavi hizmetinin belli alanlarda sunulması bireyin seyahat etmesine neden olabilmektedir. Alınacak sağlık hizmetleri için yaşadığı yerden ayrılıp akraba yanına gitme, otellerde kalma, günübirlik seyahat etme veya gidilen yerde ev tutma gibi durumlar yaşanabilmektedir. Tüm bu süreçler maddi ve manevi zorlukların yaşanmasına zemin hazırlamaktadır. Özellikle maddi gücü olmayan bireyler, büyük bir çaresizlikle karşı karşıya kalabilmektedir. Bu durum da bireyin ya tedaviye geç kalmasına ya da tedaviyi alamamasına neden olabilmektedir.

Hasta olan bireyin hastalıkla mücadele ederken ekstra olumsuz durumlarla karşılaşması hem kendi tedavi sürecini hem de ailenin diğer üyelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. İl dışından gelmiş, kalacak yeri ve bunu karşılayacak maddi

durumu olmayan kişiler, temel ihtiyaçlarını karşılayamadığı gibi minimum refah düzeyi ile yaşamlarını idame ettirmeye çalışırken psikolojik ve sosyolojik çöküşler yaşayabilmektedir. Sağlık hizmeti almak için il dışına, hiç tanımadığı bir yere seyahat etmek zorunda kalan bireyler; kalacak yer sorunu yaşarken ve bu durum bireyin ruhuna, sosyal hayatına zarar verirken alınan tedavi bireyi sağlıklı bir birey yapmayacaktır. DSÖ'nün sağlık tanımının karşılık bulabilmesi için bireye bu tür hizmetlerin sunulmasına ihtiyaç vardır.

Hastaneler, sadece tıbbi hizmet sunmakla kalmayıp bireyin sosyal ve ruhsal iyileştirmelerini de kapsayan bir kurum olarak işletilmektedir. Hastanelerdeki sosyal hizmet uzmanlarının görev tanımı; hasta ve hasta yakınlarının sosyolojik ve psikolojik sorunlarına çözüm bulmak ve yaşam koşullarını iyileştirmektir (Uçan vd., 2015: 96). İl dışından gelmiş ve birçok sorunla mücadele eden hasta ve hasta yakınlarının kalacak yer sorununu çözmek bireyleri maddi ve manevi açıdan rahatlatacağından hem müracaatçıyı memnun edecek hem de sosyal hizmet uzmanlarının görev tanımlarına katkı sağlayacaktır.

Hastane otellerinin yoksulluk, psikososyal destek ve tıbbi sosyal hizmet açısından değerlendirilmesi için ülke genelinde iki farklı grup ile derinlemesine mülakat görüşmelerinin gerçekleştirilmesi planlanmıştır. Fakat ülkemizde hastane otellerinin sayılı büyük illerde (Ankara, Malatya) bulunması ve bunlara ulaşım da sorunların yaşanmasından kaynaklı Van Bölge ve Eğitim Araştırma Hastanesindeki 10 sosyal hizmet uzmanı ve belediye bünyesinde hastane oteli olarak kullanılan konukevinden hizmet alan 30 hasta ve hasta yakınları olmak üzere toplam 40 katılımcı görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Daha önce bu konu hakkında çok fazla çalışma yapılmamakla beraber yapılan çalışmaların sadece tek taraflı olarak hastane oteline verilen hizmetlerin değerlendirilmesi üzerine yoğunlaşmıştır. Bu çalışmanın özgünlüğü; uzmanlar ve hasta/hasta yakınlarının hastane otele olan bakışlar incelenerek kurumun avantaj ve dezavantajlarının neler olduğu ortaya konulmasıdır.

Çalışma, üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, hastane ve hastane otelleri kavramları, ikinci bölüm; yoksulluk, psikososyal destek ve tıbbi sosyal hizmet kavramları ele alınırken son bölümde saha araştırması (araştırmanın çalışma grubu, araştırmanın amaç ve yöntemi ve bulgular)'dır.

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANE VE HASTANE OTELLERİ

Çalışmanın birinci bölümünde; hastane ve hastane ile ilgili kavramlar, hastane yönetimi ve ilgili kavramlar, hastane yönetimi ve ilgili kavramlar, hastane oteli kavramı, hastane otellerinin tarihçesi, hastane otellerinde yemek menüsü ve hastane otellerinin toplumdaki yeri ve önemi konulu başlıklar ele alınarak bu alana dair literatür taramasına değinilmiştir.

1.1. HASTANE KAVRAMI

Hastane; toplumdaki bireylerin, yaşamlarını devam ettirebilmek için gerekli olan sağlık durumunun kazandırılması, risk altındaki bireylere önleyici/koruyucu hizmetlerin verilmesi ya da sağlığı bozulan kişilerin sağlıklarına geri kavuşmaları için gerekli tedavilerin alındığı sağlık kurumlar olarak tanımlanmaktadır (Badiei et al., 2018: 561). Diğer bir tanıma göre hastaneler; insan odaklı hizmetlerin sunulduğu, hastalığın tedavi edildiği ve sağlığın korunduğu birer organizasyonlardır (Erdem ve Erdem, 2019: 152). Belli mimari özelliklere sahip ve toplumun yararı için gerekli olan tüm kaynaklar ile bireylerin bozulan sağlığına müdahale edilen yer olarak da tanımlanabilir.

1.1.1. Hastanelerin Niteliği

Hastanelerin genel olarak toplumdaki en önemli üç görevi; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olarak ayrılmaktadır. Koruyucu sağlık hizmeti; toplumu oluşabilecek risklere karşı koruyarak bireyleri risk hakkında bilgilendirip önlemlerin alınmasını sağlamak, tedavi edici; bireylerin yaşadığı sağlık sorunlarının ortadan kaldırılması için alanında profesyonellerin maddi ve fiziksel imkanlar, yönetim ve finansman gibi faktörler eşliğinde bireylere müdahale etmesi, rehabilite edici sağlık hizmeti ise; kaza, doğal afet, savaş gibi durumlar sonucunda toplumdaki bireylerde meydana gelen sakatlık, motivasyon kaybı ve bireyde azalan çalışma gücünü tekrardan eski haline getirmek için topluma sunulan her türlü hizmetler olarak tanımlanmaktadır (Altay, 2007: 34).

Hastaneler, topluma oluşabilecek riskler hakkında bilgi vererek, gerektiği yerlerde gereken önlemlerin alınmasını sağlayarak meydana gelebilecek büyük hasarları önleyebilmektedir. Toplum sağlığının tedavisi için yetiştirilen uzmanlar, eldeki

kaynaklar ışığında müdahaleler yaparak problemlere çözüm bulabilirken aynı zamanda toplumu derinden etkileyen kazalar, savaşlar, salgın hastalıkları gibi olumsuz olayların toplumda yarattığı psikolojik, sosyolojik ve fizyolojik sorunlar için hizmetler sunabilmektedir. Bu durumlara bağlı olarak hastanelerin toplumdaki yeri ve önemi verdiği hizmetlerle ölçülebilmektedir.

Hastalar, hastane seçimini yaparken birçok faktöre dikkat etmektedirler. Bu faktörler hastanelerin niteliğini şekillendiren faktörler olarak ele alınabilecek unsurlardır. Hoşgör ve Gündüz Hoşgör (2019: 450) tarafından gerçekleştirilen çalışmada 1996- 2017 yılları arasında bireylerin hastane seçimini etkileyen faktörler belirlenmiştir. Bu faktörler arasında bireylerin seçimini etkileyen faktörler sırasıyla; mesafe, tanıdıklarının önermesi, fiyat, başka seçiminin olmaması, bağlı olunan sağlık güvencesi olarak tespit edilmiştir.

1.1.2. Hastanede Örgütsel İklim

Hastanede örgütsel iklim kavramının açıklamasına yer vermeden önce örgüt ve iklim kavramına değinmek “örgütsel iklim” kavramını daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

Örgüt, aynı çıkar ve amaç doğrultusunda bir araya gelen bireylerin kendine özgü oluşturmuş oldukları kültürel yapı çerçevesinde çaba sarf etmeleri olarak tanımlanabilmektedir (Güçlü, 2003: 147). İklim, örgütlerin niteliklerini birbirinden ayıran ve örgütlerin sahip olduğu durağan özellikleri gösteren bir kavramdır (Karcıoğlu, 2001: 275). Örgütsel iklim; örgütlerin davranışlarını şekillendiren, uzun bir zaman dilimi içerisinde gelişen, süreklilik gösteren ve örgütteki bireylerin psikolojik özellikleri ile diğer örgütlerden ayrılan örgüt kimliği olarak tanımlanabilmektedir (Zeybek, 2010: 13). Örgüt iklimi; teşkilatın yapısı, kişilerarası ilişkileri ve fiziksel çevre gibi unsurlardan oluşmaktadır. Bu unsurlar birbirini olumlu ya da olumsuz etkileyebilirken örgütsel iklimin temel amacı; kişilerarası ilişkiler, fiziksel çevre ve yapının işleyişini kolaylaştırarak ortadaki karmaşıklığı gidermek ve üretkenliğe yol açmaktadır (Solarte, 2009: 56).

Hastanelerdeki örgütsel iklim, çalışanların motivasyonları ile ilgili olup çalışma memnuniyetini etkileyen bir durumdur. Çalışanlar arasında bilgi paylaşımı sağlanarak uyumlu çalışma ortamının oluşturulması gelecekteki politikalar hakkında analizlerin

yapılmasını mümkün kılmaktadır. Hastanelerin toplumda olumlu bir algı oluşturabilmeleri için gerçekleştirecekleri organizasyonlarda çalışanlar arası koordinasyonun sağlanması gerekmektedir (Alencar and Lima, 2019: 61).

Hastanelerin daha kaliteli ve verimli hizmetler sunabilmesi için çalışanların psikolojik açıdan refah düzeyinin maksimum seviyede tutulması gerekmektedir. Çalışanlar arası işbirliğinin sağlanması, bilgi paylaşımı, çalışanlara karşı saygı gibi olumlu tutumlar çalışanlar üzerindeki yükü hafifletip daha sağlıklı hizmetler sunmasına yardımcı olacaktır. Tüm bu durumlar hastanenin örgütsel iklimini belirlemektedir. Her hastanenin kendine özgü çalışma düzeni, koşulları mevcutken bu yapı çalışanlar üzerinde olumlu veya olumsuz sonuçlar doğurabilmekte ve bu durum hizmeti alanları da aynı şekilde etkileyebilmektedir.

1.1.3. Hasta Memnuniyeti

Sağlık kurumlarından hizmet alan gruplar, hasta olarak tanımlanırken hastanelerin birer işletme olmasından kaynaklı hastalar birer müşteri olarak algılanmaktadır (Yeşilyurt, 2018: 89). Hasta memnuniyeti tüm işletmelerde olduğu gibi sağlık kurumlarında da en önemli kriter olarak kendini göstermektedir.

Hasta memnuniyeti; sağlık kurumlarından temin edilen ürün veya hizmetin değeri, özellikleri ve niteliği hakkında hastaların olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır (Akbaş, 2014: 24). Hastaların aldıkları hizmet ya da ürün memnuniyetini etkileyen faktörler iki başlık şeklinde ele alınabilmektedir. İlk başlık olarak hastaya ilişkin özelliklerden kaynaklanan faktörler; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, toplumdaki yeri, yaşam biçimi, karakteri, aile ve kültür yapısı, medeni durumdur. Diğer başlık ise hizmeti verenler ve hizmeti alanlar arasındaki ilişkiden kaynaklanan durumlar; sağlık çalışanları ile hasta/hasta yakınları arasındaki iletişim, sunulan hizmetin ortamı, bürokrasi, sunulan hizmetin ücreti, hasta/hasta yakınları mahremiyeti, hastayı süreç hakkında bilgilendirme ve hastanın güvenliğini sağlamak olarak sıralanabilmektedir (Yeşilyurt, 2018: 96).

Hasta memnuniyeti, sağlık kurumları için ciddi derecede önem arz etmektedir. Bundan dolayı sağlık kurumları; hastaların edindikleri hizmet kalitesinin algısını, hastaların memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün ne olduğunu, hangi kurumu neden tercih ettiği ve o kurumdan beklentilerinin neler olduğu, hizmet esnasında

yaşanan olumsuz durumların neler olduğunu belirleyerek bundan sonraki süreçte sunulan hizmetin nasıl olması gerektiği hakkında planlamalar yapar ve hasta memnuniyetini olumlu etkileyecek çalışmalar yürütür (Tezcan, 2014: 58). Sağlık kurumları birer işletme oldukları için diğer kurumlar gibi müşteri memnuniyetini dikkate alır. Hastane ortamının, hastanın ve yakınlarının beklentilerini karşılayacak düzeyde olması, hasta ve sağlık çalışanları arasındaki sağlıklı ilişki gibi birçok etmen hastayı tekrardan bu kuruma yönlendirebileceği gibi hastanın çevresine kurumu önerebilecek bulgular elde etmesine imkan tanıyacaktır (Büber ve Başer, 2012: 272).

Sağlık kurumlarının toplum tarafından kabul görebilmesi için gerekli koşullara sahip olması gerekmektedir. Hastaneler sadece tıbbi malzemeler, sağlık çalışanları ve hastalardan ibaret değildir. Hastanelerin varlık gösterebilmesi/ diğer kurumlarla rekabet edebilmesi için hastaların ihtiyaçları doğrultusunda hastalara ve yakınlarına en iyi, kaliteli ve sağlıklı hizmetleri sunmalıdır. Toplumdaki bireyler hemen hemen her konuda birbirlerini etkileyebilmektedir. Örneğin; daha önce bir sağlık kurumundan hizmet alan hasta ve yakınları o sağlık kurumu hakkında olumlu ya da olumsuz düşüncelerini çevresiyle paylaşarak hizmet aldıkları sağlık kurumunun toplumdaki imajı hakkında algı yaratabilmektedir. Bu algı da olumsuz imaja sahip hastanelerden insanların hizmet almaması anlamına gelmektedir.

1.1.4. Hastanelerde Rekabet

Pazarlama; hastaların ihtiyaçlarını belirleyerek bu ihtiyaçlara yönelik stratejilerin geliştirilmesinin yanı sıra işletmenin kar sağlamasına ve müşteriden değer görmesine yönelik yapılan çalışma sürecidir (Şantaş vd., 2016: 18). Genel olarak özel hastaneler, rekabet ortamında başka bir hastaneyle rekabet edebilmesi için sunduğu hizmetlerin pazarlamasını iyi yapmak zorundadır.

Hastaneler, gelişen teknolojinin ve daha kaliteli hizmet sunumun etkisiyle tüm sağlık harcamaları içinde en fazla tedavi hizmetlerine harcama yapmaktadırlar. Tedavi hizmetlerinde yararlanılan kaynakların maliyetlerini minimum seviyede tutmak için belli bir plan çerçevesinde üretim gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Kamu ve Özel hastaneleri işbirliği ve rekabet koşulları kapsamında kaynaklarını daha verimli kullanarak hizmet üretmektedirler (Akbolat ve Işık, 2012: 402). Rekabet edebilmek için her işletmenin farklı stratejileri olabilmektedir. Bu stratejiler; ürün farklılaştırma,

müşterilere sunulan bilgiler, hastanenin konumu, farklı tedarikler gibi genel hükümet düzenlemeleri olabilmektedir (Propper and Dixon, 2011: 79). Hastaneler, doktorlarla işbirliği içerisinde girerek her odada belli yatak sayısı ile hastaları çekmek için çabalamaktadır. Hastaneler; daha iyi uzmanları kadrosuna katıp hastaları hastanesine teşvik ederken doktorlar için de ünlü, saygın hastanelerle çalışmak tıbbi durum imajını olumlu açıdan şekillendirebilmektedir (Rudawska, 2009: 133).

Hastaneler, hastalar tarafından daha fazla tercih edilebilmek için kaynaklarını en kaliteli şekilde kullanarak diğer işletmelerle rekabet etmek durumundadır. Sağlık kurumları; konumu, tıbbi malzemeleri, etkin çalışma grubu, gelişen teknolojileri gibi faktörleri en iyi şekilde tasarlayarak hem hastayı memnun etmek hem de kar sağlamak adına stratejiler gerçekleştirmektedirler.

1.2. HASTANE YÖNETİMİ

Hastaneler, kıt kaynakları planlı bir şekilde yöneterek belli çıktılar sunan bazı kar amaçlı olan kurumlar bazıları da kar amaçlı olmayan kurumlardır. Çıktıların niteliği ise sağlık yöneticilerinin; planlama, örgütleme, yöneltme, koordine etme ve denetleme süreçleri ışığında sağlık hizmetlerinin yönetimi, insan kaynakları yönetimi, tesis yönetimi, bilişim-teknoloji yönetimi, kalite yönetimi, sağlık finansmanı ve risk yönetimini gibi alanların etkin bir şekilde yönetilmesine bağlıdır.

1.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Yöneticilik

Sağlık hizmetlerinin kaliteli bir şekilde sunulması için yönetici konumundaki liderlerin değişen koşullara ayak uydurabilmesi ve problemleri çözebilme yeteneğine sahip olması gerekmektedir. Hastanelerin kaliteli olması sadece hastaların memnuniyeti ile ilgili olmayıp aynı zamanda hastanede çalışanların da memnuniyeti ile ilgili bir durumdur. Bu duruma bağlı olarak liderler tarafından alınan kararlar hem hastaların hem de çalışanların beklentilerini karşılayabilecek heterojen yapıya uygun olabilmelidir (Keklik, 2012: 9). Toplumdaki salgınlara/acı durumlara karşı hastane yönetimi krizi yönetebilmeli ve bu süreçlerde iletişim üst düzeyde oluşturulmalıdır. Polikliniklere yapılan müracaatlar ve hastanedeki mevcut hastaların sayısı hakkında takipler yapılmalıdır. Salgın/acı durumlarda hem halka eğitimler verilmeli hem de bu süreçte yoğun bir temponun içinde olan sağlık çalışanlarına eğitim faaliyetleri ve konsültasyon yapma ile bilgi paylaşımı yapılarak hastaların gidişatı hakkında bilgilendirmeler

yapılabilir. Hastane yöneticilerinin operasyonel birimleri oluşturmaları ve bu birimlerdeki aksaklıkları gözetlemesi olumsuzlukları önleyecektir (Yücesan ve Özkan, 2020: 135).

Belirlenen amaçlar için ortak hareket eden kişiler, gruplar ya da örgütler düzenin oluşturulması ve kararların alınması konusunda karmaşanın önüne geçebilmek için kendilerine rehberlik edecek birine ihtiyaç duymaktadırlar. Lider seçilen kişi ise problemleri çözebilecek yeteneğe sahip, dinamik ve ileri görüşlü gibi özellikleri ile başkaları tarafından sevilen, takdir gören ve önemsenen biri olmalıdır.

1.2.2. İnsan Kaynakları Yönetimi

Hastaneler belli girdiler ile belirli çıktılar elde eder. Hastane girdileri; malzeme, makine, teçhizat, enerji gibi somut unsurlar iken insan becerisi, yeteneği, bilgisi ile anlam kazarak çıktılar olarak sonuç verir. Personel yönetimi, bireylerden ziyade iş odaklı bir durum olarak tanımlanabilirken insan kaynakları yönetimi, bunun tam tersine örgütteki tüm bireylerin gereksinimlerine odaklanarak işin verimlilik oranını artırması olarak tanımlanabilmektedir. Daha geniş bir yelpazeye sahip olan insan kaynakları yönetimi, personel yönetiminin eksik ve aksayan alanlarına dokunarak sorunları ortadan kaldırmaya ve yenilikler doğurmaya çalışan bir yönetim olarak tanımlanmıştır (Gemlik vd., 2016: 145). Hastanenin tüm faaliyetlerinde rol alan insanların yetenekleri, motivasyonları ve yaratıcı fikirleri her anlamda önem kazanmaktadır. Çalışanlardan fayda sağlamak için talimatla değil de daha çok çalışanın memnun olacağı sistemli ortam yaratılarak mümkün olacaktır. İnsan kaynakları yönetimi; çalışanların tutumlarını, davranışlarını ve kapasitelerini etkileyerek organizasyonel çıktılara ulaşmada yardımcı olmaktadır. İdari harcamaların düşürülmesi, iş memnuniyetinin artırılmasıyla işçi verimliliğinin artırılması ve tedarik harcamaların azaltılması ile kurumun sürdürülebilirliğinde yer alan insanlarla ilgili olduğu için insan kaynakları yönetimin önemini açığa çıkarmaktadır (Çalışkan, 2019: 343). Karmaşık yapıda olan ve uzmanlık gerektiren sağlık kurumları yoğun bir rekabet içinde oldukları için kalifiyeli çalışana sahip olmak son derece önemli bir konu haline gelmiştir. Planlı bir sistem ile kurumun ihtiyaç duyduğu insan gücü bilinçli bir şekilde yapılarak kalifiye insan gücü yeterli kadro ile sağlanabilmektedir. Sağlık kurumlarında insan gücü verimli bir şekilde kullanılarak geçmişin değerlendirilmesi yapılabilir ve gelişmelere uyum sağlanabilir (Sünter, 2019: 151).

1.2.3. Tesis Yönetimi

Hastanelerin fiziksel özellikleri hasta, hasta yakınları ve hastanede hizmet veren tüm çalışanları etkileyebilmektedir. Hastanelerin fiziksel özelliklerinin daha konforlu bir hal alması yirminci yüzyılın ikinci yarısında yenilenmiştir. Bu yenilenmelerin yapıldığı alanlar; hastane odalarının yeniden yapılandırılması, mutfak ve çamaşırhanenin merkezileştirilmesi, ameliyathanelerin sağlığı koruma açısından yeniden yapılandırılması, patoloji laboratuvarlarının kullanımını genişletme, hasta kayıtlarının tutulmaya başlanması gibi birçok yapılandırma yapılmıştır. İki savaş arası dönemde hastanelerin mimari özelliklerini modernize etme çalışmaları hastaları hastanede barındırmaktan çok hastalığın nedenini ortaya koyma ve hastalığın tedavisini gerçekleştirme üzerine olmuştur (Willis et al., 2018: 17). Hastane binaları inşa edilirken uzun süreli kullanım göz önünde bulundurularak tasarlanmaktadır. Eski dönemlere ait hastanelerin; teknolojik gelişmeler, kültürel gelişmeler ve tıbbi gelişmeleri takip etmemeleri sonucu toplum için konfor sağlaması mümkün olamamaktadır. Hastaneler sadece yapısal yenilenme değil kültürel yenilenmelere de ayak uydurup gelişen sosyo-ekonomik ve toplumdaki nüfus beklentilerini karşılamalıdır (Bulakh et al., 2020: 590).

Kembel ve diğerleri (2012: 1469) tarafından hastane binasının fiziksel özellikleri ile havadaki bakteriler arasındaki ilişkiler üzerine gerçekleştirilen çalışmada havadaki bakteriler mekanik ve pencereli havalandırma sisteminin olduğu hasta odaları üzerindeki ilişkisi tespit edilmiştir. Havadaki bakteriler, türleri açısından mekanik havalandırma sistemi olan odalarda daha düşük seviyede olduğu tespit edilirken pencereli odalarda daha fazla olduğu gözlemlenmiştir. Aynı zamanda hava akışının ve bağıl nemin az olduğu odalarda bakteri topluluğunun daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Hastane ortamı hem hizmeti alanları hem de hizmeti veren herkesi etkilemektedir. Hastayı; aldığı tedavi sürecini, psikolojisini, ailesini ve konforunu etkilerken hizmeti veren kesim için ise; hastaya verilecek hizmetin kalitesini, doğru teşhislerin konulmasını, kaynakların verimli kullanılmasını, hekimlerin konforunu vb. etkilemektedir. Gelişen teknoloji ile birlikte insanların gereksinimleri, istek ve arzularının göz önünde bulundurularak uygun hastane binalarının yapılması hastaları/hasta yakınlarını, sağlık çalışanlarını ve kurumun imajını olumlu yönde etkileyecektir.

Tesis yönetiminde son zamanlarda “Yeşil Bina” kavramı dikkat çekmektedir. Binaların “yeşil” özellik kazanabilmesinde taşıması gereken bazı özellikler bulunmaktadır. Bunlar (Demirsoy, 2020: 25-26):

- Eldeki kaynakların verimli kullanılması,
- Yenilenebilir enerji (rüzgar, güneş, su vb.) kullanımının sağlanması,
- Kirliliğin, atıkların, zararlı maddelerin önüne geçilmesi,
- Havalandırma işleminin insan sağlığına uygun olabilecek şekilde doğal yapılması,
- Kullanımı etik olan (toksik olmayan) malzemelerin kullanılması,
- Çevresel koşullar ön planda tutularak tasarımların yapılması,
- Bina tasarım sürecinde yaşam kalitesi göz önünde tutularak değerlendirilmesi,
- Değişime açık tasarım modellerinin kabul görmesi gibi özellikler binanın yeşil olarak değerlendirilmesini sağlamaktır.

Hastaneler için yeşil kavramı; alternatif kaynaklar oluşturmak, hastanenin tüm kaynaklarını (enerji, su, malzeme) etkin ve verimli bir şekilde kullanmaktır. Bu kavram ile hastanelerdeki israfların önüne geçip çevre dostu binalar inşa etmek amaçlanmaktadır. Yapılan incelemeler sonucunda 1960’lı yıllardan beri çevre dostu yeşil hastanelerin var olduğu saptanmıştır. Bu kavramın Türkiye’deki uygulamalarına bakıldığında ise çok fazla yeşil sertifikalı hastanelerin olmadığı sonucuna varılmıştır (Kılıç ve Güdük, 2018: 165).

1.2.4. Bilişim/Teknoloji Yönetimi

Hastanelerdeki kayıt işlemleri çok uzun yıllar manuel sistem ile gerçekleştirilmiştir. Bilgisayarların iş hayatına girmesiyle hastanelerdeki iş tanımında değişiklikler meydana gelmiştir. Sağlık çalışanları bilgisayarı; muhasebe, hasta kabul, hasta takip, faturalama gibi alanlarda kullanırken zamanla hastanenin diğer tüm alanlarında (radyoloji, laboratuvar, klinik karar, hastane bilgi yönetimi) kullanmaya başlamışlardır (Ak, 2013: 971). Sağlık kurumlarında bilişim teknolojilerinin kullanılması; çalışanların ihtiyaç duydukları bilgilere ulaşılmasını, yöneticilerin doğru karar verme süreçlerini hızlı ve kolay yapılmasını sağlayarak kurumun performansını arttırmaktadır. İzleme kontrol ve tedarik sistemi aracılığıyla eksik tıbbi malzemelerin hastanelere ulaşılmasını ya da stok fazlalığının diğer sağlık kurumlarına ulaştırmasını

sağlayarak israfı önleyebilmektedir. Bilgisayar aracılığıyla tutulan kayıtlar ile yatırım kararlarının doğru bir şekilde verilmesini sağlayabilmekte aynı zamanda insan kaynakları sistemi ile doğru personel seçimi ve işgücünün etkin kullanımı sağlanabilmektedir. İletişim sistemi ile çalışanlar arası koordinasyonu sağlayabilmektedir (Nokay ve Özaydın, 2018: 233). Sağlık hizmetlerinin sunumunda hataların azaltılarak hasta güvenliğinin sağlanması ve uluslararası standartlara uygun tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin ihtiyaçları karşılayacak şekilde sağlanması ancak hizmet veren sistemlerin doğru bir şekilde uygulanması ile mümkündür (Koska ve Göksu, 2017: 187).

Yaşamın her alanında kullanılan ve insanların yaşamlarını idame etmeleri konusunda büyük kolaylıklar sağlayan teknolojinin sağlık alanında da kullanılmaya başlanması ile sağlık hizmetleri sisteminde değişikliklerin yaşanmasına zemin hazırlanmıştır. Teknolojinin her alanda olduğu gibi yararları kadar zararları da mevcuttur. Sağlık alanındaki teknolojinin zararlarına bakıldığında sağlık çalışanlarının beceri ve düşüncelerinde körleşmelere neden olabileceği savunulmaktadır.

1.2.5. Kalite Yönetimi

Kalite, bir üretim girdisi veya pazara sunulmuş bir malın teknolojik, ekonomik değerlendirilmesi ya da tüketici memnuniyeti/beğenisi üzerindeki resmi/resmi olmayan şekillerle ayırıcı özelliklerin belirlenmesidir (Akalin, 2001: 69). TKY (Toplam Kalite Yönetimi); mal ve hizmetleri ucuz bir şekilde piyasaya sürerek müşterilerin daha kolay ve hızlı bir şekilde ulaşmasına imkan tanınmasıyla müşteri memnuniyetinin sağlanması olarak tanımlanabilmektedir (Demirbilek ve Çolak, 2008: 97).

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında Kalite Yönetim Şube Müdürlüğü, kurularak yataklı tedavi kurumlardaki hizmetlerin; vizyon ve misyon ilkelerini belirlemek, insan kaynakları, müşteri tatmini, maliyet hesaplamaları, hasta hakları, hizmet kalitesi gibi birçok çalışma ile sağlık alanında yaşanabilecek değişme ve gelişmelere profesyonel bir şekilde yaklaşılarak hizmetlerin standardize edilmesini sağlamayı amaçlamıştır (Doğan ve Kaya, 2004: 67).

Sağlık kuruluşlarının topluma sunduğu; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetlerini kalite sistemine göre standart olarak verebilmesi için bu hizmetleri birbirinden

ayırmadan birbirinin devamı olarak sunması gerekmektedir. Koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin hastanelerde sunulması hastanelerin kalite odaklı hizmet üretimini gerektiren bir durum haline getirmiştir. Kalitenin sürekliliğini korumak için; soyutluk, ayrılmazlık, değişkenlik ve dayanıklılık gibi özellikleri geliştirmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerindeki kalitenin sağlanması için çalışanların motivasyonu arttırılmalı, çalışanlara eğitimler verilmeli ve kalite hakkında bilinçli olan çalışanlara yer verilmelidir (Yeşilyurt ve Tekin, 2020: 77).

Hastanelerin amaçlarına uygun hareket edebilmeleri için toplum tarafından kabul görmüş ve memnuniyetin sağlanmış olması gerekmektedir. Planlı bir şekilde hareket eden hastanelerin en önemli hedeflerinden biri; kaliteli hizmetler sunarak hastayı kendine çekmek ve bunun sonucunda kar sağlamaktır. Kaliteli hizmetlerin sunumu için sadece hasta memnuniyeti odaklı olmayıp çalışanların da memnuniyeti göz önünde bulundurulmalıdır.

1.2.6. Sağlık Ekonomisi ve Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, alt yapısının geliştirilmesi ve örgütlenmesinin düzenlenmesi için 1980’li yılların başına kadar sürekli bir gelişim, değişim içinde olunmuştur. Dünya Bankası’nın da desteğiyle 1980 ve 2000 yılları arasında sağlık hizmetlerinin sunumundan finansmanına kadar birçok alanda sağlıkta dönüşüm projeleri gerçekleştirilmiştir. Sağlıkta dönüşüm programı tam anlamıyla 2003 yılında uygulanarak hasta memnuniyeti maksimum düzeyde tutulmaya çalışılmış ve aynı zamanda hizmetler maliyet açısından en uygun şekilde sunulmaya çalışılmıştır (Ayanoğlu vd., 2013: 2).

Artan sağlık harcamaları ve maliyetin etkisiyle sağlık ekonomisine olan önem giderek artmıştır. Bir taraftan artan teknolojik gelişmeler, artan ilaç kullanımı ve yüksek fiyatlı tedavi yöntemlerin kullanılması gibi arzın etkisi diğer taraftan artan nüfus, gelir artışı ve değişen yaşam biçimleri gibi talebin etkisiyle sağlık harcamalarında artış gözlemlenmiştir. Ayrı bir alan olarak ortaya çıkan sağlık ekonomisi düzenlemeler yaparken çoğu zaman çözülmesi gereken sorunların temelinde sağlık hizmetlerini kamu mu yoksa özel sektör mü sağlıyor, finansmanın sağlanması ve organize edilmesi gibi etkenlerin etki ettiği belirtilmelidir. Tüm bunların sonucunda ise sağlık ekonomisinin pozitif mi yoksa normatif mi değerlendirilmeli sorununa neden olur. Diğer mal ve

hizmetler gibi sağlık hizmetleri de birçok girdi sonucunda üretim sürecini gerşekleştirir. Fakat değişen özelliklerinden ötürü diğer mal ve hizmetler gibi piyasanın koşullarına serbest bir şekilde bırakılmamaktadır (Çalışkan, 2008: 47).

Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici olarak dar anlamda sınıflandırılan harcamalar geniş anlamda ise aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir (Sayım, 2017: 14):

- Tesis harcamaları,
- Donanım ve sağlık iş gücü harcamaları,
- Halkın fiziksel sağlığını geliştirecek yatırımlar,
- Halkın ruhsal sağlığını iyileştirecek yatırımlar,
- Çevre sağlığına yönelik yatırımlar,
- İlaç, cihaz ve tıbbi malzemelere yönelik yatırımlar,
- Sağlık alanında gerşekleştirilecek eğitim için yatırımlar,
- Malzeme stoku, personel, teşkilat planlaması için izleme ve araştırma için yatırımlar,
- Arge (hastalık, ilaçların yan etkileri gibi) harcamaları,
- Kalite, standardizasyon, cihaz kalibrasyonu ve izleme harcamaları.

Minimum maliyet ile maksimum kar sağlamak için sağlık harcamaları planlı ve sistemli bir şekilde düzenlenmelidir. Alanında uzman kişiler ile sağlık ekonomisi geliştirilerek topluma refah yaşam sunulurken aynı zamanda kurumun hedefleri de dikkate alınmalıdır.

1.2.7. Risk Yönetimi

Risk; büyük zararlara neden olabilecek yok etme potansiyeline sahip olan istenmeyen durum olarak tanımlanabilir. Herhangi bir kişinin ya da durumun varlığını tehdit eden aynı zamanda bireylerde kaygı yaratan durumdur. Hastanedeki risk yönetimi; çalışanlar ve hastalar üzerindeki tehdit edici durumların ortadan kaldırılması ile daha hızlı ve etkili kararların alınmasını sağlama, finansal açıdan kar sağlama, zarara yol açacak durumların kaynağını belirleme ve çözümleme konusunda yarar sağlayacak önemli bir yönetim türüdür (İncesu, 2019: 4).

Hastanelerde risk altında olan unsurlar; hastalar, çalışanlar, fiziki ve mali varlıklar, kurumsal itibar ve hukuki konular olarak sıralanabilir. Bu unsurlar üzerinde

risk oluşturan faktörler ise; enfeksiyon, hırsızlık, saldırı, yangın çıkarma, altyapı ve kullanılan teknoloji, fiyatlar, döviz kuru, faiz oranları, mevzuat, siyasi belirsizlik, siyasi kararlar, deprem, sel, kasırga gibi doğrudan ya da dolaylı etkili olan faktörlerdir. Bir hastane, risk oluşturabilecek her türlü zarara karşı risk yönetim ekipleri ile alabileceği önlemler bulunmaktadır. Bunlar (Güleç ve Gökmen, 2009: 172):

- Departmanlardaki her türlü klinik ve klinik olmayan aktiviteler ve bunlarla ilişkili riskler belirlenmeli,
- Risklerin oluşturduğu şiddet ve risk sıklığı belirlenmeli,
- Riskleri önleyecek ya da yok edecek çözüm önerileri belirlenmeli,
- Önlenemeyen risklerin oluşturacağı olumsuz sonuçları azaltabilmek için planlamalar yapılmalıdır.

1.3. HASTANE OTELİ KAVRAMI

Otel işletmeciliği; seyahat eden bireylerin geçici barınma, beslenme gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayan işletmeler olarak tanımlanmaktadır (Demirtaş, 2010: 13). Konuk sözcüğü Türkçe kökenli bir kavram olup konmak, geceleme, oturmak, kalmak, yerleşmek fiillerinden türemiştir (Chakyroglu and Suiyerkul, 2014: 125). Otel işletmeciliği birçok alana uygulanabilmektedir. Sağlık kurumlarında verilen hizmetlerin yanı sıra konaklama hizmetleri de mevcut iken bu durum hastane otelleri kavramını doğurmuştur.

Hastane oteli; hastanedeki bekleyişleri azaltmak için hasta ve yakınlarına konaklama imkanının sağlanması aynı zamanda tedavinin ulaşılabilirlik açısından daha rahat sağlandığı ortamlar olarak tanımlanmaktadır (Jarrett et al., 1996: 1).

Hastaneler arası rekabetten doğan en önemli uygulamalardan biri olarak değerlendirilen hastane otelleri; sunulan hizmetin kalitesini arttırmak ve müşteri/müracaatçı algısını olumlu etkilemek için hasta ve hasta yakınlarına somut olarak sunulan konaklama hizmeti olarak baş göstermektedir (Panda and Das, 2014: 53). Gelişen teknoloji ve değişen ortam ile birlikte konaklama işletmeleri rekabet avantajları elde etmek için mal ve hizmetlerini insanların zevklerine, ihtiyaçlarına göre yapılandırmak zorundadır. Konaklama işletmelerinin kalitesi, verimliliği, memnuniyeti kalkınma planlarına bağlıdır (Hassanien et al., 2011: 2).

Toplum için hastane ne kadar önemli ise konaklama imkanlarının sunulması da bir o kadar önem arz etmektedir. Hastalara hem tıbbi müdahalenin yapılması hem de tedavi olduğu sürecin rahat, verimli ve sağlıklı bir şekilde yürütülmesi için konaklama imkanının sunulması toplumdaki hastane algısını olumlu etkileyecektir. Tüm bu imkanların en üst düzeyde sunulması hastaneyi rekabet ortamında avantajlı kılacaktır.

1.3.1. Hastane Otellerinin Tarihçesi

Batı Manastırcılığın kurucusu olarak görülen Aziz Benedict'in kuralları çerçevesinde Manastırlar kurulmuştur. Bu Manastırlar; yemekhane, misafirhane gibi koruma amaçlı kurulan bina özelliklerini taşımaktadır. Orta Çağ bilginleri için Manastırlar, barışçıl bir ortamın varlığını mümkün kılan ve Hristiyan dininin öğrenimini sağlayan yapılar olarak değerlendirilmiştir. Benedict'ten sonraki yüzyıllarda Manastırlar, daha kapsamlı bir şekilde konukseverlik içermiştir. Ücretsiz olarak sunulan konaklama ihtiyacının yanı sıra barınma, hastalar için konaklama ve tedavi, yoksullar için yardım hizmetlerinin içerdiği yapılar olmuştur. İki gün sunulan konaklama imkanlarının kötüye kullanımının önüne geçmek için ise rahipler tarafından belli kurallar, sınırlamalar getirilmiştir (O'Gorman, 2006: 41).

Artan nüfus ile birlikte Avrupa'da hastaların tedavisi ve konaklaması için kamunun yardımları çerçevesinde dini yapıların tasarlanmasına vurgu yapılmıştır. Batı Avrupa'da MS. 1250'lerde kurulan hastaneler daha çok doğudaki büyük ve etkileyici hastane tasarımları; hacılar, haclılar ve seyahatnamelerin bilgileri ışığında sivil olarak inşaa edilmiştir (Conti et al., 2008: 32).

Osmanlı Devleti'nde Tanzimat sonrası batılılaşma ile birlikte turistler için inşaa edilen otellerin yapısı batı örnek alınarak dizayn edilmiştir. Otellerin ilk örneği 1841 yılında inşaa edilen Hotel d'Angleterre'dir. İstanbul'da bu tarz otellere sonraki zamanlarda çok fazla rastlanmıştır. Genellikle kullanıma açılan oteller, eski konak yapılarının değişimi ile düzenlenen yapılar olmuştur. Batı örnek alınarak 1891 yılında inşa edilen ilk otel Londra oteli olan yapı olmuştur. Bu otelden sonra Osmanlı'nın kendine has inşa ettiği yapılara rastlandığı görülmüştür (Çilli, 2009: 94).

Kurtuluş Savaşı'ndan sonraki süreçte birçok alanda yeniden yapılandırma işlemleri yapılmıştır. Sağlık alanındaki dönüşümlere Bursa'daki Ahmet Vefik Paşa Hastanesi örnek verilebilmektedir. Bu binanın; donanımı, kadrosu, zamanın koşullarına

bağlı olarak araç ve gereçleri ve sağlık alanındaki teknolojileri geliştirilmiştir. Modern bir yapıya dönüştürülen bu hastane dışında Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren sağlık politikası birçok açıdan geliştirilerek sosyal bir devlet anlayışını oluşturmuştur. Bursa’da geliştirilen Belediyeler de toplumdaki bireylere sağlık hizmeti alanında; Çocuk Esirgeme Kurumu, Dispanser, verem dispanseri, darülaceze gibi birçok işlevsellik kazandıran hizmetler sunmuştur. Atatürk döneminde yine aynı şekilde Bursa merkezli 5 sağlık istasyonu köy ve kazalara sağlık hizmeti ulaştırmıştır. Bursa’nın kazalarında hizmet veren muayene ve tedavi evleri özellikle köylere gezici sağlık ekipleri ile hizmetler ulaştırmaya çalışmıştır (Akkuş, 2009: 273-274).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin daha kaliteli, verimli, ekonomik, erişilebilir, bireyleri finansal riskten koruma ve alınan hizmetin memnuniyetini arttırmak adına 2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulamasını geliştirilmiştir (Kırılmaz, 2013: 19). Türkiye’de yeni olan şehir hastaneleri uygulaması bu programa örnek verilebilir. Şehir hastaneleri, birçok özelliği ile eski hastanelerden farklı olmakla beraber son teknolojik araç gereç ve hasta odalarının konforlu olması otelcilik hizmetlerinin yürütüldüğünü göstermektedir (Kayral, 2019: 681). Ülkemizde kanunlar, belediyeyi sosyal politika kapsamı çerçevesinde toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak çalışmaları yapması konusunda yetkili kılmıştır. Belediyeler, toplumdaki yoksul ya da dezavantajlı gruplara ulaşarak ortadaki sorunların giderilmesi için çalışmalar yapmaktadır (Şataf ve Mermer, 2017: 30).

Türkiye’de belediyelerin yapmış olduğu sosyal çalışmalardan biri hasta ve hasta yakınları için “konukevleri” uygulamasının sunulmasıdır. Özellikle sağlık hizmetleri için il dışından gelen bireylerin tedavileri boyunca sosyo-ekonomik ve psikososyal sorunların giderilmesi için konaklama imkanı sunmaktadır. Hastane otellerinin çok yaygın olmaması ile birlikte gerçekleştirilen bu uygulama hem sağlık hizmetleri için rekabet ortamını oluşturur hem de ülke gelişimine katkıda bulunarak yaşam standartlarını artırmaktadır.

Bu çalışma çok eski zamanlardan günümüze kadar bireylerin sağlık hizmeti alırken tercih ettiği hastanenin yakın ya da uzak olma durumu ilk sıra yer alması hastane otelleri varlığının geçmiş zamanlardan günümüze kadar olan önemini ön plana çıkarmaktadır. Çünkü bireylere sunulan sağlık hizmetinin yanında konaklama

hizmetinin de sunulması bireyi sağlık tesisini tercih etme konusunda yönlendirecektir. Tüm bu bilgiler ışığında varılan sonuç ise hastane otellerine duyulan ihtiyacın çok eski zamanlara dayandığını göstermektedir.

1.3.2. Hastane Otellerinde Yemek Menülerinin Planlaması

Hastanelerde tedavi gören hasta ve hasta yakınlarına sunulan yemek menüleri toplumda tatsız, tuzsuz, baharatsız, yaratıcı olmayan yemekler olarak algılanmakta ve genel olarak bu yemekler “hastane yemekleri” olarak tanımlanmaktadır. Toplumdaki bu algının değişmesi için yemek menüleri ile ilgilenen uzmanlar tarafından modern gastronomi çerçevesinde geliştirilerek toplumda yer edinen “hastane yemekleri” kavramı değiştirilmeye çalışılmaktadır (Mascarenhas et al., 2016: 5). Menüler; kaliteli, hijyen ve beğenilen yemekler olmasına dikkat edilirken aynı zamanda minimum maliyetle hazırlanabilen herkesin ihtiyaçlarını karşılayabilecek şekilde tasarlanmalıdır (Aşıkoğlu, 2014: 30).

1.3.3. Hastane Otellerinin Toplumdaki Yeri ve Önemi

Birçok kişinin faydalandığı hastane otelleri, özellikle kırdan kente ya da bir ilden başka bir ile sağlık hizmetleri almak için seyahat eden hasta ve hasta yakınları için son derece hayati önem taşımaktadır. Sağlık problemleriyle uğraşmak zorunda kalan ve bunun stresini yaşayan hasta ve yakınları aynı zamanda tedavi hizmetleri için evini terk edip başka bir yere seyahat etmek durumuyla karşı karşıya kalabilmektedir. Seyahat ve konaklama için yapılan ödemeler bireylerde stres ve depresyona neden olabilmektedir (Kornelsen et al., 2021: 17). Ranjbar ve diğerleri (2017: 71) tarafından gerçekleştirilen çalışmada sağlık hizmeti almak için farklı illere giden hasta ve hasta yakınlarının barınma ve beslenme olanaklarının çok maliyetli olmasından kaynaklı akrabalarının yanında, hastanın odasındaki yatakta ya da parkta kaldıkları sonucuna varmıştır. Bu tür durumunların yaşanması da sağlıkta eşitsizlik sorununu ortaya çıkarmaktadır.

Sağlıkta eşitsizlik sorununa çözüm bulma yolları aranmaktadır. Özellikle maddi imkanı olmayan bireylere yönelik sağlık hizmetlerine erişim için çalışmalar yürütölmektedir.

Gerçekleştirilen çalışmalar açısından Göçmenler ele alındığında; hastaların çalışmaya devam ederken aynı zamanda barınabileceği, beslenebileceği ve tedavi

görebileceği bir konut imkanının verilmesi bireylerin cepten yaptıkları harcamaları kısmaktadır (Tschirhart et al., 2017: 1217).

Hasta ve hasta yakınlarına sağlık hizmetlerinin eşit bir şekilde sunulmaması hasta ve hasta yakınlarını birçok olumsuz durumla karşılaştırabilmektedir.

Genellikle tedavisine geç başlandığında ölüm ile sonuçlanan kanser hastalıkları (karaciğer, meme, mide, bağırsak vb.) açısından ülkemiz ele alındığında özellikle İstanbul, Ankara ve İzmir gibi büyük şehirlerde kanser tedavisinin yoğunlaşması hasta bireyleri bu şehirlere itmektedir. Tedavi için bu şehirlere giden hasta ve hasta yakınları ekonomik ve konaklama sıkıntıları yaşabilmektedirler. Uzun bir tedavi süreci olan kanser hastalığı bireyleri; memleketinden, ailesinden ve işinden ayırmak zorunda bırakmaktadır. İşinden ayrılan kişiyi; barınma, beslenme, ilaç alma gibi maddi ve manevi zorluklarla baş başa bırakabilmektedir (Bozkurt et al., 2019: 38).

Hastane otellerinin olmayışı sağlık hizmetlerini almak için hastanenin herhangi bir bölümüne başvurmuş hasta ve hasta yakınlarını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durum genel olarak acil servisinde çok fazla hissedilmektedir. Diğer bölümlere göre daha fazla yoğun olan acil servis, gelen hastaların bekleyişlerinin uzamasına neden olabilmektedir. Hekim, bazen bu bekleyişlerin önüne geçebilmek için hasta ve hasta yakınlarını tedavi etmeden göndermek zorunda kalabilmektedir.

Hastanelerdeki doluluk oranı belli bir sınıra kadar ulaştığında acil servise gelen hastaların yatışı yapılamadığından acil servisteki kalabalık oranı artış göstermektedir. Bu yüzden acil servisteki doktorlar bu yoğunluğu azaltmak için normal şartlarda kabul edeceği hastaları evlerine geri gönderebilmektedirler (Forster et al., 2003: 127).

Yoğunluğu azaltmak adına acil servisindeki hekim tarafından evine gönderilen hasta, hastaneye tekrardan ulaşım konusunda sorunlar yaşabilmektedir. Bu durum da çoğu zaman hastanın tedaviye geç kalmasına ya da tedaviyi almamasına neden olabilmektedir. Hastane otellerinin önemi bu durum ile anlaşılabilir. Hastane otelleri hizmetinin sunulması ile bu tür durumların önüne geçilebilmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

YOKSULLUK KAVRAMI

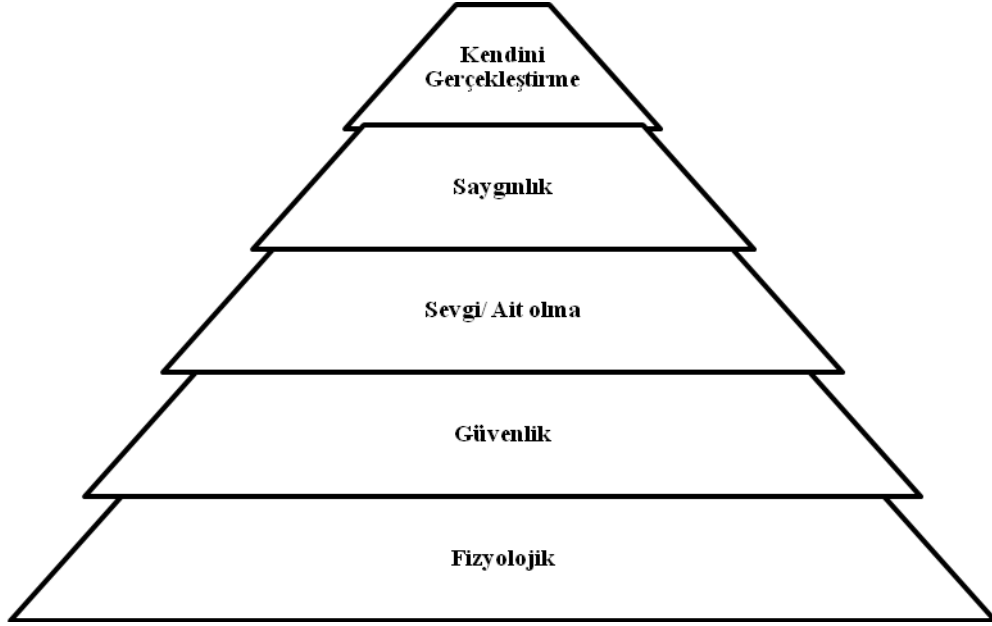
Çalışmanın ikinci bölümünde hastane otellerinin değerlendirilmesi kapsamında yoksulluk kavramı ele alınmıştır. Yoksulluk, yoksulluk ve ilişkili kavramlar, dünyadaki yoksulluk sınırı ve etkileri, yoksulluk istatistikleri, emek, arz ve talebin yoksulluğa etkisi, yoksullukla mücadele politikaları başlıkları ele alınmıştır.

2.1. YOKSULLUK

Yoksulluk kavramını açıklamadan önce yokluk kavramına değinmek daha açıklayıcı olacaktır. Yokluk, herhangi bir şeyin veya herhangi bir kimsenin varlık göstermemesi, bulunmaması anlamındadır (TDK, <https://www.tdk.gov.tr/?s=yokluk> Erişim Tarihi: 22.04.2022). Dar anlamda yoksulluk, bireyin yaşamını sürdürebilmesi için hiçbir temel ihtiyaca (yeme, içme, barınma vb.) ulaşamaması olarak tanımlanırken, geniş anlamda yoksulluk ise bireyin temel ihtiyaçlara ulaştığı halde toplumdaki diğer bireylerin yaşam standartlarından daha düşük bir seviyede yaşamını sürdürmesi olarak tanımlanmaktadır (Bayındırlık ve İskan Bakanlığı, 2009: 10). Yoksulluk durumu, kişiler ya da ülkeler bazında ele alınabilmektedir. Bireyler açısından yoksulluk; bireylerin, yaşamlarını sürdürebilmek için yaşamın temel ihtiyaçlarını (yeme, içme, barınma vb.) karşılayamaması durumudur. İnsan emeğine karşılık belli bir gelirin verilmesi olarak da tanımlanabilmektedir (Neocleous, 2015: 174). Ülkeler bazında ele alındığında ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin farklı olmasından kaynaklı farklı tanımlar içerebilmektedir. Gelişmiş ülkelerde yoksulluk; bireylerin daha çok zevk alınan durumlardan, lüks olan durumlardan mahrum olması olarak tanımlanırken gelişmemiş ülkelerde yoksulluk; bireylerin, ailelerin temel ihtiyaçlardan (yeme, içme, giyme gibi) yoksun olması ve bu durumun çözümü için gerekli olan güce sahip olmaması durumu olarak tanımlanmaktadır.

Maslow, bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri için gerekli ihtiyaçlara sahip olduğunu ve bu ihtiyaçların karşılanması için de hedeflerin belli bir kurala göre sıralandığını belirtmiştir. Maslow, bireylerin ihtiyaçlarını beş ayrı basamak olarak kategorize etmiştir. Bu ihtiyaçlardan bir üst basamağa geçebilmek için alttaki basamakta yer alan ihtiyaç basamağının karşılanmış olması gerekmektedir (Kula ve Çakar, 2015: 194). Şekil 2.1’de Maslow İhtiyaçlar Piramidine yer verilmiştir.

Şekil 2.1. Maslow İhtiyaçlar Piramidi



Kaynak: (Parıltı, <https://www.tuhis.org.tr/pdf/4415.pdf> Erişim Tarihi: 13.03.2023)

Şekil 2.1’de Maslow tarafından geliştirilen piramidin ilk basamağında fiziksel ihtiyaçlar (yeme, içme, nefes alma vs.), ikinci basamağında güvenlik (beden, aile, sağlık vs.), üçüncü basamağında sevgi (arkadaşlık, aile vs.), dördüncü basamağında saygınlık (özgüven, başarı, takdir edilme vs.) ve son basamağında ise kendini gerçekleştirme (problem çözme, erdemli olma vs.) ihtiyaçları yer almaktadır. Birey, en alt basamaktan başlayarak bu ihtiyaçlarını karşılamak için çabalar. Basamaklar arası geçişler eksiksiz bir şekilde tamamlanmalıdır.

2.2. YOKSULLUK VE İLİŞKİLİ KAVRAMLAR

Yoksulluk durumu, belli ölçüler ele alınarak belirlenirken bu durumun tanımlanması konusunda; para, paranın satın alma gücü, gelir, gayri safi milli hasıla ve gelir dağılımı kavramlarının yoksulluk üzerindeki etkilerinden söz etmek mümkündür.

2.2.1. Para

Toplumdaki bireyler geçimlerini sağlamak için birbirleriyle etkileşim halinde olmak zorundadırlar. Çok eski zamanlardan günümüze kadar bireyler arasında herhangi bir malı veya hizmeti elde etmek için takas usulü uygulanmıştır. Bu duruma günümüzde bakıldığında ise para karşılığında değişimin sağlanması olarak görülmektedir. Para;

toplumdaki bireylerin, ihtiyaç duydukları herhangi bir mal veya hizmeti elde edebilmek için edindiği mal veya hizmet ile aynı değer ölçüsünde olan, değişimi gerçekleştiren nesne olarak tanımlanmaktadır (Parasız, 2014: 367). Üretilen her mal ya da hizmetin belli bir değeri vardır ve günümüzde bunları elde edebilmek için insanlar belli miktarda para ödemekle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu mal ve hizmetin kapsamı içerisinde yer alan her şeyin değeri farklı olduğu gibi kalite açısından da farklılıklar görülebilmektedir. Bireylerin elde ettiği gelire göre mal ve hizmetlere ulaşım kimilerine göre kaliteli ve daha kolay ulaşılabilirlik sağlarken; kimileri için ise ulaşılması zor ve kalitesi düşük mal ve hizmet konumuna getirebilmektedir. Bu iki durum dışında ise temel ihtiyaçlarını karşılayabilecek gelire sahip olmayan belli bir kesim de vardır.

İl dışından gelmiş hasta ve hasta yakınlarının en büyük ihtiyaçlarından biri konaklamadır. Maddi imkanı olmayan bireylerin, ücretli sunulan konaklama hizmetlerinden yararlanamamaları çoğu zaman tedaviye geç kalmalarına ya da tedaviyi alamamalarına neden olmaktadır. Hastane oteli hizmetinin gereksinimi bu durum ile açıklanabilmektedir.

2.2.2. Paranın Satın Alma Gücü

İhtiyaçlar için paralel bir şekilde üretilen mal ve hizmetlerin kapsamı birçok açıdan sınıflandırılabilir. Mal olarak; ekmek, su, çay, buğday, un, şeker vb. mallar olarak sınıflandırılırken hizmet; eğitim, sağlık, spor, adalet gibi hizmetleri içermektedir. Mal ve hizmetlerin her biri farklı değer ve öneme sahip olması bu mal ve hizmetlerin satın alınabilmesi konusunda belli kriterler içermektedir. Toplumda ulaşılması daha zor, maliyeti daha yüksek olan mal ve hizmetlerin parasal açıdan değeri daha yüksek iken; ulaşımı kolay, çok bulunan ve maliyeti daha düşük olan mal ve hizmetlerin değeri daha düşük olur (Keynes, 1930: 75).

Toplumda zengin olarak değerlendirilen kesim, temel ihtiyaçlar dışında zevk ve lüks olarak değerlendirilen mal ve hizmetleri satın alma gücü açısından daha fazla fırsatlara sahip olacaktır. Aynı şekilde yukarıdaki tanımdan yola çıkıldığında yoksul/fakir olarak tanımlanan kişiler, mal ve hizmetleri satın alma gücü açısından dezavantajlı durumda olacaktır. Bu durum sağlık hizmetlerinden yararlanmak için il dışına seyahat eden hastalar açısından ele alındığında konaklama hizmetini satın alma gücünden

yoksun olan bireylere hastane oteli hizmetinin ücretsiz sunulması konaklama gereksinimini karşılayacaktır.

2.2.3. Gelir

Gelir, bireylerin toplum düzeninin işleyebilmesi için üretim yapması ve bu üretim sonucunda elde ettiği para ya da nesnel getiri olarak tanımlanabilmektedir (DPT, 2001: 3). Bir döngü içinde gerçekleşen üretim ve tüketim olayı gelir- gider arasındaki ilişkinin belirlenmesini oluşturmaktadır. Temel ihtiyaçların karşılanabilmesi için bireylerin belli gelire sahip olması gerekmektedir. İşverenler tarafından çalıştırılan bireyler, ürettikleri mal ya da hizmet karşılığında belli miktarda para almaktadır. Alınan bu para ile yaşamı sürdürmek için gerekli olan mal ve hizmetten harcama yapabilmektedirler.

Geliri düşük olan bireyler, birçok ihtiyacını karşılayamadığından dezavantajlı duruma düşmektedir. Toplumda düşük gelirli bireyler, temel ihtiyaçlarını karşılama konusunda problemler yaşabilmektedir. Bu problemleri yaşayan bireyler, ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin başka yerlerde sunulması ile konaklama sorunuyla karşılaşabilmektedirler. Konaklama için gerekli olan gelirden yoksun olmaları devletin gerçekleştirecek politikalarına yön vererek hastane yakınlarında otel hizmetinin sunulması problem yaşayan hastaların gereksinimi karşılayabilmektedir.

2.2.4. Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH)

Gayri Safi Milli Hasıla, bir ülkenin belirlenmiş bir zaman diliminde (3 ay veya 1 yıl) ülkede üretilmiş olan toplam mal ve hizmet fiyatlarının toplam değeridir (Eğilmez, 2014: 38). Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH) ile Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) arasındaki fark ise şudur: GSYH’ da belli bir ülkede üretimin nerede, üretimde nelerin kullanıldığı ve üretimin ne zaman yapıldığının kesin olarak bilinmesiyle mal ve hizmetlerin değerinin toplamı olarak tanımlanır. GSMH’ da ise üretim ülke dışında gerçekleşse dahi üretimi gerçekleştiren kişi o ülkenin vatandaşı olması durumunda üretilen mal ve hizmetlerin toplam değeri olarak tanımlanır (Parasız, 2014: 281).

Toplumdaki her kesim, konaklama hizmetlerinin maliyetini karşılayacak maddi imkana sahip olamadığından bu hizmetten yoksun olabilmektedirler. Bu durum sağlık hizmetlerine erişim konusu açısından ele alındığında özellikle hasta ve yakınlarının bazı durumlarda zorunlu konaklama ihtiyacının olması ücretsiz sunulan hastane oteli hizmetinin gereksinimini ortaya çıkarmaktadır.

2.2.5. Gelir Dağılımı

Bir toplumda belli bir dönemde elde edilen gelirin toplumdaki bireylere emekleri karşılığında belirlenen ölçüler dahilinde bireyler arasında toplam paranın bölüştürülmesi olarak tanımlanmaktadır (DPT, 2001: 3). Gelir dağılımı yapılırken çoğu zaman adaletsizlik durumunun gözlemlendiğine dair açıklamalar yapılmış ve bu durumun önüne geçmek için çalışmalar yürütülmüştür. Toplumda kimilerinin gelirden daha fazla pay alması bir tarafı zenginleştirirken bir tarafın fakirleşmesine neden olabilmektedir. Az paya sahip olan kesim yoksullukla tek başına mücadele edemeyeceğinden bu mücadelenin bir parçası olmak için gelir adaletli bir şekilde dağıtılmalıdır.

Toplumdaki adaletsiz pay dağılımının önüne geçmenin yollarından biri standart yaşam düzeyinin altında yaşamını devam ettiren kesim için iyileştirmelerin yapılmasıdır. Toplumda fakir olarak değerlendirilen hasta bireye, tedavisini gerçekleştirmek için il dışına seyahati halinde ihtiyaç duyduğu konaklama imkanının sunulmasıyla adaletin sağlanması konusunda adımın atılması bu duruma örnek verilebilir.

2.3. EMEK- ARZ VE TALEBİN YOKSULLUĞA ETKİSİ

Yoksulluk durumunu etkileyen birçok etken söz konusu iken emek, arz ve talebin gözle görülür etkisinin olmasına dikkat çekilerek bu kavramlara değinilmiştir.

2.3.1. Emek

Devlet tarafından toplum düzeninin sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi adına yasalar ve kanunlar konulmaktadır. Bu yasalar ve kanunlara göre birey herhangi bir şeyi elde etmek için çaba, emek sarf etmelidir. Bireyin emeği ile toplumdaki diğer bireylerin emeği işbölümü içerisinde zaman, saat, gün ve belli ölçeklerle bir metanın meydana getirilmesi olarak tanımlanır. Bireyin herhangi başka güç olmadan sadece tek başına meydana getirdiği şey ise ürün olarak tanımlanmaktadır (Marx, 1865: 30).

Emek sadece kuvvetle ya da güçle meydana gelen bir faktör değildir. Herhangi bir şeyin oluşturulması, yaratılması için bireyin o durum üzerine kafa yorması da emek olarak tanımlanabilir. Zihinsel ya da bedensel çabalar sonucun meydana gelen durum emek olarak tanımlanabilmektedir.

Bir emek sonucu topluma sunulan sağlık hizmetlerinin işlevsellik açısından gelişim göstermesi için ek hizmetlerin sunulması hizmet kalitesini artıracaktır. Hastanelerin işbölümü içerisinde belli emeklerle sunmuş olduğu önleyici, tedavi edici, rehabilite edici ve koruyucu hizmetlerine ek hasta ve yakınlarının konaklayabileceği hastane oteli hizmetinin sunulması verilen çabayı/emeği daha da anlamlı kılacaktır.

2.3.2. Arz ve Talep

Yaşamanın devam edebilmesi için bireyler sürekli mal ve hizmete ihtiyaç duyar. Bireyler, bu mal ve hizmetin karşılığında ise belli bir miktar para ödemektedirler. Mal ve hizmetlerin fiyatları rastgele oluşan bir durum olmamakla beraber bireylerin bu mal ve hizmetlere karşı olan yaklaşımı arz ve talep ilişkisini doğurmaktadır. Toplumda bir mal veya hizmete karşı olan talep arzdan fazla ise mal ve hizmetin değeri/ fiyatı daha yüksek olacaktır. Bu durumun tersi yani toplumdaki arz talepten daha fazla ise üretilen mal ve hizmetin fiyatı daha düşük olacaktır (Marx, 1865: 23).

Bireyin emeğine olan talebin artması çalışan gücü arttırırken verilen emeğin değerinin aynı oranda değeri bulmaması toplumda yoksulluğa, açlığa, ölümlere neden olabilmektedir. Fakat bu durumun tam tersi olacak şekilde verilen emeğin hak edilen değerde karşılık bulması toplumda refah yaşamı mümkün kılarken ebeveynlerin çocuklarına iyi bir gelecek sunmalarına imkan tanıyacaktır (Smith, 1941: 146).

Emek, arz ve talep açısından sağlık sistemi ele alındığında kaliteli yaşamın mümkün olabilmesi için bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri gerekmektedir. İnsanoğlu var olduğundan beri yaşamını fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan en iyi şekilde sürdürmek için içinde bulunduğu dönemin şartlarına göre fırsatlar elde etmeye çalışmıştır. Gerçekleştirilen her işin bir karşılığı olduğu gibi insanların sağlıklarını korumak için hizmet veren kurumlar, hekimler, uzmanlar da hizmeti alan kişilerden belli bir emek vermeleriyle kendi emeklerini karşılarlar. Kamu, özel ve yarı özel hastaneler toplumdaki bireylerin maddi imkanlarına karşı derecelendirilmiş hizmetler mevcuttur. Daha hızlı ya da kimilerine göre daha verimli sağlık hizmeti almak isteyen bireyler özel hastaneleri tercih ederken kimilerinin bu durumu karşılayacak maddi imkanlara sahip olmaması bireyleri, devlet tarafından sağlanan kamu hastanelerine itmektedir. Kamu ve özel hastanelere olan talep, bireylerin maddi durumu belirlerken aynı zamanda hizmetlerin kalitesi de bu durumla şekillenmektedir.

Birer işletme olan hastaneler, toplumun arz ve talep durumu ile hareket etmektedir. Toplumdaki hastane otele olan talebin arzdan fazla olması konaklama hizmetinin yüksek fiyatlandırmasını doğurmaktadır. Talebin arzdan fazla olması fiyatın artması ile sonuçlanırken konaklama ihtiyacını karşılayamayacak kesimin toplumda dezavantajlı konuma sokabilmektedir. Hastane otelinin yetersiz olmasıyla diğer konaklama hizmetlerindeki yüksek fiyatlandırma, maddi yeterliliğe sahip olmayan kesimin tedaviye geç kalmasına veya tedaviyi alamamasına neden olabilmektedir.

2.4. YOKSULLUKLA İLGİLİ İSTATİSTİKLER

Yoksulluk, evrensel bir boyut olduğundan her an her yerde karşılaşılabilen bir durumdur. Yoksulluk düzeyi her yerde aynı olmamakla beraber belli kriterlere göre belirlenen istatistiki durumlar şunlardır (Touray, 2016: 1-2):

1. Gelire bağlı olarak yaşanan yoksulluk sınırı, dünya çapında ele alındığında yaklaşık 900 milyon insanın yoksulluk konumunda olduğu tespit edilmiştir.
2. Yoksulluğun en fazla hissedildiği/yaşandığı bölge Afrika ve Güney Asya olurken bu durum istikrarlı bir şekilde devam etmektedir.
3. Gelir açısından yoksulluk durumuna bakıldığında düşük ve orta gelirli ülkelerde küresel yoksulluk daha fazladır. Bu durumun ortaya çıkmasının nedenlerine dikkat edildiğinde ise bu ülkelerin iç ve dış karışıklık yaşamaları, jeopolitik açıdan zengin kaynaklara sahip olmamaları en büyük etmenlerdir.
4. Gelire bağlı olarak yoksulluk sınırı 1,6 milyon insan olarak tespit edilmiştir. Küresel yoksulluğun en fazla yaşandığı Afrika ve Güney Asya bölgeleri, toplum refahını sağlamak amacıyla daha çok sosyal hizmet ve güvenliğe karşı önlemler alarak bireylerin bu hizmetlere erişimini kolaylaştırma çabaları içerisinde.
5. Yoksulluğun azaltılması için 2030 stratejileri arasında toplumsal etmenler ve ekonomik politikalar ele alınarak ülke genelindeki gelir dağılımında yaşanan adaletsizliklere karşı çözüm üretilmesi hedeflenmektedir.
6. Yoksulluğun azaltılması veya tamamen ortadan kaldırılması için her ne kadar çalışmalar yapılsa da bazı bölgelerde bu durum son bulmayacaktır. Yoksulluğun devam ediyor olması ise Sürdürülebilir Kalkınma Hedef 1 için tasarlanan durumun gerçekleşmesine engel olacaktır.

Genel bir çerçevede ele alınan yoksulluk, tüm dünya ülkelerinde görülmektedir. Batı Avrupa ülkeleri ve ABD gibi gelişmişlik düzeyi yüksek ülkelerin yoksulluk durumu ile Latin Amerika, Sahra-Altı Afrika ve Güneydoğu Asya'daki yaşanan yoksulluk durumu arasında yoğunluk farkı vardır. Siyasal istikrarsızlık, iç çatışmalar, eğitimsizlik, işsizlik ve sömürgeciliğe bağlı olarak bu ülkelerde daha fazla yaşanmasına neden olmaktadır. Bu durumlar dışında küresel sermaye bu ülkelerin sosyo-ekonomik yapıları üzerinde belirleyici olan bir diğer faktördür (Açıkgöz ve Yusufoglu, 2012: 78).

Yoksulluk düzeyi, yaş bazında ele alındığında yaşlıların genç ve yetişkinlere göre daha yoksul olduğu belirlenmiştir. Bu yaş grubunun yoksulluk durumu birçok nedene bağlanırken en önemli nedenlerinden biri adaletsiz dağılım ve sosyal güvenlik sistemindeki eksikliklerin olduğu açıklanmıştır. Kayıt dışı çalışma, yaşlılık ve emeklilik aylığının düşük olması bu yaş aralığındaki bireylerin yoksulluk boyutunu ve buna bağlı meydana gelen sonuçları önemli ölçüde artırmaktadır (Karadeniz ve Öztepe, 2013: 78-79).

Türkiye İnsanı Gelişim Raporu (1998) ele alındığında Türkiye'de yaşayanların yarısı orta düzey insani gelişim gösteren illerde, %47'si yüksek düzey insani gelişim gösteren illerde yaşarken %3'ünün düşük düzey insani gelişim gösteren Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaşadıkları saptanmıştır. Bu bölgeler bir bütün olarak ele alındığında Mardin ve Hakkari %35, Şırnak ise %45'lik İnsani Yoksulluk Endeks değerinin en altında yer aldığı saptanmıştır (Çabuk, 2003: 47).

Belirtilen istatistiki durumlar göz önüne alındığında yoksulluğun insanları birçok açıdan etkilediği ve aynı zamanda bu duruma yönelik çalışmalar yapılmasına rağmen yoksulluk durumunun tamamen yok olmadığı anlaşılmaktadır.

2.5. YOKSULLUK SINIRI VE ETKİLERİNİN BELİRLENMESİ

Yoksulluk sınırı belirlenirken bireylerin minimum seviyedeki yaşam seviyeleri dikkate alınmaktadır. Asgari düzeyde yaşamını devam ettiren bireylerin gün içinde alması gereken besin miktarı ile bu besinin karşılanması için ödemiş olduğu gider göz önünde bulundurulur. Yoksulluk sınırının belirlenmesine etki eden hane halkının geliri ile hanedeki kişi sayısı da önemli bir faktördür. Hane halkının geliri arttıkça temel ihtiyaçlar dışındaki gereksinimler de karşılanabilmektedir. Aynı şekilde hanedeki kişi sayısının az olması harcamalardaki pay oranını düşürmektedir (DPT, 2001: 131).

Ülkeler, toplumun yoksulluk durumunu, kimlerin geçimini sağlayıp kimlerin geçimini sağlayamadığını belirlemek için gelir ile gideri karşılaştırıp yoksulluk sınırını belirlemektedir. Elde edilen gelir, bireylerin harcamalarını karşılayamıyorsa bu bireyler, aileler yoksul/fakir olarak tanımlanır. Birçok ülke yoksulluk sınırını belirlerken ekonomik ve ekonomik olmayan değeri ele alarak çeşitli yoksulluk sınırlamalarını belirlemektedir. Ekonomik değer ele alınarak yoksulluk sınırlaması belirlenirken göreceli yoksulluk ve mutlak yoksulluk faktörlerinin etkilerinden söz etmek mümkündür (Touray, 2016: 3):

2.5.1. Göreceli Yoksulluk

Ülkenin genel gelir durumu ile belli bir ölçüde belirlenmiş olan yaşam standardına bakılarak bireyin, aile üyelerinin elde ettiği gelirin, giderlerini karşılayabildiği ve zevk alacak şekilde yaşamını idame edebildiği durumlarda yoksulluk sınırının üstünde; temel ihtiyaçlarını karşılayabilen fakat ülkenin belirlemiş olduğu ölçülerin altında yaşamını idame etmeye çalışan ve bu durumdan memnun olmayan kişilerin ise yoksulluk sınırının altında olduğu tespit edilen bir durumdur. Göreceli yoksulluk sınırlaması ülkeler bazında ele alındığında eşitsizlik durumunun yaşandığı ortaya çıkmaktadır.

2.5.2. Mutlak Yoksulluk

Birey veya hane halkının asgari düzeyde belirlenen temel ihtiyaçlarını karşılayamama durumu olarak tanımlanmaktadır. Kişinin yaşamdan zevk alması durumu bir kenara bırakılarak sadece ihtiyaç duyduğu temel mal ve hizmetlere ulaşamaması olarak belirlenen bir sınırdır.

Göreceli yoksulluk temel ihtiyaçlardan ziyade bireyin zevk, haz aldığı durumları yaşayıp yaşayamaması olarak ele alındığından bu durum ülkeden ülkeye, topluluktan topluluğa değişim gösterebilmektedir. Mutlak yoksulluk ise herkes için şart olan temel gereksinimlere ulaşması durumunu belirlediğinden her bölge/alan için aynı sınırlamayı koymaktadır.

2.6. YOKSULLUKLA MÜCADELE POLİTİKALARI

19. yy.'da sermaye açısından refahın yüksek olması, ekonominin ideal bir durumunda olmasına karşılık devlet, bazı belirli durumlarda sosyal ve ekonomik alanlara yönelik toplumda yenilik doğuracak düzenlemeler yapmıştır. Devletin

yoksullara yönelik müdahalede bulunması serbest piyasa ekonomisinde “yıkıcı ve doğal olmayan” olarak nitelendirilirken tam tersine serbest piyasa ekonomisinin işleyişi için yapıldığında “müdahale” olarak nitelendirilmektedir (Kovancı, 2003: 10).

Zengin ile fakir arasındaki maddi farklılıklar açısından uçurumun ortadan kaldırılması, toplumdaki her bireyin maksimum seviyede yaşamını sürdürme imkanının sağlanması, sosyal adaletin sağlanması konusunda devlet tarafından sosyal politikalar uygulanmaktadır. Toplum içinde kabul edilmiş yasalar ele alındığında fakir ile zengin kesimin her ne kadar devlet açısından eşit haklara sahip oldukları beyan edilse de bu durum sosyal yaşamda fakir ile zengin arasında farklılıkların gözle görülür olduğu bilinmektedir. Dengesiz gelir dağılımı sonucu bir kesimin zenginleşmesi ile diğer kesimin fakirleşmesi söz konusu iken bu durum bireylerin toplumda yararlandıkları sosyal becerileri, kamusal hizmetleri, ekonomik refahı, insanlar arası ilişkileri gibi birçok alana etki etmektedir. Toplumdaki bireylerin yaşam standartlarını iyileştirmek, yükseltmek için sosyal hizmet uzmanları görevlendirilerek kurumsallaşmış sosyal refah ve sosyal hizmetler 20. yy.’ın başlarından beri faaliyet göstermektedir. 2011 yılında kurulan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, yoksulluk alanında önemli bir gelişme olarak dikkat çekmektedir. Bu program dışında yoksullukla mücadele için sosyal politikalar ve birçok kurum mevcuttur (Canbulut, 2015: 29-30).

2018 yılında yapılan değişiklik ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı birleştirilmiştir. Yapılan yeni düzenleme ile Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı şeklinde düzenlenmiştir. 2021 yılında yapılan son güncelleme ile Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı oluşturulmuştur (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, <https://www.aile.gov.tr/bakanlik/hakkinda/tarihce/> Erişim Tarihi: 12.03.2023).

Halk tarafından yoksulluk kavramı değerlendirildiğinde bu durumun daha çok gelişmemiş, geri kalmış ülkelerde görüldüğü düşüncesi hakim olurken aslına bakıldığında tam da öyle olmadığı yoksulluğun genel, evrensel bir durum olduğu ortaya çıkmaktadır. Tüm ülkeler yoksulluğu kendi gelir durumuna göre kendi içinde yaşamakta iken devletler, bu duruma müdahale etmek için tek başına yetersiz bir konumdadır. Bu yüzden yoksullukla mücadele için devletler ile birlikte Sivil Toplum Kuruluşları (STK)

devreye girmektedir. Yoksullukla mücadele için yapılması gereken politikalar şunlardır (Banazlı ve Ozan, 2019: 409):

- Toplumda bireyler arasında fırsat eşitliğinin sağlanması, bireyler arasındaki birlik- beraberlik ilişkisinin kuvvetlendirilmesi için çalışmaların gerçekleştirilmesini sağlamaktır.
- Yönetimin, yoksulluğu ciddi bir problem olarak algılayıp Kamu Kurumları, Özel Kurumları ve STK' ları tarafından uyumlu çalışmaları dizayn etmektir.
- Eğitimin her alana etki ettiği gibi yoksulluk üzerindeki etkisi de göz önüne alınarak toplumdaki bireylerin eğitim seviyesini yükseltip hem gelir seviyesini artırma hem de doğurganlık düzeyinin düşürülmesi konusunda olduğu gibi bu alanda da çalışmalar yapmaktır.
- Çalışma hayatına kadınların dahil edilmesi fikrine destek olunacak projeler gerçekleştirmek ve bu düşüncenin genel bir görüş olarak kabul ettirmektir.
- Sokak çocukları ya da toplum tarafından dışlanmış kimseler için insan haklarına yönelik güçlendirmeler yapmak ve bireylerin toplumda aktifleştirilmesi için belli sorumluluklar vermektir.
- Kırdan kente olan yoğun göçün önlenmesi için kır yaşamında önemli olan tarım hayatı canlandırmak ve bireylerin tarımdan yüksek verim almaları için devlet destekli projeler yapmaktır.
- Derneklerin ve vakıfların kuruluşu için yasal düzenlemeler yaparak bu kurumların sayılarında artış yapmaktır.

Türkiye, yoksullukla mücadele etmek için fon yönetimi hazırlamıştır. Fonun harcamaları arasında eğitim gibi projeler yer alırken aynı zamanda kırsal kesimi kalkındıracak çalışmalar yürütülmektedir. Fondaki harcamalar arasında en fazla yer verilen kalem ise sağlık destek programı oluşturmaktadır. Toplum arasında “Yeşil Kart Sistemi” olarak bilinmektedir. Bireyin herhangi bir sosyal güvenlik sistemine sahip olmaması halinde kişinin sağlık harcamalarını karşılayan Yeşil Kart Sistemi 1992’den beri uygulanmakta ve 13 milyon kişiye hizmet etmektedir (Gürses, 2007: 67).

Eğitim düzeyi ile yoksulluk arasındaki ters orantı ele alındığında yoksulluğu ortadan kaldırmak veya azaltmak için eğitim koşulları iyileştirilmesi yapılmaktadır. Türkiye, gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında eğitim düzeyi olarak geri planda olduğu

görülmektedir. Bu yüzden yoksullukla mücadele edilirken kullanılan kaynaklar dışında kaynağın kullanıldığı yer özenle seçilmesi gerçekleştirilecek politikaları etkin kılmaktadır (İncedal, 2013: 135).

Sanayileşme çabaları içerisinde olan ülkeler ele alındığında özellikle “Ekonomik ve Sosyal Eşitsizlik” durumu üzerinde durdukları gözlemlenmektedir. Gelişme, büyüme ve refah bir toplum oluşturma çabası içerisinde olan ülkeler, belirtilen duruma karşı farklı yaklaşımlar sergilerken yapılan çalışmalar, gerçekleştirilen projeler ülkelere özgü kimlik oluşturmaktadır (Kovancı, 2003: 12). Sanayi Devrimi ile birlikte toplumda özellikle işçiler açısından güvenlik riskleri meydana gelince işçiler, kendi güvenliklerini kendileri sağlamak durumuyla karşı karşıya kalmışlardır. Bu risklerin toplumda engellenmesi için devletler bu alana yönelik sosyal sistemlerinde yenilikler gerçekleştirmişlerdir. Örnek olarak; Almanya’da 1883’te hasta olan bireyler için hasta sigortası, 1884’te kaza sigortası, 1889’da yaşlılık ve emeklilik alanında yasalar düzenlemiştir. Bu ülkenin yanı sıra Danimarka, İsviçre ve Büyük Britanya da toplumdaki bireylerin risklere yönelik emeklilik yasası, hastalık sigortası gibi sosyal güvenlik sistemi için çalışmalar yürütmüşlerdir (Fülberth, 2008: 224).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

PSİKOSOSYAL DESTEK VE TIBBİ SOSYAL HİZMET

Çalışmanın üçüncü bölümünde; psikososyal destek kavramı başlığı adı altında; psikososyal destek kavramının tanımı, psikososyal desteğin önemi, psikososyal desteğin bileşenleri ve psikososyal sorunlar konularına değinilirken tıbbi sosyal hizmet başlığında ise tıbbi sosyal hizmetin tanımı, tıbbi sosyal hizmetin önemi ve tıbbi sosyal hizmet uygulamaları konulu başlıklar ele alınmıştır.

3.1. PSİKOSOSYAL DESTEK KAVRAMI

Psikososyal, bireylerin birbirleri üzerinde yaratmış olduğu ruhsal durum olarak tanımlanabilmektedir. Psikososyal kavramı; psikoloji ve sosyal diye iki temel bileşene ayrılmaktadır. Psikoloji, bireyin iç dünyası, ruh durumunu ifade ederken sosyal ise; bireyin, içinde bulunduğu toplumla olan ilişkisini ifade etmektedir. Psikososyal destek; aile üyeleri, arkadaşlar, öğretmenler, sağlık çalışanları, eşler ya da işin uzmanları tarafından gerçekleştirilen, bireylerin bozulan ruhsal ve sosyal durumuna yönelik bakımın sağlanmasıyla verilen yardım çabaları olarak tanımlanabilmektedir. Bireyin kendi içinde yaşamış olduğu içsel sorunlar ya da toplumdaki kişiler veya olayların sebep olduğu sorunlar, bireyi hem kendisinden hem de toplumundan uzaklaştırabilmektedir. Bu durumun önüne geçebilmek, bireyi kazanabilmek için kimi zaman toplumdaki diğer bireyler destek verirken asıl desteğin işin uzmanı tarafından verilmesi adına devlet tarafından Kurumlar Arası Komite (IASC) Yönergeleri, Ruh Sağlığı ve Psikososyal Destek (MHPSS) kurumları aracılığıyla bireyin ihtiyaç duyduğu alana yönelik hizmet desteği verilmektedir (Stavrou and Unicef, 2009: 7).

Bireyi toplumdan ayrı düşünmenin aksine birey ile toplum arasında sıkı sıkıya bağlı bir ilişki vardır. Bu durumun açıklayıcısı olarak; bir bebek dünyaya gözünü açtığında anne sütü, sevgisi, koruması, güveni gibi temel ihtiyaçlar besler. Bebek için gerekli olan bu ihtiyaçlar karşılanmadığında yaşamın devamlılığı söz konusu olmayacaktır. Tüm bu süreçler incelendiğinde bireyin her evresinde topluma olan ihtiyacı göze çarpmaktadır. Yaşam boyunca birey ile toplum arasında bir döngü mevcuttur. Toplumdaki herhangi bir olumlu veya olumsuz durum bireyi etkileyecek ve yine aynı şekilde bu etkilerin ortadan kalması için en büyük görev topluma düşecektir.

3.2. PSİKOSOSYAL DESTEĞİN ÖNEMİ

Toplumda yaşanan psikolojik ve sosyolojik birçok olay bireyin sağlığı üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Psikososyal desteğin hastalık üzerindeki önemine bakıldığında hastalık döneminde birey ve yakınları hem hastalıkla savaşıırken hem de psikolojik açıdan sorunlar yaşayabilmektedirler. Bu süreçte bireylere sunulan psikososyal destek, hastaya onurlu bir ölüm hakkını tanıırken hasta yakınlarına ise yas sürecinin daha kolay atlatılmasına yardımcı olup hasta ve hasta yakınına refah bir yaşam sunar (Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021: 2808). Psikososyal destek veren uzmanlar, hasta olan birey ve ailesine hastalıkla mücadele etme konusunda olumlu düşünceler aşılayarak bu süreci daha önce yaşamış kişilerle görüşmeler yapılmasına imkanlar sunarak hasta ve yakınlarının enerjilerini maksimum düzeyde tutulmasına ortam hazırlar. Güçlendirme yöntemiyle hasta ve hasta yakınlarının güçlü yönlerini tespit edip onları bu alana yönlendirerek hastalık sürecinin en az hasarla tamamlanmasına olanak sağlar (Çetinkaya, 2019: 25).

Sorunlar yaşayan bireylere birçok alana yönelik psikososyal destek verilir. Duygusal destek olarak bireylere yalnız olmadıklarını, onların sıkıntılarının başkaları/yakınları tarafından bilindiği ve bu süreçte onların yanında olduğu hissiyatının oluşturulması için danışmanlık hizmetleri verilir. Yaşanan problemler sonucunda iyileştirmelerin yapılabilmesi için maddi unsurlara ihtiyaç vardır. Konut, gıda, giyim, eğitim, sağlık gibi birçok temel ihtiyacın karşılanması için belli maddi imkanlar karşılığında bu destek sağlanarak bireyleri hem sosyal hem de ruhsal refaha kavuşturur (Ünlü ve Gökler, 2021: 206). Bu alanlara yönelik psikososyal sorunlara verilen desteğin dışında yaşlılıkla beraber gelen psikososyal sorunlara verilen destek hizmetleri vardır. Yaşlılıkla birlikte kullanılan ilaçlar artarken yaşamın sadece ilaçlarla sürdürülmesi mümkün değildir. Yaşlı bireylere; fiziksel aktiviteler, kendini ifade etme olanağı, stresle mücadele, ergoterapi, aromaterapi, müzik terapisi ve bilişsel odaklı müdahalelerle yaşlı bireyin iç huzurunun sağlanmasıyla daha kaliteli bir yaşam olanağı tanır (Ertem, 2020: 118).

Ruhsal olarak sorun yaşıyan bireylerin destek aldıkları süreçte bir bütün olarak incelenmesi sonucunda danışanın yaşamış olduğu psikososyal sorunlarının neler olduğu hızlı ve etkili bir şekilde ortaya konulabilecektir. Danışman tarafından tespit edilen sorunun çözümü ne kadar erken hayata geçirilirse danışan için o kadar önemli sonuçlar verecektir. Sorunlar yaşıyan bireylere psikososyal desteğin verilmemesi ya da zamanında verilmemesi bireyin sonraki yaşamında aşılması zor olan sosyal sorunlar yaşamasına neden olacaktır (Dürüst, 2022: 48).

Sağlıklı ve kaliteli yaşamın mümkün olabilmesi için bireyin dolayısıyla toplumun sorunlarına değinmek ve bu sorunlara çözüm aramak son derece önem arz etmektedir. İnsanoğlu var olduğundan beri sorunlarla mücadele etmeye çalışmış ve bu sorunları kimi zaman tek başına çözüme kavuşturabilirken kimi zaman tek başına gerçekleştirebileceği bir konumda olmayabiliyor. Maddi veya manevi desteğin devlet tarafından sağlanması bireyin tek başına yapamadığı mücadeleyi gerçekleştirme imkanı tanımaktadır. Bazı hassas durumlarda desteği kabul etmeyenler için devreye alanında uzman kişilerin girmesi ve onlarla görüşmeler yapması sonucu bireye hem sosyal hem de ruhsal destek sunarak refah yaşamların sürdürülmesine imkan tanımaktadır. Tüm bu süreçlerde psikososyal desteğin önemi açık bir şekilde kendini göstermektedir.

3.3. PSİKOSOSYAL DESTEĞİN BİLEŞENLERİ

Psikososyal destek hizmetlerinin en önemli etki alanlarından biri zorunlu göç eden bireylerin temel ihtiyaçlarına çözüm bulmasıdır. Fiziksel ihtiyaçlar (beslenme ve barınma gibi) ile birlikte bireylerin ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarını belirleyerek bu ihtiyaçları gidermek ve tam iyilik halinin sağlanmasıdır (Buz ve Dikmen, 2021: 238). Toplumda yaşanan kriz durumları (savaş, hastalık, doğal afetler, ölümler vs.) sonucunda bireyler ağır hasarlar alabilmektedir. Kişinin, kriz karşısında mücadele etme imkanı çoğu zaman aile, arkadaş ya da sağlık ve sosyal kurumları tarafından verilen bakım hizmetleri aracılığıyla sağlanabilmektedir. Psikososyal destek hizmetlerinin içeriği ile ilgili sınıflandırma bulunmaktadır. Bunlar (Shipman et al., 2002: 13):

- Birey ile duygusal bağlar kurularak arkadaşlık ve sosyal aktiviteler için ortamın oluşturulması,
- Kişisel bakımını gerçekleştirme konusunda sorun yaşıyanlara; kişisel bakım, egzersiz, ilaç kullanımı gibi faaliyetlerin sunulması,

- Yoksul ve fakir kesimler için maddi desteğin sağlanması,
- Birey için ev ortamında yaşamını kolaylaştıracak ev temizliği, yemek gibi ya da alışverişin yapılması konusunda hizmetlerin verilmesi,
- Engelli bireylerin yaşam standartlarını arttırmak için gerekli ekipmanların (işitme cihazı, tekerlekli sandalye) sağlanması,
- Aile üyelerinin veya sevdiği birinin ölümü sonucunda ölümü kabullenişinde kolaylık sağlamak için psikolojik desteğin verilmesi,
- Bireyin ruh sağlığını korumak, iyileştirmek için bireyin sahip olduğu inanca göre manevi desteğin verilmesi,
- Ölüm gerçeği göz önünde bulundurularak bireyi ölüme hazırlamak ve ölüm ile ilgili pratik çalışmaların sağlanmasını gerçekleştirmektir.

Psikososyal destek ile hastaya; eğlenceli ortamlar yaratarak, hastalığın üstesinden geleceğine dair duygular aşılayarak hastayı mücadeleye dahil etmektedir. Bu tür destek çalışmaları ile hasta kendini değerli ve güvende hissetmektedir (Işıksan, 2007: 21-22). Psikososyal destek hizmetleri konusunda özellikle palyatif bakım hizmeti alan hastalarda önemi ön plana çıkmaktadır. Palyatif bakım hizmetleri, DSÖ tarafından geliştirilen tanımı ile sadece hastalar değil hasta yakınlarına da palyatif bakım hizmetten yararlanması olarak değiştirilmiştir. İçerik olarak ise fiziksel, psikososyal ve ruhsal problemler için bakım hizmetinin sunulması olarak geliştirilmiştir. Bu değişimler ile hasta ve hasta yakınlarının kaliteli yaşam sürdürmesine olanak tanınmaktadır (Kangalgil Balta ve Bekiroğlu, 2021: 2806).

Sağlık, birey için her zaman mümkün olmayabilmektedir. Ruhsal, bedensel, sosyal sorunlardan kaçmak bazen imkansızdır. Bu sorunlar çoğu zaman bireylerin yaşam akışını bozabilmekte ve bireyin toplumdaki sorumluluklarını yerine getirmesini aksatabilmektedir. Toplumdaki düzenin sağlanması adına yaşam standartları olması gerektiği gibi olmalı ve bunun için de ruhsal, bedensel, sosyal sorunların yaratmış olduğu olumsuz koşullar anne, baba, arkadaş, öğretmen ya da devlet tarafından görevlendirilen kurum/kuruluşlar aracılığıyla ortadan kaldırma, iyileştirme hizmetleri verilmektedir.

3.4. PSİKOSOSYAL SORUNLAR

Bütün insanlar yaşamlarını devam ettirebilmek için yaşam mücadelesi vermektedirler. Bireyin içinde bulunduğu toplum, bireyin yaşam mücadelesini şekillendirmektedir. Toplumdaki herhangi olumsuz bir durum bireyi, fiziksel ve ruhsal açıdan mücadele edemez konuma getirebilirken aynı zamanda bireyin sağlık durumunu tehdit edebilmektedir. Bireyler, toplumsal yaşama göre hayatlarını dizayn etmektedirler. Toplumda yaşanan; işsizlik, savaş, cinsiyetler arası eşitsizlik, göç, hızlı bir şekilde değişen toplumsal yapı, sosyal ve ekonomik yoksunluklar gibi toplumsal stresler bireyleri etkileyen faktörler olarak sıralanabilmektedir (Güzel ve Zubaroğlu Yanardağ, 2021: 143). Psikososyal sorunlara zemin hazırlayan bazı toplumsal temelli sorunlar; sağlık sorunlarının psikososyal etkileri, yoksulluğun psikososyal etkileri, savaş durumunun psikososyal etkileri, göçün psikososyal etkileri, ölümlerin geride kalanlar üzerindeki psikososyal etkileri ve afetlerin psikososyal etkileri başlıklar altında toplanabilir:

3.4.1. Sağlık Sorunlarının Psikososyal Etkileri

Hastalık, bireylerin yaşam kalitesi üzerinde çok büyük etkiye sahiptir. Hastalık durumuna etki eden faktörler ise; psikolojik ve sosyal çevredir. Hastalığın ortaya çıkması veya hastalığın seyrini etkileyen bu iki faktör aynı zamanda bireyin tedavi aşamasını da etkilemektedir (Ceylan, 2009: 66). Birçok faktör sonucu hasta olan birey, benlik saygısını yitirme, sosyal aktivitelerden uzaklaşma, akademik hayatını başarısızlıkla sonuçlandırma, işsizlik gibi sorunlarla karşılaşırken aynı zamanda hasta olan birey, toplumun önyargısından kaçmak için hastalığını gizleyebilmektedir (Karaca ve Durna, 2018: 1). 2020 yılının başlarında yaşanan COVID-19 pandemi süreci, tüm dünyada birçok insanın ölümüne neden olurken birçok insanda bedensel ve ruhsal problemlere neden olmuştur. İnsanlara psikososyal etkileri açısından ele alındığında bu salgın, hastalığın hızlı bir şekilde yayılması hasta olan birey kadar yakın çevresini de etkilemiştir. COVID-19 tanısı konan ailedeki herhangi bir üye ile birlikte ailenin diğer tüm üyeleri büyük bir stres ve kaygı duygusu içine girerken güvensizlik, umutsuzluk, çaresizlik, güçsüzlük gibi bireyin yaşam fonksiyonlarını olumsuz etkileyen duygu durumlarına neden olmuştur (Ayakdaş Dağlı vd., 2020: 191).

Hastalık, sadece hastanın fiziksel ve ruhsal rahatsızlıkları ya da hastalığın tedavisi için gerekli olan maddi durumu karşılamakla ilgili olmayıp aynı zamanda hasta olan bireyin çevresini manevi açıdan yıpratıcı bir durumdur. Kanser gibi zorlu süreçler geçiren aileler, tedavi için gerekli olan maddi imkanlar için çabalarırken aynı zamanda kanser hastası olan bireyin moralini yüksek tutmaya çabalamaktadırlar. Ailenin diğer üyeleri ise sürecin kötü gidişatı hakkında detaylı bilgiye sahip olmaları ölüm gerçeği içinde yaşamakla mücadele etmek zorunda kalırken bu durumu kabullenemeyip çeşitli ruhsal sorunlar (depresyon, kaygı, korku vb.) yaşayabilmektedirler.

3.4.2. Yoksulluğun Psikososyal Etkileri

Aile üyelerinin aylık geliri bireylerin sosyo-ekonomik düzeylerini belirlemektedir. Aylık gelirin; yüksek, orta ve düşük gelir düzeyleri olarak belirlenirken bu düzeyler içinde alt seviyede geliri olan aileler, toplumda temel ihtiyaçlarını karşılayamayan yoksullar sınıfı içinde yer almaktadır. Yoksulluk, bireylerin yaşamının her alanını etkilediği için sosyolojik ve psikolojik etmenlerin tanımları içerisinde kendine yer bulmaktadır (Karayigit, 2017: 121).

Özpolat (2021: 218) tarafından gerçekleştirilen çalışmada aileler üzerinde en büyük risk faktörünün ekonomik sorunlar olduğu ve ekonomik sorunlarla beraber eğitim durumunda yetersizlik, çocuk istismarı ve ihmali, anne-baba bilinçsizliği, aile üyeleri arasında kötü davranışların sergilenmesi gibi büyük psikososyal problemler meydana gelebildiği görüşü savunulmuştur.

Gelişimin en önemli olduğu evre olarak çocukluk dönemi ele alındığında yoksulluk, çocuğun gelecekteki kişiliğini şekillendirmektedir. Ekonomik imkansızlıkların getirdiği geçim sıkıntısı küçük yaştaki çocukların okula gitmeleri gerekirken çalışmaya mecbur bırakmıştır. Ekonomik sorunlar yaşayan çocuklar; arkadaşlarıyla oynamak yerine çalışmak, okulda eğitim görmek, geleceğini planlamak yerine çalışıp para kazanmak zorunda kalabilmektedirler. Bu durum çocukta sosyolojik gelişimin yanı sıra psikolojik gelişimi de etkileyebilmektedir. Tüm bu ekonomik sıkıntılar sonucu eğitimsiz ve asosyal olarak büyüyen çocuklar gelecekte katı, sert ve anlayışsız olurken sadece kendi yaşamlarını değil eşinin, çocuğunun ve çevresinin psikososyal gelişimini de etkileyebilir konuma gelebilmektedir.

Yoksulluğun, psikososyal gelişime etki ettiği olumsuzlukların yanı sıra olumlu olarak görülen durumlar da mevcuttur. Ailedeki ekonomik sıkıntılar sonucu erken yaşta çalışıp hayata atılan çocuklar, birçok zorlukla mücadele ettiği için herhangi bir problem karşısında çözüm üretme mekanizması daha rahat işleyecektir. Diğer arkadaşları gibi istediğini alamayan bu çocuklar, sahip olmak istedikleri için kendi fırsatını kendi yaratırken yaratıcılık konusunda gelişim gösterir. Küçük yaşta ayakları üzerinde durmaya çalışan yoksul ailenin çocukları, yetişkin birer birey olduklarında karar vermede özgür hareket edebilirken aynı zamanda mücadele etmekten kaçınmamaktadırlar. Tüm bu olumlu durumlar çocuğun geçmişte yaşadıkları ekonomik sıkıntılardan ayrı düşünmek mümkün değildir (Karayiğit, 2017: 122).

3.4.3. Savaş Durumunun Psikososyal Etkileri

Toplumsal sorunlar arasında en etkili olan savaş durumu birçok sosyal sorunu da beraberinde getirmektedir. İnsanlar tarafından gerçekleştirilen yıkımlar; toplu bir felaketi doğmasına, bireylerde farklı tepkilerin yaşanmasına, normal akışında olan yaşamların sekteye uğramasına neden olan olaylar olarak tanımlanır. Yaşanan savaşlar ile beraber bireylerde; yetersiz beslenme, fiziksel sorunlar, şoka girme, korku, yorgunluk, kendini güvende hissetmeme, savaşa neden olaylara ya da kişilere karşı kızgınlık, kendini başkaları tarafından kabul görmeme hissiyatı, diğer bireyler tarafından anlaşılmadığını ve yalnız olduğunu düşünme, yaşanan her olay karşısında sorgulayıcı bir tavır takınma, her şeyi kontrol altına alma gereksiniminde bulunma, ölüm korkusu içinde çaresizliği yaşama ve topluma karşı ilgisiz olma gibi olumsuz durumlar kendini gösterebilmektedir (Şavur ve Arslan Tomas, 2010: 48).

Psikososyal durumu etkileyen birçok toplumsal sorunlar ele alınırken savaş durumu birçok sosyal durumu kapsamaktadır. Ayrı başlıklar altında ele alınan sağlık, yoksulluk, göç, ölümler gibi psikososyal sorunlara etki eden toplumsal sorunlara bakıldığında savaş durumunun yaşanması sonucu tüm bu durumların yaşanabileceği göze çarpmaktadır. Savaşla beraber bireyler; ölümlerle, ekonomik sorunlarla, göçlerle, sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu durum ise beraberinde birçok sosyal ve ruhsal sorunlar yaratmaktadır.

3.4.4. Göçün Psikososyal Etkileri

Göç, bir yerden başka bir yere doğru zorunlu veya gönüllü olarak gerçekleştirilen hareketlenme olarak tanımlanabilmektedir. Genelde kırdaki yetersiz eğitim, yetersiz sağlık, yetersiz iş imkanlarının doğurduğu kalitesiz yaşamla beraber kente doğru bir hareketlenme yaşanmaktadır. Kente doğru yaşanan göç olayının sonucunda kentte; çarpık kentleşme, aşırı tüketim, doğaya karşı tahripler, kültürel çatışmalar yaşanabilmektedir.

Göç ile beraber sosyal sorunların yanı sıra psikolojik sorunlar olarak; uyum sağlayamama ve yeni düzene alışamama gibi durumlar yaşanır. Bu durum ise bireylerin gergin olmasına neden olup stresli bir süreçten geçmelerine yol açmaktadır. Çoğu zaman bu stresli sürecin çok uzun bir süre devam ettiği yönünde tespitler gözlemlenmiştir (Ceylan, 2019: 67).

3.4.5. Ölümünün Geride Kalanlar Üzerindeki Psikososyal Etkileri

İnsanların yaşanan ölümlere karşı tepki verme şeklini etkileyen birbirinden farklı faktörler vardır. Bu faktörler; kişisel ilişkiler, kaybın doğası ve başa çıkma yöntemleri, kültürel yapı, gelişimsel faktörler ve manevi inançtır (Özel ve Özkan, 2020: 355). Ölüm şekli olarak cinayetler psikolojik açıdan ele alındığında; cinayetle sonuçlanan ölümlerde ölen kişinin çocukları, kardeşleri, eşi, annesi ya da babası depresyona girebilir, intihar girişiminde bulunabilir, intihar edebilir ya da öfkesini kontrol edemeyip suçlu kişilerden intikam alabilmektedir. Çocuklar daha hassas oldukları için cinayetle sonuçlanan ölümlerde; utanma, duygularını gizleme, anlaşılmadıklarını düşünme, çaresiz olma gibi sorunlar yaşayabilmektedirler (Erükçü Akbaş ve Karataş, 2020: 168).

İnsanlar birlikte var olurken herhangi birinin ölümü geride kalanları, sevenlerini sarsmaktadır. Her bireyin toplumdaki rolü birbirinden farklıdır. Örneğin bir annenin rolleri; bebeğe süt vermek, temizlik yapmak, yemek yapmak gibi anneye özdeşleşen sorumluluklar olarak sıralanırken bir babanın rolleri ise; para kazanmak, ailesini korumak, sorunları gidermek için mücadele etmek olarak sıralanır. Tüm bu sorumluluklar paylaşıncı yaşamın daha kolay ve sağlıklı sürdürülmesi mümkündür. Aileden ya da sevenlerinden herhangi birinin ölümü geride kalan bireyleri sosyal açıdan; bireyi sosyal aktivitelerden uzaklaştırır, bireye fazladan rol yükler, toplumdaki rolünü aksatırken ruhsal açıdan; özlemle ya da yeni durumla baş edememe sonucu riskli

davranışlarda bulunur, depresyona girer, intihara sürükler, halüsinasyonlar görür, negatif düşünceler yer etmesine neden olur.

3.4.6. Afetlerin Psikososyal Etkileri

Afetler; doğal, insan kaynaklı ve teknolojik olaylar olarak farklı başlıklar altında değerlendirilebilir. Afetler, yıkıcı olaylar sonucu insanları ekonomik, fiziksel, psikolojik birçok alanda olumsuz etkileyerek hayatın normal akışını sekteye uğratması olayı olarak tanımlanır. Afetler sonucunda yaşanan kayıpların telafisini kişiler tek başına sağlayamamakta ve dış çevreden yardım almaktadırlar. Tüm afet olayları insanlar üzerinde olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Ergünay, 2009: 3). Bu afetlerden bazıları için önlem alınabilirken bazılarının önlemi alınamamakla birlikte bireyleri bu konuda bilinçlendirme yapılabilir.

Yaşanan doğal afetler (deprem, sel, heyelan, çığ) bireyleri fiziksel olduğu kadar ruhsal olarak da olumsuz etkilemektedir. Daha çok yıkımlar sonucu yok olma ile karşılaşan bireyler; barınma, beslenme, eğitim, sağlık, ekonomik kayıplar olarak sosyal sorunlar yaşarken bu hasarlar bireylerin ruhsal durumuna etki ederek bireyin strese girmesinden çok daha ağır travmatik olaylar yaşamasına neden olabilmektedir. Afetler, sadece içinde olan, durumu yaşayanların yanı sıra bu olaylara dolaylı yoldan tanık olan herkesi psikolojik olarak etkileyebilmektedir (Alakara Özcan, 2018: 18).

Doğal afetlerin yaratmış olduğu psikososyal sorunlara örnek verilecek olursa Van ilinde 2011 Ekim ayında yaşanan deprem sonrası bireyler üzerinde birçok yıkım gözlemlenmiştir. Deprem sonrası evsiz, işsiz kalanlar hem çevresel sorunlarla karşılaşmış hem de psikolojik sorunlar yaşamışlardır. Depremin sonbahar ayında yaşanması ise şartları daha fazla zorlaştırmıştır. Kızılay tarafından verilen çadırlarda ya da dışarıda kalanlar soğuk hava şartlarıyla mücadele ederken bu durum birçok hastalığın (özellikle çocuklarda) yaşanmasına neden olmuştur. Okulların yıkılmasıyla eğitime belli bir süre ara verilmesi ailelerin çocuklarını ya kendi imkanlarıyla ya da devletin imkanlarıyla eğitim için başka illere göndermek zorunda kalmışlardır. Bu durum hem aile açısından hem de çocukları açısından psikolojik yıpranmaya neden olmuştur. Ailesinden uzakta eğitimini sürdüren çocuklar yeni ortama uyum sağlama sıkıntısının yanı sıra olası bir depremin tekrardan yaşanması sonucu ailesini kaybetme korkusuyla karşı karşıya kalmışlardır.

3.5. TIBBİ SOSYAL HİZMET KAVRAMI

Sosyal hizmet; bilimsel yöntem, ilke ve tekniklerin kullanılmasıyla toplumda sorunlar yaşayan bireylere yardım etmek için politikalar geliştiren ve uygulayan bir disiplin olarak tanımlanabilmektedir (Duyan, 2021: 8). Tıbbi Sosyal hizmet; bireyin yaşamış olduğu sağlık sorunlarına bağlı olarak bireyde meydana gelen psikososyal ve ekonomik sorunların giderilmesi için sosyal hizmet disiplininin kullanmış olduğu kendine has ilke, yöntem ve teknikler aracılığıyla var olan problemlerin çözümü olarak tanımlanabilmektedir (Özbesler, 2013: 7). Tıbbi sosyal hizmetin amacı; hasta olan bireyi hastalıklara, risklere karşı korumak, önlemek ve tedavi etmektir. Hizmeti gerçekleştiren personeller arasında koordinasyon sağlanarak ve hastaya yönelik yapılacak uygulamalar bilgi alışverişi sağlanarak yapılır. Bu işlemleri yaparken aynı zamanda verdiği hizmetin olumlu sonuçlanması için bireye karşı hoşgörölü, güler yüzlü, empati duygusu içinde bir tutum takınarak zamanında bireye müdahale etmektir (McGarry ve Jakson, 2020: 3-4).

İnsanlar, yaşamış oldukları sağlık sorunlarına çözüm bulabilmek için bu alanda bilimsel bilgiye sahip olan sağlık çalışanlarından destek alır. Hasta ve hasta yakınlarına sunulan psikososyal hizmetler, alınan sağlık hizmetlerinin daha kaliteli olmasını sağlamaktadır.

3.6. TIBBİ SOSYAL HİZMETİN ÖNEMİ

Sosyal hizmet uzmanları, hasta ve yakınlarının hastalık sürecinde yaşadıkları sorunlardan kaynaklı meydana gelen depresyon ve anksiyete sorunlara çözüm bulmaktadır. Hasta ve yakınlarının; psikososyal, ekonomik, bilgi sağlama, güvence verme gibi birçok durumun refahını sağlama rolünü üstelenen sosyal hizmet uzmanları bu alandaki çalışmalarıyla hasta ve yakınlarına psikolojik, sosyolojik, fizyolojik yaşam kalitesini olumlu etkileyecek müdahalelerde bulunmaktadırlar (Özbesler, 2013: 10). Tıbbi sosyal hizmet açısından en önemli basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin yapılmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri ile toplumdaki bireylerin psikososyal incelemelerinin yapılmasıyla toplumun karşılaşabileceği risklere karşı önceden önlemlerin alınmasını sağlayarak toplum refahını artıracak ve makro düzeyde sosyal hizmet uygulamaları için gerekli olan durumların çerçevesini oluşturacaktır (Canatan Genç vd., 2021: 1137).

Tıbbi sosyal hizmetin hasta ve yakınlarının gereksinimlerine cevap verip ve en iyi müdahalenin sağlanabilmesi için hizmet veren kurumun kendini her açıdan kanıtlamış kaliteye sahip olması ve hizmeti veren sosyal hizmet uzmanlarının mesleği gereği kendini geliştirmiş olması gerekmektedir. Kaliteli tıbbi sosyal hizmetin verilmesi için sosyal hizmet uzmanları; hasta bireyler için etken ve etkili hizmetler sunmak, optimallığe ve verimliliğe önem vermek, hastalar arasında adalet ve eşitliği sağlamak, müdahaleleri yasal düzenlemelere göre gerçekleştirmek gibi durumlara dikkat edilmesi tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının toplumdaki önemini artıracaktır (Karakaya, 2021: 41). İnsanların sağlığı için her ne kadar doktorun, hemşirenin, fizyoterapistin birey üzerinde ciddi derecede etkisi ve önemi olsa da en az bunlar kadar tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının da önemi vardır. Hizmet sadece hastaneye gidip tedavi olmak değil aynı zamanda alınan hizmetlerin içeriği, hastanın psikososyal ve ekonomik durumu, hastane ortamı, hasta- doktor ilişkisi, hasta hakları gibi birçok durumun düzenli ve sağlıklı bir şekilde yürütülmesidir. Tüm bu sıralanan durumları hasta ve yakınlarına doğru, sağlıklı ve kaliteli bir şekilde sunulmasına yardımcı olan, hasta ve hasta yakınıni bilgilendiren sosyal hizmet uzmanlarıdır. Bunların karşılanmaması halinde hasta ve yakınlarının hastanede aldıkları hizmetlerin verimine, kalitesine ulaşamayarak yaşam refahını minimum düzeyde sürdürmesine neden olacaktır.

3.7. TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları; birey, grup ve toplumla gerçekleştirilen uygulamalar olarak ele almaktadır. Sorunların çözümü için bireyi sadece o sorun çerçevesinde ele almayıp “çevresi içinde birey” anlayışıyla yani bireyi ailesi, arkadaşları, toplumla bir bütün olarak ele alıp çözüm üretme yolları arama yöntemidir (Saruç ve Aslantürk, 2018: 140). Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları; var olan sorunların çözümü için sosyal hizmet müdahalesine gereksinim duyan müracaatçıların yaşamış oldukları sorunlar çerçevesinde kişiye ait uygulanan çözüm yollarını ifade etmektedir.

Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları hastane ortamında üç boyutta ele alınıp uygulamaların farklı şekillerde yürütülmesine olanak sağlamaktadır. Bu üç boyutlu uygulamalar ise; mezzo düzey, mikro düzey ve makro düzey olarak ele alınır. Mezzo düzey; sosyal hizmet uzmanları bu düzeyde aileler ve küçük gruplarla çalışır. Her birey bir ailede dünyaya gelir ve zamanla küçük gruplarla (arkadaş, komşu, öğretmen)

etkileşime girer. Tıbbi sosyal hizmet uzmanları, hastalığın ve hastane ortamının hastada yaratmış olduğu duygusal, sosyal ve ruhsal sorunları gidermek amacıyla gruplar halinde çalışmalar yürütmektedir. Hastanın hastalıkla baş etme yolları geliştirilerek çözüm üretmektedir (Zengin, 2011: 33). Mikro düzey; birey ve aileler ele alınarak çalışmalar yürütüldüğünden çevresel değişiklikler olarak açıklanmaktadır. Makro düzey ise toplum ve toplulukla çalışırken yardımcı, duyarlı ve güçlü bir çevre oluşturmak hedeflerini oluşturmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları, bu düzeyde toplumda karar organı olan devletin insanların ihtiyaçları için gerçekleştireceği projeleri gözlemler. Gözlemleri sonucunda insanlar için adaleti sağlama, fırsat yaratma ve günlük yaşamı iyileştirme yaklaşımları ile politik eylemi sosyal değişime uyarlamaktır (Selcik ve Güzel, 2016: 464).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SAHA ÇALIŞMASI

Dördüncü bölümde saha çalışmasına yer verilmiştir. Bu bölümde; araştırmanın çalışma grubu, araştırmanın amaç ve yöntemi, araştırma etiği ve verilerin toplanması, araştırmanın sınırlılıkları, geçerlilik-güvenilirlik ve verilerin analizi, bulgular ve tartışma ele alınmıştır.

4.1. ARAŞTIRMANIN ÇALIŞMA GRUBU

Hastane otellerinin yoksulluk, psikososyal destek ve tıbbi sosyal hizmet açısından değerlendirilmesi başlığı adı altında gerçekleştirilen araştırmanın çalışma grubu; Van Bölge ve Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yapan 10 sosyal hizmet uzmanı ve Van'daki hastanelerde hizmet alan konaklanma ihtiyacı açısından belediyenin hasta konukevine (hastane oteli) yönlendirilen 30 hasta ve hasta yakınlarından oluşan toplam 40 katılımcıdan oluşmaktadır.

4.2. ARAŞTIRMANIN AMAÇ VE YÖNTEMİ

Araştırmanın amacı; hastane otellerini yoksulluk, psikososyal destek ve tıbbi sosyal hizmet açısından değerlendirmek ve önemine dikkat çekmektir.

Araştırmanın yöntemi; Van'daki hastanelerde sağlık hizmeti alan konaklanma ihtiyacı açısından hasta konukevine (hastane oteli) yönlendirilen hasta/hasta yakınları ve Van Bölge ve Eğitim Araştırma Hastanesinde görev yapan sosyal hizmet uzmanlarıyla çalışma yürütülmüştür. Çalışma nitel araştırma olarak tasarlanmış olup veriler yarı yapılandırılmış mülakat yöntemi ile toplanmıştır. Toplanan veriler betimsel analiz tekniği kullanılarak irdelenmiştir.

4.3. ARAŞTIRMA ETİĞİ VE VERİLERİN TOPLANMASI

Muş Alparslan Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulundan 11.05.2022 tarihli ve 7 sayılı toplantısından alınan 41 numaralı karar sonucunda çalışmanın yapılması uygun görülmüştür (Ek 2). Aynı zamanda sosyal hizmet uzmanları ile mülakat gerçekleştirmek için Van İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınmıştır (Ek 1).

Araştırmanın çalışma grubu 10 sosyal hizmet uzmanı ve 30 hasta ve hasta yakınlarından oluşan toplam 40 kişiden oluşmaktadır. Araştırmanın verileri, her iki grup için de uzmanlara danışılarak ayrı ayrı hazırlanmış olan 11 yarı yapılandırılmış mülakat soruları ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır. İki ayrı grup ile gerçekleşen görüşmeler esnasında sosyal hizmet uzmanlarının bir kısmı hastane otelleri uygulaması hakkında bilgi sahibi olmadığı için uygulama hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Hasta ve hasta yakınları ise genel olarak sorulara daha çekingen bir tavır ile yaklaşmışlardır. Daha samimi cevapların verilmesi için güven duygusu oluşturulan bir ortam oluşturulmaya çalışılmıştır. Sosyal hizmet uzmanları ile gerçekleşen görüşmeler ortalama 5 dakikalık bir süre aralığında iken hasta ve hasta yakınları ile 8-10 dakika süre aralığında gerçekleşmiştir. Görüşmeler 10.07.2022’de başlayıp 15.09.2022 tarihine kadar sürmüştür. Görüşmelerden elde edilen veriler not edilerek kayıt altına alınmıştır.

4.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Hastane otellerinin yaygın olmamasından ötürü çalışmanın uygulama kısmı hasta konukevinde (hastane oteli) konaklayan hasta ve hasta yakınları ile yapılmıştır. Aynı zamanda hastane otelinin mevcut olan yerlerde sosyal hizmet uzmanlarının görüşmeyi kabul etmemelerinden kaynaklı çalışma, Van Bölge ve Eğitim Araştırma Hastanesi’nde görev yapan sosyal hizmet uzmanları ile gerçekleştirilmiştir. Mülakat görüşmeleri esnasında hasta ve hasta yakınlarının çalışmaya dahil olmak istememesi çalışma grubunu daraltmıştır. Türkçe bilmeyen katılımcıların soruları net bir şekilde anlamaması veri toplama sürecini zorlaştırmıştır. Kurumun giriş-çıkış saatlerindeki sınırlamalar katılımcılara ulaşma konusunda zorlukların yaşanmasına neden olmuştur. Hastane otelleri hakkında bilimsel alan yazısının kısıtlı olması çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

4.5. GEÇERLİLİK-GÜVENİLİRLİK VE VERİLERİN ANALİZİ

Nitel araştırmalar için geçerlilik güvenilirlik konusu nicel araştırmalar gibi net sınırları çizilmiş bir konu değildir. Nitel araştırmalarda verilerin geçerlilik güvenilirliği konusu verilerin inandırıcılığı bağlamında ele alınması gereken bir konudur. Verilerin ayrıntılı bir şekilde süzgeçten geçirilerek ortaya koyulması geçerlilik güvenilirlik için

destek olacaktır. Görüşmelerden elde edilen veriler kontrol edildikten sonra tema, kategori, kod ve alt kodlar oluşturulmuştur.

Araştırmada elde edilen veriler, MAXQDA programı kullanılarak analiz edilmiştir. Bu programın tercih edilmesinin nedeni Türkçe ara yüzünün olması ve sağlamış olduğu kolaylıklardır. Araştırma deseni olarak fenomenoloji kullanılmıştır. Toplanan veriler, betimsel analiz tekniği kullanılarak irdelenmiştir. Elde edilen veriler uzman kişiler tarafından analizlerden önce gözden geçirilmiştir. Verilerin kodlanması sürecine görüşmeler esnasında yaşanan tecrübeler de katkı sağlamıştır.

4.6. BULGULAR

Araştırmanın problemine açıklık getirmesi adına yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular bu başlık altında sunulmuştur. Çalışmaya toplamda 40 katılımcı dahil olmuştur. Katılımcılar sosyal hizmet uzmanları; SHU1-SHU10, hastalar; H1-H3 ve hasta yakınları; HY1-HY27 şeklinde kısaltma yapılarak kullanılmıştır.

Tablo 4.1’de sosyal hizmet uzmanlarının demografik özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Katılımcı Profili

Belge Adı	Yaş	Görev Süresi	Cinsiyet	Eğitim Durumu
SHU1	42	18	Erkek	Lisans
SHU2	26	3	Erkek	Lisans
SHU3	27	3	Erkek	Lisans
SHU4	31	7	Erkek	Lisans
SHU5	32	9	Kadın	Lisans
SHU6	42	21	Kadın	Lisans
SHU7	31	8	Erkek	Lisans
SHU8	40	12	Erkek	Lisans
SHU9	34	9	Erkek	Lisans
SHU10	37	15	Erkek	Yüksek Lisans

Görüşmeye katılan sosyal hizmet uzmanlarından 2’si kadın, 8’i erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması yaklaşık 34 yaş aralığı olurken meslekteki tecrübe ortalamaları ise; 11 yıl olmaktadır. Katılımcılar arasında biri hariç (yüksek lisans) diğerlerinin eğitim durumu lisans olmaktadır.

Tablo 4.2’de hasta ve hasta yakınlarına ait demografik özellikler verilmiştir.

Tablo 4.2. Hasta ve Hasta Yakınlarının Katılımcı Profili

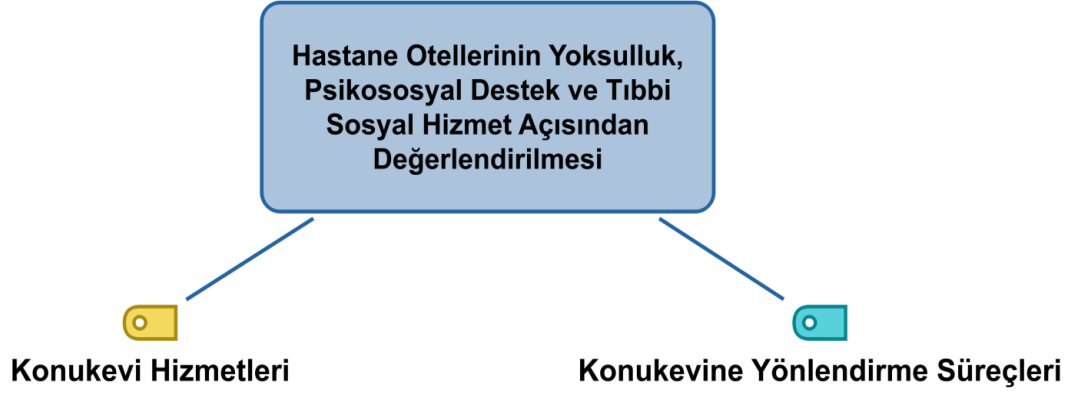
Belge Adı	Yaş	Cinsiyet	Gelir Durumu	Eğitim Durumu	Sosyal Güvence	İkamet Edilen Yer	Hastalık Kategorisi	Meslek	Medeni Durum	Hastaya Yakınlık Derecesi
HY1	37	Erkek	3000	İlk Okul	Yeşil Kart	Erciş /Van	Epilepsi	İnşaat İşçisi	Evli	Babası
HY2	70	Erkek	4000	İlk Okul	Bağ-Kur	Bulanık/Muş	Beyin Felci	Ticaret	Bekar	Kardeşi
HY3	24	Kadın	3000	Lise	SSK	Muş	Karaciğer Yetmezliği	Ev hanımı	Evli	Yengesi
HY4	28	Kadın	3000	Lise	Bağ-Kur	Yüksekova/Hakkari	Troiti	Dikiş	Bekar	Halası
HY5	35	Erkek	Değişken	Lise	Yeşil Kart	Yüksekova/Hakkari	Beyin Kanaması	Ticaret	Bekar	Oğlu
HY6	31	Erkek	Değişken	Orta Okul	Yeşil Kart	Mutki/Bitlis	Beyin Felci	Çiftçi	Evli	Babası
HY7	31	Erkek	-	Lisans	Yeşil Kart	Yüksekova/Hakkari	Kanser	Öğretmen	Bekar	Kayını
HY9	43	Kadın	5500	İlk Okul	Yeşil Kart	Yüksekova/Hakkari	Kanser	Ev hanımı	Evli	Kardeşi
HY10	33	Erkek	Değişken	Lise	Yeşil Kart	Diyadin/Ağrı	Trafik Kazası	İşçi	Bekar	Kuzeni
HY11	37	Erkek	4000	Lise	Bağ-Kur	İğdır	Prostat Ameliyatı	Şoför	Evli	Oğlu
HY12	35	Kadın	5500	Lise	SSK	Muş	Böbrek yetmezliği	Mağaza çalışanı	Evli	Kardeşi
HY13	67	Erkek		İlk Okul	SSK	Erciş/Van	Kalp hastası	Çiftçi	Evli	Babası
HY14	38	Kadın	4000-5000	Orta Okul	Yeşil Kart	Bitlis	Beyin MR	Ev hanımı	Evli	Annesi
HY15	28	Erkek	6000	Lise	SSK	Şemdinli	Tümör	Esnaf	Bekar	Yeğeni
HY16	56	Erkek	5000-6000	İlk Okul	Bağ-Kur	Ağrı	Kadın hastalıkları	Ticaret	Evli	Eşi

Tablo 4.2. Hasta ve Hasta Yakınlarının Katılımcı Profili (devamı)

Belge Adı	Yaş	Cinsiyet	Gelir Durumu	Eğitim Durumu	Sosyal Güvence	İkamet Edilen Yer	Hastalık Kategorisi	Meslek	Medeni Durum	Hastaya Yakınlık Derecesi
HY17	34	Erkek	5500	Lise	Yeşil Kart	Malazgirt/Muş	Şeker hastası	Özel şirket çalışanı	Evli	Oğlu
HY18	44	Erkek	Değişken	Orta Okul	Bağ-Kur	Muradiye/Van	Kanser	Şoför	Evli	Kardeşi
HY19	31	Kadın	5500	Lise	Bağ-Kur	İğdır	Bayılma	Ev hanımı	Evli	Annesi
H1	63	Erkek	6000	-	Yeşil Kart	Şırnak	Kemik erimesi	Çiftçi	Evli	Hasta
HY20	58	Erkek	3000	Orta Okul	SSK	Bitlis	MS	Tamir işçisi	Evli	Babası
HY21	23	Erkek	5500	Lisans	Yeşil Kart	Erciş/Van	Cilt Hastası	Öğrenci	Bekar	Kardeşi
H2	48	Kadın	5000	-	Yeşil Kart	Başkale/Van	Bel fıtığı	Ev hanımı	Evli	Hasta
HY22	25	Erkek	6000	Lise	Bağ-Kur	Bitlis	Göz ameliyatı	Esnaf	Bekar	Oğlu
HY23	28	Kadın	5500	Lise	Yeşil Kart	Hakkari	Menenjit	Ev hanımı	Evli	Annesi
HY24	26	Erkek	5500	Orta Okul	SSK	Şemdinli/Hakkari	Safra taşı	Güvenlik Korucusu	Evli	Eşi
HY25	68	Erkek	1520	İlk Okul	Yeşil Kart	Doğubayazıt/Ağrı	Akciğer enfeksiyonu	Çiftçi	Evli	Eşi
HY26	61	Erkek	2000	İlk Okul	Yeşil Kart	Özalp/Van	Psikolojik rahatsızlık	Çiftçi	Evli	Babası
HY27	20	Kadın	3500	Orta Okul	SSK	Şemdinli/Hakkari	Kanser	-	Bekar	Kızı
H3	40	Kadın	1800	Orta Okul	Yeşil Kart	Hakkari	Kalp kapakçığı genişleme	Ev hanımı	Bekar	Hasta

Şekil 4.1’de araştırmanın temalarına yer verilmiştir.

Şekil 4.1. Araştırmanın Temaları



Şekil 4.1’de görüldüğü üzere 2 tema altında toplanmıştır. Bunlar; konukevine yönlendirme süreçleri ve konukevi hizmetleridir.

4.6.1. Konukevine Yönlendirme Süreçleri

Araştırma kapsamında ele alınan ilk tema olan “Konukevine Yönlendirme Süreçleri” temasına ait 12 kod oluşturulmuştur. Bunlar; hastane otelinin olmamasının etkileri, konukevine yönlendirme, ücretsiz konaklama hizmeti, hizmetten tekrar yararlanabilme, il dışından gelme durumu, hastane yakınlarında otel olması önerisi, ailelerin aynı odada kalabilmesi, mahremiyetlerine uygun oda sağlanması, ekonomik düzeyi düşük olma durumu, prosedür uygulanması, insanların konforlarının göz önünde bulundurulması ve tahlil çıkış süresine göre belirlenmedir.

Şekil 4.2’de konukevine yönlendirme süreçleri temasına ait hiyerarşik kod ve alt kodlarına yer verilmiştir.

Şekil 4.2. Konukevine Yönlendirme Süreçleri Temasına Ait Hiyerarşik Kod ve Alt Kodları



Konukevine Yönlendirme Süreçleri temasında katılımcılar hastane otelinin olmamasının etkileri konusunda yoğun olarak görüş bildirmişlerdir.

4.6.1.1. Hastane Otelinin Olmamasının Etkileri Kategorisi

Hastane Otelinin Olmamasının Etkileri kategorisine ait 3 kod oluşturulmuştur. Bunlar; maddi/manevi olumsuz etkilenme, hastanın tedavi sürecinin olumsuz etkilenmesi ve hastanenin rekabet edemeyecek duruma gelmesidir.

Hastane Otelinin Olmamasının Etkileri kategorisinde katılımcılar maddi/manevi olumsuz etkilenme ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar hastane otelinin olmamasının maddi ve manevi olumsuz etkilediği konusunda görüşlerini

belirtmişlerdir. Konuyla ilgili SHU1 ve SHU7 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Hasta ve yakınlarını tabi ki de olumsuz etkiliyor. Hastaneye başvuran sosyoekonomik düzeyi düşük, mağdur olan hasta ve yakınlarına güvenli bir ortam sağlayarak tedavi sürecini tamamlamalarına imkan tanıyor. Bu tür bir uygulamanın olmayışı hastaneden çok hastaları maddi ve manevi açıdan olumsuz etkiliyor.” (SHU1)

“Kimsesiz, terk edilmiş, il dışından gelen hasta ve hasta yakınları için olumsuz bir durum.” (SHU7)

Hastane Otelinin Olmamasının Etkileri kategorisinde katılımcılar hastanın tedavi sürecinin olumsuz etkilenmesi ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar hastane otelinin olmamasının hastanın tedavi sürecini olumsuz etkilediği konusunda görüşlerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili SHU3 ve SHU8 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Hastayı kötü etkiliyor. Hastaları hastalık süreci açısından olumsuz etkiliyor.” (SHU3)

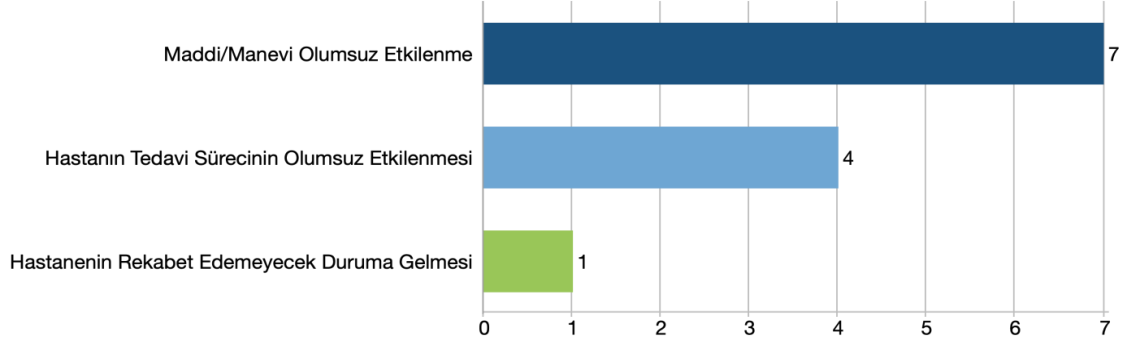
“Hastane otelinin olmayışı, il dışından gelen ve ekonomik sıkıntılar nedeniyle otel vb. yerlere gidemeyen hasta ve hasta yakınlarının mağdur olmasını ve tedavi süreçlerini tamamlama konusunda eksiklikler oluşturur.” (SHU8)

Hastane Otelinin Olmamasının Etkileri kategorisinde katılımcılar hastanenin rekabet edemeyecek duruma gelmesi ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar hastane otelinin olmamasının hastanenin rekabet edemeyecek duruma gelmesine neden olduğu konusunda görüşlerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili SHU2 kodlu katılımcı şundan bahsetmiştir:

“Hastane açısından baktığımızda rekabet edemeyecek duruma gelir ve amaç dışı varlık göstermeye başlar.” (SHU2)

Şekil 4.3'te hastane otelinin olmamasının etkilerine yer verilmiştir.

Şekil 4.3. Hastane Otelinin Olmamasının Etkileri



Konukevine Yönlendirme Süreçleri temasında katılımcılar konukevine yönlendirme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Konuyla ilgili SHU2 ve SHU7 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Hastanenin kendine ait oteli olmadığı için Büyük Şehir Belediyesinin sunmuş olduğu konukevi hizmeti var. Hastaneye giriş yapan ve konaklama ihtiyacı olan hasta ve yakınlarını yönlendiriyoruz.” (SHU2)

“Belediyeye bağlı kurumlara kalacak yer ihtiyacı olanları yönlendiriyoruz.” (SHU7)

Konukevine Yönlendirme Süreçleri temasında katılımcılar ücretsiz konaklama hizmeti ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevinde ücretsiz konaklama hizmeti sağlandığı konusunda görüşlerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili SHU1 ve SHU8 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Bu uygulama Büyük Şehir Belediyesi tarafından ücretsiz sağlanıyor.” (SHU1)

“Konaklamada herhangi bir ücret alınmamaktadır. Belediye tarafından finanse edilmektedir.” (SHU8)

Konukevine Yönlendirme Süreçleri temasında katılımcılar hizmetten tekrar yararlanabilme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevinde kalma hizmetinden tekrar yararlanabildikleri konusunda görüşlerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili SHU3 ve SHU8 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Evet, yapacağı işlem uzadıysa tekrardan gelip imza onaydan izin belgesi alır ve kalmaya devam eder. Yıllar önce gelip kalmış biri de tekrardan kalma şansına sahiptir.” (SHU3)

“Daha önce konukevinde kalan hasta ve hasta yakınlarının yeniden konukevinde kalmasına engel bulunmamaktadır. Sadece güncel olarak hastanemize giriş yapmış olması ve tedavisi devam ediyor olması yeterlidir.” (SHU8)

Konukevine Yönlendirme Süreçleri temasında katılımcılar il dışından gelme durumu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevinde kalabilmek için il dışından gelme şartının olması gerektiği konusunda görüşlerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili SHU2 ve SHU8 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“İl dışından gelmiş kalacak yeri olmayan ve hastaneye giriş yaptığına dair bir belge ile gelmesi yeterlidir.” (SHU2)

“Konukevine yönlendirme için il dışından gelmesi ve hastanemize girişinin olması gerekiyor.” (SHU8)

Konukevine Yönlendirme Süreçleri temasında katılımcılar hastane yakınlarında otel olması önerisi ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar hastanenin yakın çevresinde hasta yakınlarının kalabilmesi için bir otel olabileceği konusunda görüşlerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili SHU2 ve SHU10 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Her ilde hastanenin yakınlarında bir otelin yapılması gerekli olan bir durum. Hastane otelin olması ile birlikte hastalar, psikolojik, sosyolojik ve fizyolojik açıdan çok rahatlayacaktır. Özellikle mesafe açısından hasta yakınlarına inanılmaz bir kolaylık sağlanmış olur. Her ilde olması gereken bir uygulama.” (SHU2)

“Hasta ve hasta yakınlarının rahatlıkla ulaşabileceği şekilde hastane yakınlarına hastane otelinin kurulması gerekmektedir.” (SHU10)

Konukevine Yönlendirme Süreçleri temasında katılımcılar ailelerin aynı odada kalabilmesi ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevinde ailelerin aynı odada kaldığı yönünde görüşlerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili SHU1 ve SHU2 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Konukevi oda şeklinde olduğu için aynı ailedeki bireyler aynı odaya yerleştirilmektedir. Her aileye bir oda verildiği için mahremiyet açısından güvenlik sağlanmış oluyordur.” (SHU1)

“Aynı ailenin bireyleri aynı odada kalıyor ve aynı zamanda bina kameralarla izleniyor. Herhangi bir şikayetleri varsa emniyete bildirebiliyorlar.” (SHU2)

Konukevine Yönlendirme Süreçleri temasında katılımcılar mahremiyetlerine uygun oda sağlanması ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevinde ailelerin mahremiyetlerine uygun oda sağlandığı yönünde görüşlerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili SHU1 ve SHU6 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Konukevi oda şeklinde olduğu için aynı ailedeki bireyler aynı odaya yerleştirilmektedir. Her aileye bir oda verildiği için mahremiyet açısından güvenlik sağlanmış oluyordur.” (SHU1)

“Odalar yakınlık derecesi katlar ise cinsiyete göre gruplandırılarak tasarlanmış.”
(SHU6)

Konukevine Yönlendirme Süreçleri temasında katılımcılar ekonomik düzeyi düşük olma durumu ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevinde kalan hasta yakınlarının ekonomik düzeyi düşük olan aileler olduğu yönünde görüşlerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili SHU1 ve SHU7 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“İl dışından gelen ekonomik düzeyi düşük olan hastaları ve yakınlarını refakatçi oteline yönlendiriyoruz.” (SHU1)

“Hastalık açısından şart aranmaz iken ekonomik yoksunluk belirleyici oluyor.”
(SHU7)

Konukevine Yönlendirme Süreçleri temasında katılımcılar prosedür uygulanması ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevinde kalan hasta yakınları için prosedür uygulandığı konusunda görüşlerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili SHU2 ve SHU10 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“İl dışından gelmiş kalacak yeri olmayan ve hastaneye giriş yaptığına dair bir belge ile gelmesi yeterlidir.” (SHU2)

“Üç günde bir onların kalışlarını güncelliyoruz. Bu durumun seyrine bağlı olarak refakatçi belgesi veriyoruz.” (SHU10)

Konukevine Yönlendirme Süreçleri temasında katılımcılar insanların konforlarının göz önünde bulundurulması ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevinde kalan hasta yakınlarının konforlarının göz önünde bulundurulduğu konusunda görüşlerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili SHU1 ve SHU3 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Ailelerin kalabileceği şekilde düzenlenmiş. Oda, otel şeklinde dizayn edilmiştir. İnsanların konforu göz önünde tutulmuştur.” (SHU1)

“Hastanın daha rahat etmesine dikkat edilerek” (SHU3)

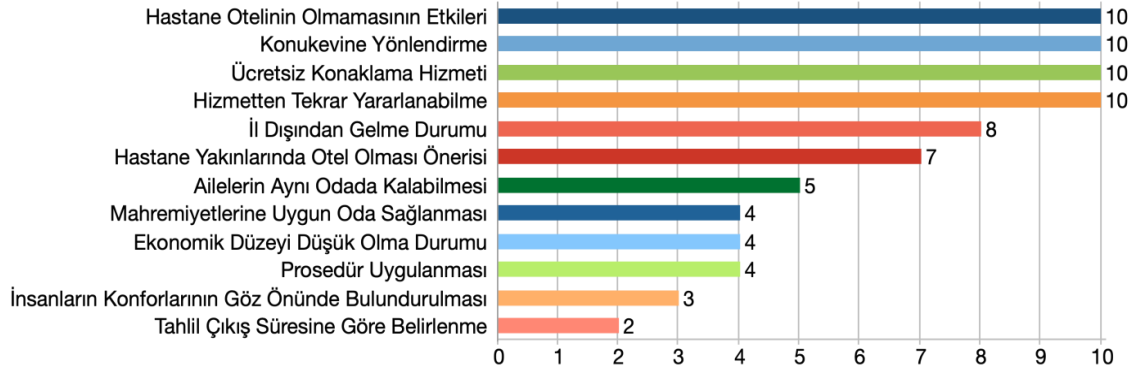
Konukevine Yönlendirme Süreçleri temasında katılımcılar tahlil çıkış süresine göre belirlenmesi ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar hasta yakınlarının konukevinde kalabilme süresinin tahlil süresine göre belirlendiği konusunda görüşlerini belirtmişlerdir. Konuyla ilgili SHU1 ve SHU3 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Tahlil sürelerine ya da sonuçlarına göre değişebiliyor. Genellikle 1-3 gün arası değişiyor.” (SHU1)

“Çıkacak tahlil süresine göre belirleniyor. Bu da genellikle üç gün gibi süre oluyor.” (SHU3)

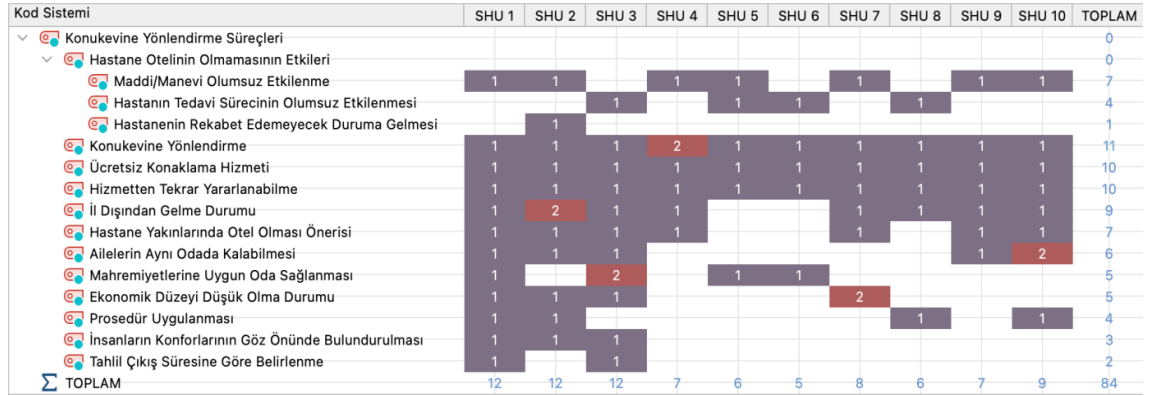
Şekil 4.4’te konukevine yönlendirme süreçlerine yer verilmiştir.

Şekil 4.4. Konukevine Yönlendirme Süreçleri



Şekil 4.5’te katılımcılara göre konukevine yönlendirme süreçlerine yer verilmiştir.

Şekil 4.5. Katılımcılara Göre Konukevine Yönlendirme Süreçleri



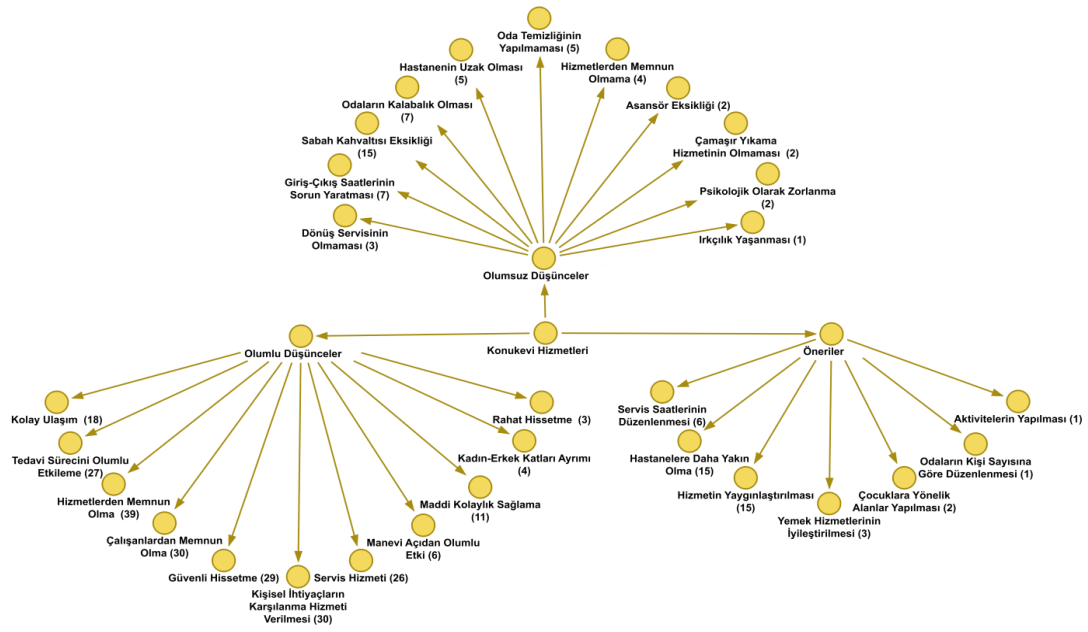
Konukevine Yönlendirme Süreçleri teması katılımcılara göre incelenmiştir. Şekil 4.4 ve 4.5’e göre katılımcı ifadeleri konukevine yönlendirme, ücretsiz konaklama hizmeti, hizmetten tekrar yararlanabilme ve maddi/manevi olumsuz etkilenme kodları üzerine yoğunlaşmıştır.

4.6.2. Konukevi Hizmetleri Teması

Araştırma kapsamında ele alınan diğer tema “Konukevi Hizmetleri” temasına ait 3 kategori oluşturulmuştur. Bunlar; olumlu düşünceler, olumsuz düşünceler ve önerilerdir.

Şekil 4.6’da konukevi hizmetleri temasına ait hiyerarşik kod-alt kod gösterimine yer verilmiştir.

Şekil 4.6. Konukevi Hizmetleri Temasına Ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Gösterimi



4.6.2.1. Olumlu Düşünceler

Olumlu Düşünceler kategorisi altında 11 kod oluşturulmuştur. Bunlar; kolay ulaşım, tedavi sürecini olumlu etkileme, hizmetlerden memnun olma, çalışanlardan memnun olma, güvenli hissetme, kişisel ihtiyaçların karşılanma hizmeti verilmesi, servis hizmeti, manevi açıdan olumlu etki, maddi kolaylık sağlama, kadın-erkek katları ayrımı ve rahat hissetmedir.

Olumlu Düşünceler kategorisinde katılımcılar kolay ulaşım ile ilgili görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevine ulaşımın kolay olduğunu dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili HY1 ve HY11 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Hastaneye ulaşımdan yana bir sorun yok ama ihtiyaçlar oluyor bazen onları erkenden halletmen gerekiyor.” (HY1)

“Sabahları ücretsiz servis var ve bu konuda çok rahat oluyor o yüzden herhangi bir sorun yaşamıyoruz.” (HY11)

Olumlu Düşünceler kategorisinde katılımcılar tedavi sürecini olumlu etkileme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar hasta yakınlarının konukevinde kalmasının tedavi sürecini olumlu etkilediği konusunda görüşlerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili HY1 ve HY6 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Her şeyden önce bize hem maddi hem de psikolojik olarak çok iyi geliyor. Van’ı da insanını da çok seviyoruz o yüzden bize yabancı bir yermiş gibi gelmiyor. Kimseciklere yük olmuyorsun en güzel yanı bu. Çünkü uzun bir süredir burada tedavi oluyoruz kimseye minnet etmiyoruz. Bir sürü insan tanıyorsun hepsinin hikayesinde farklı tecrübeler ediniyorsun.” (HY1)

“İyi etkiliyor. En azından burası bize umut oluyor. Akşam kalacak yerin olması bize umut veriyor. Hastaneden çıktıktan sonra "evime" gidiyorum diye biliyorum.” (HY6)

Olumlu Düşünceler kategorisinde katılımcılar hizmetlerden memnun olma ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar hasta yakınlarının hizmetlerden memnun olduğu konusunda görüşlerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili HY2 ve HY6 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Evet çok memnunum, Allah razı olsun. Daha önce başka bir yerde tedavi oldum buranın imkanları oraya göre çok iyi orada kalacak yer yoktu. Hastanenin koridorlarında kalıyorduk. Benimle gelen kızım perişan oluyordu. O yüzden buradaki her şeyden çok memnunum.” (H2)

“Her şey zaten yapılmış, herhangi bir eksiklik yok. O yüzden diyebileceğim bir şey de yok. Memnunuz, Allah razı olsun.” (HY6)

Olumlu Düşünceler kategorisinde katılımcılar çalışanlardan memnun olma ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevindeki çalışanlardan memnun olma konusunda görüşlerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili HY1 ve HY15 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Çalışanlarla aram çok iyi. Birbirimizi iyi tanıyoruz artık. Şakalaşıyoruz, sohbet ediyoruz, çok merhametliler.” (HY1)

“İyi bir yaklaşımları var. Hiçbir sorun yaşamadık.” (HY15)

Olumlu Düşünceler kategorisinde katılımcılar güvenli hissetme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevinde kalan hasta yakınlarının güvenli hissettikleri konusunda görüşlerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili HY3 ve HY11 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Güvende hissediyorum. Sonuçta resmi bir yer. Kimse kolay kolay sorun çıkaramaz. İzin belgen olmadan içeriye giremiyorsun. Her şey denetim altında.” (HY3)

“Daha önceki kaldığım yere göre çok daha iyi kadın erkek blokları ayrı lavabolar ayrı yani kısacası güvenlik sağlanmış durumda. Aileler için farklı odalar var aile üyeleri birlikte kalabiliyor.” (HY11)

Olumlu Düşünceler kategorisinde katılımcılar kişisel ihtiyaçların karşılanma hizmeti verilmesi ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevinde kalan hasta yakınlarının kişisel ihtiyaçlarının karşılanma hizmeti verildiği konusunda görüşlerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili HY14 ve HY26 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Yemek, yatak, temizlik, banyo kısacası kişisel ihtiyaçlarımızı karşılayabileceğimiz hizmetler sunuluyor.” (HY14)

“Dinlenebileceğimiz ve yatacağımız oda hizmeti, banyo hizmeti veriliyor. Kendi evimizde neyi karşılayabiliyorsak burada da o imkanlar verilmeye çalışılıyor.” (HY26)

Olumlu Düşünceler kategorisinde katılımcılar servis hizmeti ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevinde servis hizmeti verildiği konusunda görüşlerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili H2 ve HY12 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Sağ olsunlar sabah ücretsiz servisle gidiyoruz. Hastane çıkışında da hastanenin önünde servisler kalkıyor onunla geliyoruz. Hiçbir zorluk yaşamadık.” (H2)

“Ulaşım açısından herhangi bir sıkıntı yaşamıyoruz sabahları ücretsiz servis var.” (HY12)

Olumlu Düşünceler kategorisinde katılımcılar manevi açıdan olumlu etki ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevinde manevi açıdan olumlu etki yarattığı konusunda görüşlerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili H3 ve HY17 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Burası bence sadece maddi imkanlar dışında manevi açıdan daha faydalı. Çünkü bazen her şey para değil sizi anlayacak insanların içinde olmak daha önemli.” (HY3)

“Evet yine çok zor ama en azından umut ediyorum. Biraz da olsa bizi psikolojik olarak rahatlatıyor.” (HY17)

Olumlu Düşünceler kategorisinde katılımcılar maddi kolaylık sağlama ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevinde kalmanın maddi kolaylık sağlama yarattığı konusunda görüşlerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili H5 ve HY22 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Açıkçası burası olmasaydı bir günden fazla burada kalamazdım. Hastane koltuklarında da kalamazdım. Otele ödeyecek maddi imkanım da yok.” (HY5)

“Açıkçası bu kadar uzayacağını düşünmemiştik ama kalacak yer olduğunu öğrendik çok iyi oldu. Çünkü maddi açıdan karşılayamazdık ve Bitlis’e geri dönmek zorunda kalacaktık.” (HY22)

Olumlu Düşünceler kategorisinde katılımcılar kadın-erkek katları ayrımı ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevinde kadın-erkek katları ayrı olduğu konusunda görüşlerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili H2 ve SHU4 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Erkeklerin katı ayrı, kadınların katı ayrı o yüzden çok güvenli.” (H2)

“Kadın erkek katları ayrı ve kameralar var. Aynı zamanda personeller bu sürecin takibinde.” (SHU4)

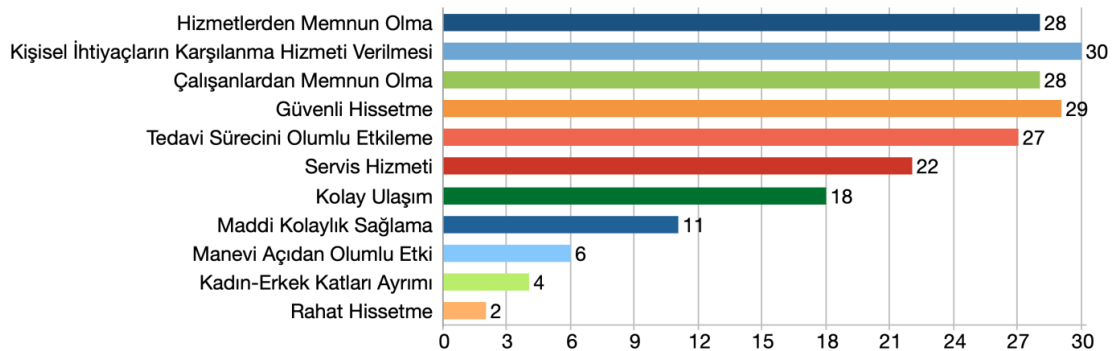
Olumlu Düşünceler kategorisinde katılımcılar rahat hissetme ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevinde kalırken rahat hissettikleri konusunda görüşlerini dile getirmişlerdir. Konuyla ilgili HY6 ve HY9 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Akşam kalacak yerin olması bize umut veriyor. Hastaneden çıktıktan sonra "evime" gidiyorum diye biliyorum.” (HY6)

“10 yıldır sürekli başka illerde tedavi oluyorduk. Şuan burada kendi evimizdeymiş gibi kalıyoruz.” (HY9)

Şekil 4.7’de olumlu düşüncelere yer verilmiştir.

Şekil 4.7. Olumlu Düşünceler



Katılımcılar, konukevi hizmetleri teması altında oluşturulan olumlu düşünceler kategorisinde; kişisel ihtiyaçların karşılanma hizmeti verilmesi, güvenli hissetme, hizmetlerden memnun olma ve çalışanlardan memnun olma kodları altında yoğun görüş bildirmişlerdir.

4.6.2.2. Olumsuz Düşünceler

Olumsuz Düşünceler kategorisi altında 11 kod oluşturulmuştur. Bunlar; sabah kahvaltısı eksikliği, odaların kalabalık olması, giriş-çıkış saatlerinin sorun yaratması, oda temizliğinin yapılmaması, hastanenin uzak olması, hizmetlerden memnun olmama, dönüş servisinin olmaması, asansör eksikliği, çamaşır yıkama hizmetinin olmaması, psikolojik olarak zorlanma ve ırkçılık yaşanmasıdır.

Olumsuz Düşünceler kategorisinde katılımcılar sabah kahvaltısı eksikliği ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerinde sabah kahvaltısının eksik olması hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili HY1 ve HY16 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Sabah kahvaltısını eksikliğini hissediyorum. Sabah bir poğaça ile geçiştiriyorum. Benim için de en önemli öğündür sabah kahvaltısı.” (HY1)

“Daha önceleri sabah kahvaltısı veriliyordu ama şu an sabah kahvaltısı yok. Bu bir eksiklik olarak görülebilir ama yine de memnunuz.” (HY16)

Olumsuz Düşünceler kategorisinde katılımcılar odaların kalabalık olması ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerindeki odaların kalabalık olması hakkında olumsuz görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili HY10 ve HY25 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Açıkçası bana sorarsanız 5 kişilik odada kalmak insan işi değil. Bu yüzden çevremdekilere buraya tavsiye etmem. İmkanlar daha güzel olabilirdi.” (HY10)

“Zaten gün boyu yoruluyorsun Bir de odada rahatsızlık var uyutmuyorlar çok ses yapıyorlar bu konuda tartıştığımız da oldu.” (HY25)

Olumsuz Düşünceler kategorisinde katılımcılar giriş-çıkış saatlerinin sorun yaratması ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerindeki giriş-çıkış saatlerinin sorun yaratması hakkında olumsuz görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili H3 ve HY20 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Giriş çıkış saatleri çok kısıtlı. Doğru düzgün ihtiyaçlarımızı karşılayamıyoruz. Bazen acele edelim derken şahsi eşyalarımı konuk evinde unutuyorum.” (H3)

“Gel git zaman alıyor ve konuk evinin açılış kapanış saatleri insanları dışarıda vakit geçirmeye zorluyor. 7/24 açık olan bir konuk evinin olması bence çok daha iyi olurdu.” (HY20)

Olumsuz Düşünceler kategorisinde katılımcılar oda temizliğinin yapılmaması ile ilgili de olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerindeki oda temizliğinin yapılmaması hakkında olumsuz görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili H3 ve HY19 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Oda temizliği kurum tarafından yapılması daha uygun çünkü her türlü insan kalıyor hijyenik olması gerekir.” (H3)

“Odaların temizliği konusu büyük bir eksiklik. Temizlikten biz sorumluyuz ama şimdi tek kişilik olsa yapılır birkaç kişi ve hiç tanımadığın insanlarla aynı odada kalıyorsun, temizlik anlayışımız çok farklı. Keşke kurum temizlik hizmeti de verseydi.” (HY19)

Olumsuz Düşünceler kategorisinde katılımcılar hastanenin uzak olması ile ilgili de olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerinin hastaneye uzak olması hakkında olumsuz görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili H17 ve HY19 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Bazen erken gitmem gerekiyor bazen de erken gitmem gerekmiyor. Servis saatleri belli olduğu için yetişememe, kaçırma gibi durumlar oluyor o zaman kendi imkânlarımla gidiyorum ve hastane çok uzak bazen bir saatte gittiğim oluyor. Zor yani.” (HY17)

“Ulaşım açısında sıkıntım var çünkü ben hastaneye çoğu zaman geç kalıyorum. Ücretsiz servis sadece bir hastaneye gitmiyor o yüzden diğer kişileri hastanelerine bırakana kadar bayağı geç oluyor.” (HY19)

Olumsuz Düşünceler kategorisinde katılımcılar hizmetlerden memnun olmama ile ilgili de olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerindeki hizmetlerden memnun olmadıkları hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili H3 ve HY2 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Çok memnun olduğum sayılmaz. Hizmet veriyor ama hep yarım yamalak hizmetler veriyor.” (H3)

“Bence daha iyi olabilirdi. Sonuçta devletimizin sağlamış olduğu bir hizmettir. Nasıl ki öğrencilerin konforu düşünülüyorsa bu daha da önemli buna yönelik çalışmalar geliştirilebilir.” (HY2)

Olumsuz Düşünceler kategorisinde katılımcılar dönüş servisinin olmaması ile ilgili de olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerinde dönüş servisinin olmaması hakkında olumsuz görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili H18 ve HY23 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Dönüşte kendi imkanlarımla dönüyorum. Keşke dönüşte de servis olsa çünkü buraları tam olarak bilmiyordum o yüzden zor oluyordu.” (HY18)

“Sabah ücretsiz servis var akşam da hastane çıkışında belli bir saatte olsaydı güzel olurdu.” (HY23)

Olumsuz Düşünceler kategorisinde katılımcılar asansör eksikliği ile ilgili de olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerinde asansör eksikliği hakkında olumsuz görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili H3 kodlu katılımcı şundan bahsetmiştir:

“Konuk evinde zemin katta asansörün olmaması büyük bir eksiklik hem yaştan hem de hastalığımdan dolayı merdivenleri çıkmak çok zor geliyor.” (H3)

Olumsuz Düşünceler kategorisinde katılımcılar çamaşır yıkama hizmetinin olmaması ile ilgili de olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerinde çamaşır yıkama hizmetinin olmaması hakkında olumsuz görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili HY5 ve HY13 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Çamaşır yıkama hizmeti olsa daha iyi olurdu. Bir ay kalan oluyor. Bu bir ihtiyaçtır. Kıyafetlerini yıkatacak maddi durumu olmayanlar var.” (HY5)

“Çamaşır yıkama hizmeti yok, yıkatmaya götürüyoruz ve bu bize çok yük oluyor.” (HY13)

Olumsuz Düşünceler kategorisinde katılımcılar psikolojik olarak zorlanma ile ilgili de olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerinde psikolojik olarak zorlandıkları hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili H3 ve HY10 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir.

“Nasıl hissettiğimi bilmiyorum sadece tek duam uzun süreli burada kalmak istemiyorum. Kötü olduğundan değil ama bir şeylere mecbur olmak dünyanın en zor şeyi.” (H3)

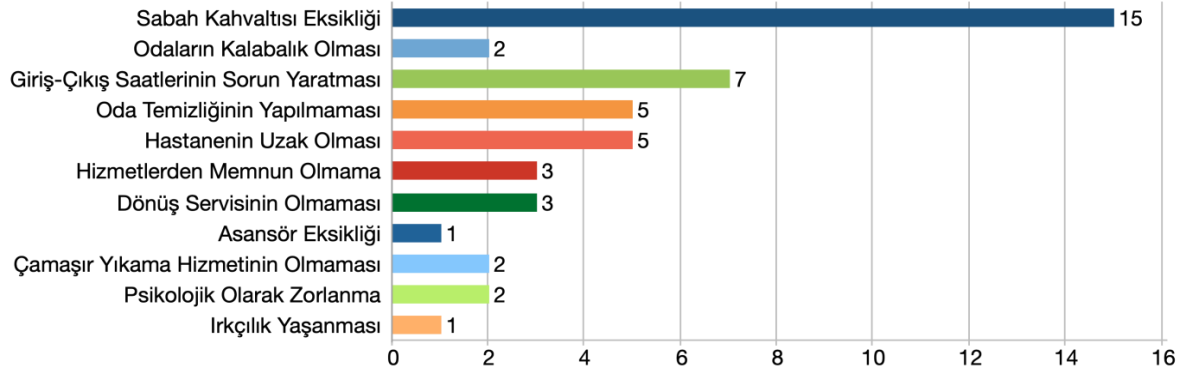
“Her şey çok güzel ama 5 yıldızlı otel gibi olsaydı daha iyi olurdu. Diğer ülkelere göre kıyasladığımızda o kadar iyi değil. Burası bazen psikolojimi zorluyor, isterdim ki kendi şehrimde kendi evimde tedavi göreyim ama bu konuda herhangi bir imkân yok, tabii buna da şükretmek gerekiyor.” (HY10)

Olumsuz Düşünceler kategorisinde katılımcılar ırkçılık yaşanması ile ilgili de olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerinde ırkçılık yaşandığı hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili HY10 kodlu katılımcı şundan bahsetmiştir.

“Başka bir ilde tedavi görmek bazen ırkçılık ayrımına neden olabiliyor. Çoğu zaman aşağılık bir tavır sergilendiğini de görmüşlüğüm olmuş o yüzden her ilde olmasını öneririm.” (HY10)

Şekil 4.8’de olumsuz düşüncelere yer verilmiştir.

Şekil 4.8. Olumsuz Düşünceler



Katılımcılar, konukevi hizmetleri teması altında oluşturulan olumsuz düşünceler kategorisinde; sabah kahvaltısının eksikliği kodu altında yoğun görüş bildirmişlerdir.

4.6.2.3. Öneriler

Öneriler kategorisi altında 7 kod oluşturulmuştur. Bunlar; hastanelere daha yakın olma, hizmetin yaygınlaştırılması, servis saatlerinin düzenlenmesi, yemek hizmetlerinin iyileştirilmesi, çocuklara yönelik alanlar yapılması, odaların kişi sayısına göre düzenlenmesi ve aktivitelerin yapılmasıdır.

Öneriler kategorisinde katılımcılar hastanelere daha yakın olma ile ilgili yoğun olarak görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerinin hastanelere daha yakın olması gerekliliği hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili HY3 ve HY22 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Bu konuk evinin dışında hastane yakınlarına da kurulması daha iyi olacak.”
(HY3)

“Her hastanenin yakınına bir konukevi yapılırsa çok güzel olurdu. Hem ulaşımı kolay olurdu hem de insanlar böyle perişan olmazdı.” (HY22)

Öneriler kategorisinde katılımcılar hizmetin yaygınlaştırılması ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevleri hizmetinin yaygınlaştırılması gerekliliği hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili HY9 ve SHU8 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Daha önce böyle bir hizmet yoktu. 10 yıldır sürekli başka illerde tedavi oluyorduk. Şuan burada kendi evimizdeymişiz gibi kalıyoruz. Bu hizmetin her yerde yaygın olmasını öneriyorum.” (HY9)

“Tüm illerde hastane otellerinin açılmasının ve aktif olarak hizmet vermesinin hasta ve yakınlarının tedavi süreçlerine olumlu katkı sağlayacağı öngörülmektedir.” (SHU8)

Öneriler kategorisinde katılımcılar servis saatlerinin düzenlenmesi ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerindeki servis saatlerinin düzenlenmesi hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili HY2 ve HY23 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Üniversite hastanesi ve devlet hastanesine tek servis var. Bu ulaşımı tabii ki de olumsuz etkiliyor. Sabah erken hastanede olmamız gerekiyor ama dağıtım yaptığı için neredeyse bir saat geç gidiyoruz.” (HY2)

“Başka belli saat aralığında servisler olsa ulaşım daha kolay olurdu. Diğer türlü zaten yol ücreti çok fazla ve mecbur her gün hastaneye git et yapıyorsun, çok masraf oluyor.” (HY23)

Öneriler kategorisinde katılımcılar yemek hizmetlerinin iyileştirilmesi ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerindeki yemek hizmetlerinin iyileştirilmesi hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili HY10 ve HY12 kodlu katılımcılar şunlardan bahsetmiştir:

“Sabah kahvaltısı olsaydı daha iyi olurdu ve akşam yemeği çok kötü daha iyi olabilirdi.” (HY10)

“Sabah kahvaltısının eksikliğini hissediyorum.” (HY12)

Öneriler kategorisinde katılımcılar çocuklara yönelik alanlar yapılması ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerindeki çocuklara yönelik alanlar yapılması hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili HY27 kodlu katılımcı şundan bahsetmiştir:

“Keşke çocuklar için de bir şeyler düşünülse çünkü oğlum hasta ve gün boyu hastanedeyiz. Onun burada eğlenebileceği bir park, oyun odası olsaydı çok daha iyi olurdu.”

“Çocuklar için eğlenme alanı, oynama alanı olsaydı daha rahat olurdu. En azından çocuklarımız onunla ilgilenirdi. Tabii şu anki duruma da şükrediyoruz.”

Öneriler kategorisinde katılımcılar odaların kişi sayısına göre düzenlenmesi ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerindeki odaların kişi sayısına göre düzenlenmesi hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili HY25 kodlu katılımcı şundan bahsetmiştir:

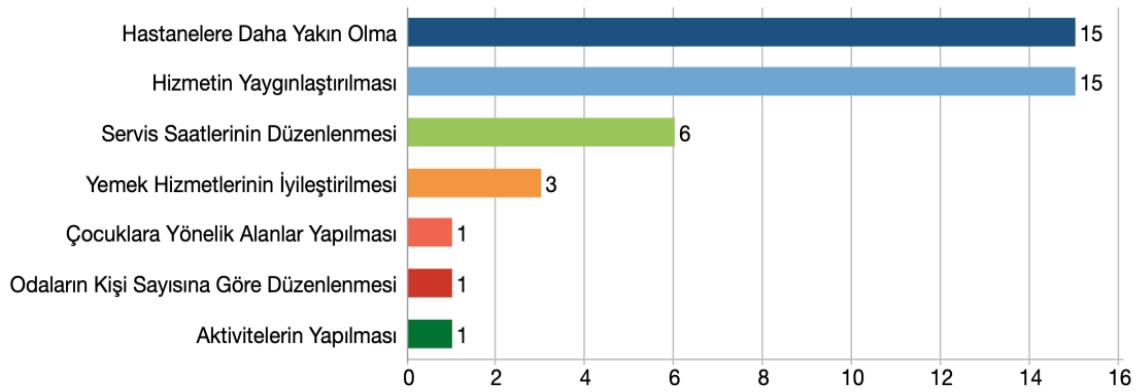
“Konaklayacak insanların psikolojisi göz önünde bulundurulmalı. Sapık, kötü, anlayışsız insanlar fazlasıyla var ve bunlarla aynı odada yatmak riskli o yüzden odalar bunlar göz önünde tutularak dizayn edilmeli.” (HY25)

Öneriler kategorisinde katılımcılar aktivitelerin yapılması ile ilgili de görüş bildirmişlerdir. Katılımcılar konukevlerinde aktiviteler yapılması hakkında görüş bildirmiştir. Konuyla ilgili HY1 kodlu katılımcı şundan bahsetmiştir:

“Konuk evinde aktiviteler yapılabilir. Bence hastalar kadar hasta yakınları da çok yıpranıyor.” (HY1)

Şekil 4.9’da katılımcıların önerilerine yer verilmiştir.

Şekil 4.9. Öneriler



Katılımcılar, konukevi hizmetleri teması altında oluşturulan öneriler kategorisinde; hastanelere daha yakın olma ve hizmetin yaygınlaştırılması kodları altında yoğun bir şekilde görüş bildirmişlerdir.

Şekil 4.10’da katılımcılara göre konukevi hizmetlerine yer verilmiştir.

Şekil 4.10. Katılımcılara Göre Konukevi Hizmetleri

Kod Sistemi	Sosyal Hizmet Uzmanı	Hasta	Hasta Yakını	TOPLAM
▼ Konukevi Hizmetleri				0
▼ Olumlu Düşünceler				0
Hizmetlerden Memnun Olma		4	35	39
Kişisel İhtiyaçların Karşılama Hizmeti Verilmesi		3	27	30
Çalışanlardan Memnun Olma		3	27	30
Güvenli Hissetme		3	26	29
Tedavi Sürecini Olumlu Etkileme		2	25	27
Servis Hizmeti		4	22	26
Kolay Ulaşım		1	17	18
Maddi Kolaylık Sağlama		1	10	11
Manevi Açıdan Olumlu Etki		1	5	6
Kadın-Erkek Katları Ayrımı	2	1	1	4
Rahat Hissetme			3	3
▼ Olumsuz Düşünceler				0
Sabah Kahvaltısı Eksikliği		2	13	15
Odaların Kalabalık Olması			7	7
Giriş-Çıkış Saatlerinin Sorun Yaratması		1	6	7
Oda Temizliğinin Yapılmaması		2	3	5
Hastanenin Uzak Olması		1	4	5
Hizmetlerden Memnun Olmama		2	2	4
Dönüş Servisinin Olmaması			3	3
Asansör Eksikliği		2		2
Çamaşır Yıkama Hizmetinin Olmaması			2	2
Psikolojik Olarak Zorlanma		1	1	2
İrkçilik Yaşanması			1	1
▼ Öneriler				0
Hastanelere Daha Yakın Olma		2	13	15
Hizmetin Yaygınlaştırılması	3		12	15
Servis Saatlerinin Düzenlenmesi		1	5	6
Yemek Hizmetlerinin iyileştirilmesi			3	3
Çocuklara Yönelik Alanlar Yapılması			2	2
Odaların Kişi Sayısına Göre Düzenlenmesi			1	1
Aktivitelerin Yapılması			1	1
Σ TOPLAM	5	37	277	319

Konukevi Hizmetleri teması katılımcılara göre incelenmiştir. Buna göre katılımcı ifadeleri hizmetlerden memnun olma, kişisel ihtiyaçların karşılanma hizmeti verilmesi, çalışanlardan memnun olma, güvenli hissetme, tedavi sürecini olumlu etkileme, servis hizmeti, kolay ulaşım, sabah kahvaltısı eksikliği, hastanelere daha yakın olma, hizmetin yaygınlaştırılması kodları üzerine yoğunlaşmıştır.

Şekil 4.11’de kod bulutu gösterimine yer verilmiştir.

Şekil 4.11. Kod Bulutu



Şekil 4.11’de katılımcıların genel olarak yoğun bir şekilde görüş bildirdikleri ifadeler yer almaktadır. Belli bir kodlama ile gösterilen ifadeler arasında büyük punto ile gösterilenler, katılımcıların yoğun görüş bildirdikleri ifadeler olurken küçük punto ile gösterilen ifadeler ise katılımcıların daha az yoğun görüş bildirdikleri ifadeler olarak gösterilmektedir.

4.7. TARTIŞMA

Medikal turizm, son zamanlarda ön planına çıkan bir durum olarak bilinmektedir. Yiğit (2016: 116) tarafından gerçekleştirilen “Kamu Hastanelerinde Medikal Turizminin Gelişimini Etkileyen Faktörler” isimli çalışmada kamu hastanelerinin medikal turizm açısından gelişimini etkileyen faktörler belirlenmiştir. Bu faktörler; imaj, alt yapı eksikliği, tanıtım eksikliği, iş gücü eksikliği, tedavi maliyeti, dil ve iletişim, sağlık politikaları ve diğer olarak sıralanmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular ışığında kamu hastanelerinin turist çekebilmesi için belirlenen faktörlerde iyileştirmelerin yapılması gerektiği düşünülmektedir. Hastane otellerinin yoksulluk, psikososyal destek ve tıbbi sosyal hizmet açısından değerlendirilmesi başlıklı çalışmanın ele aldığı “hastane oteli” nin kamu hastaneleri açısından önemi bu çalışma ile anlaşılmaktadır. Hastane otelinin olmayışı kamu hastanelerinin; imajını, alt yapısını, tanıtımını, tedavi maliyetini ve sağlık politikaları açısından dezavantajlı duruma sokmaktadır.

Yirik ve Ekici (2014: 12) tarafından gerçekleştirilen “Medikal Turizm Kapsamında Yaşanan Genel Etik Problemler ve Bölge Pazarında Yaratmış Olduğu Olumsuzluklar (Akdeniz Bölgesi Örneği)” çalışmada elde edilen bulgular arasında sağlık turizmin gelişimine olumsuz etki eden etik sorunlardan; yabancı turist ile gurbetçi turistin sağlık uygulamasında aynı haklara sahip oldukları halde çifte standardın uygulandığı sonucuna varılmıştır. Bu duruma özellikle otellerde yüksek fiyatlandırmanın yapılması etik dışı davranışların sergilendiğini göstermiştir. Bu çalışmada elde edilen bulguların “hastane oteli” uygulamasının önemini ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetleri için seyahat eden bireylerin yüksek fiyatlarla konaklamanın önüne geçmek ve bireyin tedavi sürecini rahatlatmak adına hastane otelleri yoksulluk, psikososyal destek ve tıbbi sosyal hizmet açısından değerlendirilmesi çalışmasının ortaya koymuş olduğu bulgular Yirik ve Ekici’ nin çalışmasını bu açıdan tamamlamaktadır.

Akoğlan Kozak ve Güleç (2017: 14) tarafından gerçekleştirilen sağlık otelciliği hizmetleri konulu çalışmada birçok kategoriden oluşan hizmetler; özel hastaneler, üniversite hastaneleri ve devlet hastaneleri açısından değerlendirilmiştir. Çalışmada elde edilen veriler sonucunda sağlık otelciliği hizmetlerinin sunumunda özel hastaneler (%88) ilk sırada, üniversite hastaneleri (%80) ikinci ve devlet hastaneleri (%50) üçüncü

sırada yer almıştır. Fakat bu durum hastane otellerinin yoksulluk, psikososyal destek ve tıbbi sosyal hizmet açısından değerlendirilmesi çalışması açısından ele alındığında elde edilen oranları karşılayacak derecede sağlık otelciliği hizmetinin vermediği anlaşılmaktadır. 2017 yılında gerçekleştirilmiş çalışmanın verileri ele alındığında günümüz şartlarında kamu hastanelerinin %50 gibi bir oranı karşılayamadığı çalışmanın uygulama esnasında yaşanan problemlerle açıklanabilmektedir.

Akdu ve diğerleri (2016: 412) tarafından gerçekleştirilen “Hastanelerde Otel Konforunda Oda Tasarımı: Beş Yıldızlı Otel Odasını Örnek Edinme” çalışmasında, Sağlık Bakanlığı’nın gerçekleştirdiği Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulamasında sağlık tesislerinin otel konforunda hizmet sunumuna verdiği önemine dikkat çekilmiştir. Fakat 2003 yılından itibaren uygulamaya konulan program, bu tarz hastanelerin yaygınlaştırılması açısından fazla gelişim gösterememiştir.

Şahin Taşgın ve Bürüngüz (2021: 220) tarafından gerçekleştirilen “Sosyal Hizmet Uzmanlarının Deneyimleri Işığında Pandemi Sürecinde Sosyal Hizmet ve Sosyal Yardım Sunan Kurumlarda Yaşananlar: İstanbul Örneği” adlı çalışmada COVID-19 pandemi sürecinde tıbbi sosyal hizmet alanında yaşanan aksaklıklar arasında barınma ihtiyacından kaynaklı tedavilerin tamamlanmaması sonucuna varılmıştır. Aynı zamanda toplu barınan işçiler arasında COVID-19 tanısı konanların şantiyeden uzaklaştırılması, memleketlerine geri dönüş yapamamalarından kaynaklı barınma sorunu ciddi bir şekilde baş göstermiştir. Bu çalışma ile hastane otelleri uygulamasının önemi dikkat çekmektedir. Özellikle kriz döneminde gereksinimi çok ciddi bir derecede hissedilen hastane otelleri, toplumun önemli ihtiyaçları arasında yer almaktadır. Hastane otelleri, Türkiye’de çok yaygın olmamakla birlikte literatürde de çok fazla çalışmanın yapılmadığı görülmektedir. Özellikle pandemi sürecinde barınma ihtiyacının fazlasıyla hissedilmesi hastane otelleri uygulamasının önemini açığa çıkarmıştır.

Hastanelerdeki sosyal hizmet uzmanlarının görevleri ve tıbbi alandaki sosyal hizmet uygulamaları yasal olarak belirlenmiş durumdadır. Hastanelere başvurmuş müracaatçıların aldıkları hizmetlerden memnun olmasını sağlamak ve aynı zamanda sosyal hizmet uzmanlarının daha etkin olmasını sağlamak için tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının geliştirilmesi, farkındalığının artırılması gerektiği Yavuz ve diğerleri (2020: 36) tarafından gerçekleştirilen çalışmada anlaşılmaktadır. Hastane otellerinin

yoksulluk, psikososyal destek ve tıbbi sosyal hizmet açısından değerlendirilmesi konulu çalışmada sosyal hizmet uzmanları ile yapılan görüşmeler esnasında birçok uzmanın hastane oteli uygulaması hakkında bilgi sahibi olmamaları Yavuz ve diğerlerinin çalışmasını desteklemektedir. Her iki çalışmanın ortak sonucu tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının farkındalığını sağlayacak gelişmelerin yapılması gerektiği savunulmuştur.

Tıbbi sosyal hizmet açısından Türkiye’deki çalışmalar ele alındığında genel olarak her ne kadar yetersiz olduğuna dair sonuçlar elde edilse de Keleşoğlu ve diğerleri (2022: 108) tarafından gerçekleştirilen Hastanelerde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları: Türkiye ve Seçili Ülkelerde Mevcut Durum başlıklı çalışmada; Türkiye, ABD, İngiltere, Almanya ve Avusturalya hastanelerdeki tıbbi sosyal hizmet açısından karşılaştırılmıştır. Türkiye’nin bu alandaki hizmetlerde diğer dört ülkeye göre daha aktif ve sistematik olduğu sonucuna varılmıştır. Türkiye, dezavantajlı gruplara yönelik sunulan sosyal hizmetler açısından her ne kadar diğer ülkelere göre daha başarılı olsa da uygulama alanında eksiklikleri mevcuttur. Bu duruma en güzel örnek hastane otelleri uygulamasının sınırlı olması verilebilir.

Türkiye, geliştirdiği sosyal politikaları ile toplumun refah seviyesini artırmayı amaçlamaktadır. Yoksul, engelli, yaşlı gibi birçok dezavantajlı gruplara iyileştirici hizmetler sunarak aile bütünlüğü sağlanmaya çalışılmaktadır. Fakat Özkan ve Kılıç (2013: 41) tarafından gerçekleştirilen “Aile’nin Psiko-Sosyal Destek İhtiyacını Karşılamada Yeni Bir Model Önerisi: Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Psiko-Sosyal Destek Birimi” adlı çalışmada Aile Sağlığı Merkezleri çatısı altında aile üyelerine yönelik psikososyal destek hizmetlerini sunacak bir birimin olmadığı sonuca varılmıştır. Bu duruma bağlı olarak topluma sunulan sağlık hizmetlerinin eksik olduğu ve aileye bütüncül yaklaşılmadığı savunulmuştur. Hastane otelleri, psikososyal destek açısından ele alındığında toplumun ihtiyaç fazlası gözle görülebilir durumdadır. Hastane otellerinin olmayışı; hasta ve hasta yakınlarını maddi ve manevi açıdan olumsuz etkilemektedir. İl dışından gelmiş, konaklama ihtiyacını karşılayamayacak durumda olan hasta ve hasta yakınlarına hastane oteli hizmetinin sunulmaması Özkan ve Kılıç’ın gerçekleştirmiş olduğu çalışmanın bulgularını destekler durumdadır.

Toplumdaki dezavantajlı grupların; sosyolojik, psikolojik ve fizyolojik ihtiyaçları devlet desteği ile karşılanmaktadır. Psikososyal destek alanında Pekçetin (2019: 111) tarafından gerçekleştirilen “Bakım Merkezinde Kalan Psikoz Hastalarıyla Gerçekleřtirilen Psikososyal Destek Grup alışması” başlıklı araştırmada elde edilen bulgura göre bakım merkezinde psikoz hastalarının almış oldukları psikososyal destek hizmetlerinin yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Hastalarla yapılan grup görüşmelerinin sonucunda hastaların bildirmiş oldukları görüş; kurumun temel fizyolojik hizmetleri sunduğu fakat sosyal eğitsel ihtiyaçlar açısından yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Hastane otellerinin yoksulluk, psikososyal destek ve tıbbi sosyal hizmet açısından değerlendirilmesi başlıklı çalışmada hasta ve hasta yakınları ile yapılan görüşmeler sonucunda da aynı sonuca varıldığı grűlmektedir. Katılımcıların yoğun bir şekilde kurumun (hasta konukevi/hastane oteli) temel ihtiyaçları karşılayacak hizmetleri sunduğu fakat sosyal aktiviteler açısından herhangi bir hizmetin sunulmadığını bildirmişlerdir.

Arařtırması gerçekleřtirilen çalıřmada ele alınan hastane otellerinin çok yaygın olmaması ve insanların bu tűr uygulamalara ulařmada sorun yařaması bireyler űzerinde maddi ve manevi olumsuz durumlar yarattıęı sonucuna varılmıřtır. Grűř bildiren sosyal hizmet uzmanlarının aksine bu durumun hastaneleri de birçok açıdan olumsuz etkiledięi grűřű savunulmaktadır. Sosyal Hizmet Uzmanları ile gerçekleřtirilen műlakat grűřmelerinde yoęun bir grűř birlięiyle hastane otelinin olmayıřının hastaneyi etkilemedięi savunulmuřtur. Fakat gűnűműz řartlarına bakıldıęında hasta ve yakınlarının daha kaliteli saęlık hizmetlerini almak için il dıřına çıktıkları grűlmektedir. İl dıřında tedavi sűrecini gerçekleřtirmek için konaklama ihtiyaı doęarken bu tűr hizmetlerin sunulmaması hastayı bařka kuruma itebilmektedir. Bir iřletme olan hastaneler, műřteri çekebilmek için tűm iyileřtirmeleri yapmak zorundadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastane otellerinin yoksulluk, psikososyal destek ve tıbbi sosyal hizmet açısından değerlendirilmesi başlığı adı altında gerçekleştirilen çalışmada iki farklı grup ile mülakat görüşmeleri yapılmıştır. Mülakat formları her iki grup için ayrı 11 sorudan oluşup 10 sosyal hizmet uzmanı ile 30 hasta/hasta yakınları olmak üzere toplam 40 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar, sosyal hizmet uzmanları için SHU1-SHU10, hastalar için H1-H3 ve hasta yakınları için HY1-HY27 olarak kısaltmalar kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan nitel veri toplama aracı sonuçlarından elde edilen veriler MAXQDA programı ile betimsel analizler yapılmıştır.

Çalışma iki tema altında toplanmıştır. Bunlar; “Konukevine Yönlendirme Süreçleri” ve “Konukevi Hizmetleri” olarak belirlenmiştir. Konukevine Yönlendirme Süreçleri, teması altında 12 kod oluşturulmuştur. Bunlar; hastane otelinin olmamasının etkileri, konukevine yönlendirme, ücretsiz konaklama hizmeti, hizmetten tekrar yararlanabilme, il dışından gelme durumu, hastane yakınlarında otel olması önerisi, ailelerin aynı odada kalabilmesi, mahremiyetlerine uygun oda sağlanması, ekonomik düzeyi düşük olma durumu, prosedür uygulanması, insanların konforlarının göz önünde bulundurulması ve tahlil çıkış süresine göre belirlenmedir.

İlk tema olan Konukevine Yönlendirme Süreçleri’nin kodlamaları değerlendirildiğinde oluşturulan kodlamalar arasında Hastane Otelinin Olmamasının Etkileri kodu altında 3 ayrı alt kodlama oluşturulmuştur. Bunlar; Maddi ve Manevi Olumsuz Etkilenme (7), Hastanın Tedavi Sürecini Olumsuz Etkileme (4), Hastanenin Rekabet Edemeyecek Duruma Gelmesi (1)’dir. Tüm sosyal hizmet uzmanları yoğun bir şekilde hastaların belediyenin ücretsiz sunduğu konukevine yönlendirildiği ve bu hizmetin tekrardan yararlanılabilir olduğu görüşü ortak bir şekilde belirlenmiştir. Hasta ve yakınlarının konukevinden yararlanabilmesi için il dışından geliyor olması (8), prosedür gereği kalacak yerinin olmaması ve hastaneye girişinin yapıldığına dair belgenin olması (4) gerektiği görüşler bildirilmiştir. Genel olarak il dışından gelmiş ekonomik düzeyi düşük bireylerin konaklama için başvurduğu konukevinin (4) hasta ve yakınlarının mahremiyeti açısından uygun odaların olduğu (4), aile üyelerinin aynı odada kalabilmesinin (5) mümkün olduğu ve konukevinde kalacak kişilerin konforu göz önünde bulundurularak (3) tasarlandığına dair görüşler mevcuttur. Konukevinde kalış

süresi kesin bir zaman aralığı belirtilmeyerek tahlil çıkış süresine göre belirlendiği (2) belirtilirken bu sürenin ise genel olarak 1-3 günlük bir zaman aralığında olduğu vurgulanmıştır. Sosyal hizmet uzmanlarının konaklama hizmetleri hususundaki önerileri ağırlıklı olarak hastaneye yakın otelin olması (7) gerektiğine dair görüşler ön plana çıkmıştır.

Bir diğer tema olan “Konukevi Hizmetleri” 3 kategoriden oluşmaktadır. Bunlar; Olumlu Düşünceler, Olumsuz Düşünceler ve Önerilerdir. Olumlu Düşünceler kategorisi 11 koddan oluşturulmuştur. Bu kategoriler arasında en fazla ortak görüş kişisel ihtiyaçların karşılanma hizmeti verilmesi (30) kategorisi olurken bunu takip eden kategori ise güvende hissetme (29) olmuştur. 28 kişinin ortak görüş belirttiği iki kategori ise hizmetlerden memnun olma ve çalışanlardan memnun olma yer almaktadır. Konukevi hizmetinin tedavi sürecini olumlu etkilediği görüşü (27) savunulurken aynı zamanda konukevinden hastaneye sabah saatleri için ücretsiz servisin olması (22) ulaşımı kolaylaştıran bir durum iken bu hizmet haricinde ulaşımdan yana sorun olmadığı (18) görüşü belirtilmiştir. Hasta ve hasta yakınları sunulan konukevi hizmetinin maddi açıdan kolaylık sağladığı (11) ve bu durumun onları manevi açıdan pozitif yönde etkilediği (6) görüşü dile getirilmiştir. Konukevinin fiziki yapı olarak kadın- erkek olarak ayrılması (4) bireylerde güven duygusu oluştururken tüm bu hizmetlerin sunulması bireylerin rahat hissetmesine (2) etki ettiğine dair görüşler yer almıştır.

Oluşturulan Olumsuz Düşünceler kategorisi 11 koddan oluşturulmuştur. Bunlar; yoğun bir şekilde görüş belirtilen olumsuz düşünceler arasında sabah kahvaltısının eksikliği (15), oda temizliğinin yapılmaması (5), ücretsiz servisin sadece sabah verilmesi (3), çamaşır yıkama hizmetinin olmaması (2) ve asansör eksikliğinin olması (1) konukevinin verdiği hizmetlerin eksik olduğuna işaret eden durumlar olarak belirlenmiştir. Giriş- çıkış saatlerinin esnek olmaması (7), hastanenin uzak bir konumda olması (5), verilen hizmetlerin tatmin edici olmaması (3), il dışından gelmiş olmanın verdiği psikolojik zorlanma (2) ve bu durumun çoğu zaman ırkçılık sorununun yaşanmasına yol açtığı (1) görüşleri bireylerde olumsuz olarak değerlendirilen durumlar olmuştur.

Konaklama hizmeti hususunda hasta ve hasta yakınlarının önerilerine bakıldığında yoğun bir şekilde önerilen iki durum göze çarpmaktadır. 15 kişinin ortak bir şekilde belirtmiş olduğu konaklama hizmetinin hastaneye daha yakın olması ve bu tür hizmetlerin her ilde yaygınlaştırılması gerektiği görüşleri yer almıştır. Servis saatlerinin düzenlenmesi (6) ile yemek hizmetlerinin iyileştirilmesi (3) bireylerin dikkat çektiği diğer bir durum olurken çocuklara yönelik alan yapılması (1), odaların kişi sayısına göre düzenlenmesi (1) ve konaklama alanında aktivitelerin yapılması (1) öneri kategorisinden belirtilen görüşler olmuştur.

Teknolojinin gelişmesi, eğitim seviyesinin artması, ulaşım ve iletişim imkanlarının artmasıyla insanlar sağlıklarına daha fazla önem verip rahatsızlıklarını giderecek tüm imkanları elde etmeye çalışmaktadır. Hasta bireyler kimi zaman doktorun sevgiyle kimi zaman daha iyi imkanların olduğu sağlık kurumlarından hizmet almak ya da tedavinin yapıldığı bölgelere gitmek zorunda kalabilmektedirler. Evinden, ailesinden ayrılmak bireyi psikolojik olarak olumsuz etkilerken aynı zamanda tedavinin alınacağı bölgede konaklama ve ekonomik sorunlarla karşılaşmaktadır. Hastane otelleri uygulamasının olması hasta ve hasta yakınlarına hem ekonomik hem de psikososyal destek sağlayarak kaliteli yaşamı mümkün kılacaktır.

Hasta ve hasta yakınları kendilerine sunulan konaklama hizmetinin ulaşım açısından sorun teşkil ettiği görüşü belirtilmiştir. Hastane otelleri açısından bu durum değerlendirildiğinde ulaşımın sorun olmaktan çıkabilmesi için hastanelere yakın konaklanabilecek otel hizmetinin sunulması gerekmektedir. Çok yaygın olmayan “Hastane Otelleri” uygulamasının toplum tarafından bilinmemesi ihtiyaç sorunu olarak değerlendirilmemektedir. Fakat gerçekleştirilecek çalışmalar, hastane otellerinin günümüz şartlarında çok önemli bir ihtiyaç olduğuna değinmeli ve bu alana yönelik ciddi çalışmalar yürütülmelidir. Bu tür çalışmalar ile toplum bilinçlendirilip alana yönelik çalışmaların yapılması konusunda ortak hareketlerin gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır.

Hastaneler arası rekabet durumunun olabilmesi için tüm yeniliklere ve gelişmelere açık olmak hastaneyi bir adım öne taşıyacaktır. Kaliteli hizmet sunmak, ortadaki riski azaltmak ve önlemek, hasta ve yakınlarını memnun etmek, iş yükünü azaltmak, iyi bir imaj yaratabilmek için hasta ve yakınlarının tüm ihtiyaçlarına cevap vermek

gerekmektedir. Bu durum tıbbi sosyal hizmet açısından ele alındığında uzmanların mesleki alanda uygulama kısıtlılığının yaşanmasına neden olabilmektedir. Uzmanların mesleki açısından daha etkili olabilmesi ve hastanenin amacına uygun hareket edebilmesi için hastane otelleri kavramı üzerinde durulup konunun ciddiyeti ön plana çıkarılmalıdır.

Türkiye geneline hastane otelleri uygulaması yaygınlaştırılmalı ve insanlar bu uygulama hakkında bilgilendirilmelidir. Belli planlar çerçevesinde çeşitli düzenlemeler yapılmalıdır. İl dışından gelmiş hasta ve hasta yakınlarının psikososyal ve ekonomik olarak rahat hissedeceği konaklama hizmeti sunulmalıdır. Hastane oteli uygulamasının fiziki yapısı; hastaneye ulaşımı kolay, mutfak, çamaşırhane, kafeterya, kişisel temizlik, çocuklar için eğlence alanı gibi sosyal yaşamı kolaylaştıracak şekilde inşa edilmelidir. Belli giriş çıkış saatlerinden ziyade esnek saatler ile resmiyette hizmetten yararlanmayanların/kaydı bulunmayanların erişimine kapalı uygulama ile güvenlik sağlanmalıdır.

Gerçekleştirilecek hastane oteli uygulamasında odalar; ailelerin kalabileceği ve son teknoloji araç gereçlerle dizayn edilmelidir. İl dışından gelmiş konaklama ihtiyacı olan hasta ve hasta yakınlarının maddi ve manevi açıdan konforlu bir şekilde yaşamlarını devam ettirmeleri için gerekli olan tüm durumlar planlanmalı ve uygulanabilecek şekilde tasarlanmalıdır. Sabah kahvaltısı ve akşam yemekleri verilerek bireye maddi kolaylıklar sağlanmalıdır. Hastane oteli bünyesinde sağlık çalışanı barındırılmalı ve yine aynı şekilde hasta ve hasta yakınının psikolojisi göz önünde tutularak psikososyal destek hizmetleri sunulmalıdır.

KAYNAKÇA

- Açıkgöz, R. ve O. Ş. Yusufoglu (2012). “Türkiye’de Yoksulluk Olgusu ve Toplumsal Yansımaları”. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1, 76-117.
- Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, <https://www.aile.gov.tr/bakanlik/hakkinda/tarihce/> (Erişim Tarihi: 12.03.2023).
- Ak, B. (2013). “Sağlıkta Yeni Hedef: Dijital Hastaneler”. *Akademik Bilişim*, Sayı 15, 971-976.
- Akalın, H. E. (2001). “Yoğun Bakım Ünitelerinde Kalite İyileştirme”. *Yoğun Bakım Dergisi*, Cilt 1, Sayı 2, 69-74.
- Akbaş, E. (2014). *Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği)*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi SBE.
- Akbolat, M. ve O. Işık (2012). “Hastanelerde Rekabet Stratejileri ve Performans”. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 16, Sayı 1, 401-424.
- Akdu, U., S. Bostan ve S. Akdu (2016). “Hastanelerde Otel Konforunda Oda Tasarımı: Beş Yıldızlı Otel Odasını Örnek Edinme”. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 19, Sayı 36, 412.
- Akoğlan Kozak, M. ve S. Gülenç (2017). “Sağlık Otelciliği Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Eskişehir Hastaneleri Örneği”, *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt 6, Sayı 5, 14.
- Akkuş, M. (2009). “Atatürk Dönemi Bursa’ında Tıp Çalışmaları”. *U.Ü. Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 2, Sayı 17, 257-276.
- Alakara Özcan, G. (2018). *Afetlerde Psikososyal Destek Hizmetlerinin AFAD’ da Çalışan Sosyal Çalışmacılar Tarafından Değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tez). Hacettepe Üniversitesi SBE.
- Alencar, M. A. and T. B. Lima (2019). “Organizational Climate In the Hospital Hotels Sector: A Study In A Private Hospital of João Pessoa, Paraíba (PB), Brasil”. *Turismo and Sociedade*, Vol. 12, No. 1, 47-63.

- Altay, A. (2007). “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”. *Sayıştay Dergisi*, Sayı 64, 33-58.
- Aşıkoğlu, Ş. (2014). *Hastanelerde Otelcilik Hizmetleri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi SBE.
- Ayakdaş Dağlı, D., A. Büyükbayram ve L. Baysan Arabacı (2020). “COVID-19 Tanısı Alan Hasta ve Ailesine Psikososyal Yaklaşım”. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt 5, Sayı 2, 191-195.
- Ayanoğlu, Y., H. Abuhanoğlu, ve A. Teke (2013). “Sağlık Hizmetleri Yönetimi Eğitiminde Muhasebe ve Finansman Derslerinin Önemi”. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 15, Sayı 1, 1-19.
- Badiei, S., Ahmedimaneş, H. and Ketabchi, E. (2018). “Evaluating the Development and Emergence Process of Hospitals to Hospital Hotels With the Approach of Analyzing the Patient Companions’ Need3”. Payame Noor University, Department of Architecture.
- Banazlı, A. M. ve M. S. Ozan (2019). “Türkiye’de Yoksullukla Mücadele Politikaları Kapsamında Sivil Toplum Kuruluşları”. *Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 6, Sayı 33, 396-412.
- Bayındırlık ve İskân Bakanlığı (2009). *Kentsel Yoksulluk, Göç ve Sosyal Politikalar Komisyonu Raporu*. Ankara.
- Bozkurt, C., Z. Uğurlu et al. (2019). “Economic and Psychosocial Problems Experienced by Pediatric with Cancer Patients and Their Families During the Treatment and Follow-Up Process”. *Turkish Archives of Pediatrics*, Vol. 54, No. 1, 35-39.
- Bulakh, I., O. Chala and V. Divak (2020). “Dynamics of Architectural and Urban Planning Hospital Systems Evolution”. *Civil Engineering and Architecture*, Vol. 8, No. 4, 586-598.
- Buz, S. ve A. Dikmen (2021). “Zorunlu Göçe Maruz Kalan Bireylerin Psikososyal İyilik Hali”. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 32, Sayı 1, 227-250.

- Büber, R. ve H. Başer (2012). “Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesinde Bir Uygulama”. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, Cilt 4, Sayı 1, 265-274.
- Canatan Genç, Ç., F. Er vd. (2021). “Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Sosyal Hizmet Mesleğinin Önemi”. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 32, Sayı 3, 1125-1142.
- Canbulut, T. (2015). *Sosyal Hizmet Uzmanlarının Yoksulluk Algısının Yoksullukla Mücadele Programlarına Etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi SBE.
- Ceylan, G. (2019). *Suriyeli Sığınmacı Çocuk İşçilerin Psikososyal Sorunları ve Buna Yönelik Sosyal Hizmet Önerileri*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi SBE.
- Ceylan, M. V. (2009). *Meme Kanseri Olan Hastalarda Tanı Sonrası Psikososyal Sorunlar*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Dicle Üniversitesi SBE.
- Chakyroglu, A. K. and B. Suiyerkul (2014). “Representation of the Concept “Hospitality In the Kazakh Language”. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Vol. 136, 124-128.
- Conti, M., K. O’Gorman and D. McAlpine (2008). “Hospitality In Necessitudine: Hospices, Hostels and Hospitals”. *Hospitality Review*, Vol. 10, No. 1, 28-35.
- Çabuk, N. (2003). “Güney Doğu Anadolu’da Yoksulluğun Sosyal Göstergeleri”. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Dergisi*, Cilt 43, Sayı 2, 41- 65.
- Çalışkan, H. (2019). “Sağlık Kurumlarında Stratejik İnsan Kaynakları Yönetiminin Örgütsel İnovasyona Etkisi”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 22, Sayı 2, 341-358.
- Çalışkan, Z. (2008). “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”. *H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 26, Sayı 2, 29-50.
- Çetinkaya, S. (2019). *Kalp Hastalıklarında Hastalığa Psikososyal Uyum ve Sosyal Destek Algısı*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi SBE.

- Çilli, Ö. (2009). “*Tanzimat Sonrası Osmanlı Otel Mimarisi ve Pera Palas*”. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi SBE.
- Demirbilek, S. ve M. Çolak (2008). “Sağlık Hizmetlerinde Kalite: Manisa İli Örneği”. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı 2, 91-111.
- Demirsoy, Ş. (2020). “*Sürdürülebilirlik Kapsamında Tasarlanan Yeşil Binaların Tesis Yönetimine Etkileri: Yozgat Şehir Hastanesi Binası Örneğinin İncelenmesi*”. (Dönem Projesi). Ankara Üniversitesi FBE.
- Demirtaş, N. (2010). *Otel İşletmeciliği*, Cahit Kavcar ve Ümit Bozkurt (ed.), Ankara, Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları.
- Devlet Planlama Teşkilatı (2001). *Gelir Dağılımının İyileştirilmesi ve Yoksullukla Mücadele Özel İhtisas Komisyonu Raporu*, Ankara.
- Duyan, V. (2021). *Sosyal Hizmet Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri*. Ankara: Vizyon Yayınevi.
- Dürüst, Ç. (2022). “COVID-19 Sürecinin Psikososyal Açından Değerlendirilmesi”. *Uluslararası Sosyal Bilimler ve Sanat Araştırmaları Dergisi*, Cilt 1, Sayı 1, 41-55.
- Doğan, S. ve S. Kaya (2004). “Aksaray’daki Sağlık Bakanlığı Hastane Yöneticilerinin Toplam Kalite Yönetimi Konusundaki Algıları”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 7, Sayı 1, 65-83.
- Eğilmez, M. (2014). *Örneklerle Kolay Ekonomi*. Eylül Duru (ed.), İstanbul, Remzi Kitabevi.
- Erdem, İ. ve R. Erdem (2019). “Kurumsal Ahlâk Perspektifinden Hastane Ahlâkı”. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, Cilt 10, Sayı 23, 151-163.
- Ergünay, O. (2009). “Doğal Afetler ve Sürdürülebilir Kalkınma”. *Deprem Sempozyumu*. Abant İzzet Baysal Üniversitesi: 11-12 Kasım 2009.
- Erükçü Akbaş, G. ve K. Karataş (2020). “Kadın Cinayetleri Sonrası Geride Kalan Çocuklar ve Bakımveren Kardeşlerin Baş Etme Stratejileri”. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 31, Sayı 1, 152-173.

- Ertem, M. (2020). “Huzurevinde Yaşayan Bireylerin Psikososyal ve Fiziksel İşlevlerinin Değerlendirilmesi”. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, Cilt 6, Sayı 1, 113-120.
- Forster, A. J., I. Stiell et al. (2003). “The Effect of Hospital Occupancy on Emergency Department Length of Stay and Patient Disposition”. *Acad Emerg Med*, Vol. 10, No. 2, 127-133.
- Fülbert, G. (2008). *Kapitalizmin Kısa Tarihi*. Sadık Usta (çev). Yordam Kitap Yayınları.
- Gemlik, H. N., Ö. Soylu vd. (2016). “Hastanelerde Çalışan Personelin İnsan Kaynakları Yönetimi Algısı Üzerine Nitel Bir Araştırma”. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, Cilt 3, Sayı 4, 145-154.
- Güçlü, N. (2003). “Örgüt Kültürü”. *Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 23, Sayı 2, 147-159.
- Güleç, S. ve H. Gökmen (2009). Bir İşletme Olarak Hastanelerde Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği. Kırılmaz, Harun (ed), *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi*. (166-178). Ankara: Turunç Matbaacılık.
- Gürses, D. (2007). “Türkiye’de Yoksulluk ve Yoksullukla Mücadele Politikaları”. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 17, Sayı 1, 57-74.
- Güzel, S. ve M. Zubaroglu Yanardağ (2021). “Çevresel ve Sosyal Faktörler ile Ruh Sağlığı Üzerine Bir İnceleme: Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Mesleğinin Önemi”. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, Cilt 8, Sayı 1, 142-150.
- Hassanien, A., C. Dale and A. Clarke (2011). *Hospitality Business Development*. London and New York: Routledge.
- Hoşgör, H. ve D. Gündüz Hoşgör (2019). “Hastaların Hastane Seçimini Etkileyen Faktörler: Sistematik Derleme (1996-2017)”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 22, Sayı 2, 437-456.
- Işıkkhan, V. (2007). “Kanser ve Sosyal Destek”. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 18, Sayı 1, 15-29.

- İncedal, S. (2013). “Türkiye’de Yoksulluğun Boyutları: Mücadele Politikaları ve Müdahale Araçları”. Aile ve Sosyal Politikalar Uzmanlık Tezi.
- İncesu, E. (2019). “Sağlık Hizmetlerinde Kurumsal Risk Yönetim Modeli Önerisi”. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, Cilt 2, Sayı 1, 47-53.
- Jarrett, P. E. M., M. Walleca et al. (1996). “Experience of A Hospital Hotel”. *Ambulatory Surgery*, Vol. 4, 1-3.
- Kangalgil Balta, G. ve S. Bekiroğlu (2021). “Palyatif Bakımda Psikososyal Destek Hizmetlerinin Önemi”. *Çalışma ve Toplum*, Cilt 4, 2797-2812.
- Karaca, A. ve Z. Durna (2018). “Epilepsi Hastasına Psikososyal Destek”. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt 7, Sayı 1, 218-225.
- Karadeniz, O. ve N. D. Öztepe (2013). “Türkiye’de Yaşlı Yoksulluğu”. *Çalışma ve Toplum*, Sayı 3, 77-102.
- Karakaya, C. (2021). “Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamasında Kalite ve Toplam Kalite Yönetimi”. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, Cilt 5, Sayı 1, 32-45.
- Karayiğit, N. (2017). “Sosyo-Ekonomik Düzeyin Psiko-Sosyal Gelişim ve Dindarlığa Etkileri”. *Pamukkale Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, Cilt 4, Sayı 7, 119-133.
- Karcıoğlu, F. (2001). “Örgüt Kültürü ve Örgüt İklimi İlişkisi”. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 15, Sayı 1-2, 265-283.
- Kayral, İ. H. (2019). “Kırık Pencere Teorisi, Şehir Hastaneleri Yönetim Modelinde Hasta Güvenliği İçin Kullanılabilir Mi?”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 22, Sayı 3, 677-694.
- Keklik, B. (2012). “Sağlık Hizmetlerinde Benimsenen Liderlik Tiplerinin Belirlenmesi: Özel Bir Hastane Örneği”. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, Cilt 14, Sayı 1, 73-93.
- Keleşoğlu, F., D. Arslan ve G. Aba (2022). “Hastanelerde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları: Türkiye ve Seçili Ülkelerde Mevcut Durum”. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, Cilt 6, Sayı 2, 100-112.

- Kembel, S. W., E. Jones et al. (2012). “Architectural Design Influences the Diversity and Structure of the Built Environment Microbiome”. *The ISME Journal*, Vol. 6, 1469-1479.
- Keynes, J. M. (1930). *Para Üzerine Bir İnceleme*. Cihan Gerçek (çev). İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Kılıç, C. H. ve Ö. Güdük (2018). “Yeşil Hastane Kavramı ve Türkiye’deki Son Kullanıcıların Beklentileri Üzerine Bir Hastane Örneği”. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. Cilt 7, Sayı 1, 164-174.
- Kırılmaz, H. (2013). “Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi Çerçevesinde İncelenmesi: Poliklinik Hastaları Üzerine Bir Alan Araştırması”. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt 4, Sayı 1, 11-21.
- Kornelsen, J., A. R. Khojawa et al. (2021). “The Rural Tax: Comprehensive Out-of-Pocket Costs Associated with Patient Travel In British Columbia”. *BMC Health Services Research*, Vol. 21, No. 854, 1-17.
- Koska, A. ve N. Göksu (2017). “Hastanelerde Bilişim Teknolojileri Kullanımı İle Hasta Güvenliği Kültürü Arasındaki İlişki”. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, Cilt 5, Sayı 3, 181-188.
- Kovancı, O. (2003). *Kapitalizm, Yoksulluk ve Yoksullukla Mücadelede Tarihsel Bir Deneyim: İngiliz Yoksul Yasaları*. Ankara: Mülkiyeliler Birliği Vakfı Yayınları.
- Kula, S. ve B. Çakar (2015). “Maslow İhtiyaçlar Hiyerarşisi Bağlamında Toplumda Bireylerin Güvenlik Algısı ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki”. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, Cilt 6, Sayı 12, 191-210.
- Marx, K. (1865). *Ücretli Emek ve Sermaye Ücret, Fiyat ve Kar*. Sevim Belli (çev.). Ankara: Sol Yayınları.
- Mascarenhas, R. G. T., I. Mainardes and D. C. Carneiro (2016). “Events In Hospital Hotels: Aspects of Gastronomy In Menu Supply of Restrictive Diets”. *Revista Rosa dos Ventos – Turismo e Hospitalidade*, Vol. 8, No.1, 1-12.

- McGarry, S. and K. Jakson (2020). “*Guidance for Medical Social Workers; Responding to COVID_19 Pandemic*”. Dublin: Irish Association of Social Workers.
- Neocleous, M. (2015). *Sivil Toplumu Yönetmek Devlet İktidarı Kuramına Doğru*. Bahadır Ahıska (çev.). Ankara: NotaBene Yayınları.
- Nokay, İ ve A. N. Özaydın (2018). “Bilişim Teknolojilerinin Hastane Hizmet Performansına Etkisi”. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, Cilt 5, Sayı 3, 226-233.
- Panda, T. K. and S. Das (2014). “The Role of Concreteness In Quality and Impact on the External Customer Satisfaction: A Saving Work Hospital and Hospitality Sectors”. *Journal of Marketing Management*, Vol. 13, No. 4, 53-70.
- Parasız, İ. (2014). *İktisada Giriş*. Bursa: Ezgi Kitapevi.
- Parıltı, C. (2021). “Maslow’un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Kuramında Kendini Gerçekleştirme”. <https://www.tuhis.org.tr/pdf/4415.pdf> (Erişim Tarihi: 13.03.2023).
- Pekçetin, M. (2019). *Bakım Merkezinde Kalan Psikoz Hastalarıyla Gerçekleştirilen Psikososyal Destek Grup Çalışması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi SBE.
- Propper, C. and J. Dixon (2011). “Competition Between Hospitals”. *Understanding New Labour’s Market Reforms of the English NHS*, 78-88.
- Ranjbar, M., A. Pourreza et al. (2017). “Differentiation of Out-of-Pocket Expenditures In Cancer Patients; A Case Study In the Cancer Institute of Iran”. *EBHPME*, Vol. 1, No. 2, 65-73.
- Rudawska, I. (2009). “Mechanism of Competition In Healthcare Sector”. *Economics and Sociology*, Vol. 2, No. 1, 131-137.
- Saruç, S. ve H. Aslantürk (2018). “Kadına Yönelik Cinsel Saldırı Sonrası Müdahalede Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları”. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, Cilt 12, Sayı 2, 136-147.
- Sayım, F. (2017). “Türkiye’de Sağlık Ekonomisi İstatistikleri ve Sağlık Harcamalarının Gelişimi”. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı 15, 13-30.

- Selcık, O. ve B. Güzel (2016). “Sosyal Hizmet Mesleğinin Çalışma Alanı ve Sosyal Hizmet Uygulamasının Türkiye Ölçeğinde Değerlendirilmesi”. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt 9, Sayı 46, 461-469.
- Shipman, C., R. Levenson and S. Gillam (2002). *Psychosocial Support for Dyin People*. London: King’s Fund Bookshop.
- Smith, A. (1776). *Milletlerin Zenginliği*. Haldun Derin (çev.), İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Sünter, M. (2019). “Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetiminin Önemi”. *Verimlilik Dergisi*, Sayı 3, 143-160.
- Solarte, M. G. (2009). “Clima Organizacional Ysu Diagnóstico: Una Aproximación Conceptual”. *Cuadernos de Administración*, Vol. 2, No. 42, 42-61.
- Stavrou, V. and Unicef, (2009). *Foundation Module 7 Psychosocial Support*, ARC Resource Pack Study Material 7.
- Şahin Taşgım, N. ve N. Bürüngüz (2021). “Sosyal Hizmet Uzmanlarının Deneyimleri Işığında Pandemi Sürecinde Sosyal Hizmet ve Sosyal Yardım Sunan Kurumlarda Yaşananlar: İstanbul Örneği”. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 1, Sayı 1, 201-223.
- Şantaş, F., A. Kurşun ve A. Kar (2016). “Hastane Tercihine Etki Eden Faktörler: Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Perspektifinden Alan Araştırması”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt 19, Sayı 1, 17-33.
- Şataf, C. ve B. Mermer (2017). “Avrupa’da Sosyal Belediyecilik Anlayışı ve Türkiye”. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, Cilt 8, Sayı 17, 13-33.
- Şavur, E. ve S. Arslan Tomas (2010). “Terör Olayları Sonrasında Psikososyal Destek Hizmetleri”. *Kriz Dergisi*, Cilt 18, Sayı 1, 45-58.
- Uçan, G., S. İ. Çalım ve Ş. Yıldırım (2015). “Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sağlık İletişimi Alanındaki Rol ve Fonksiyonları”. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, Cilt 2, Sayı 4, 91-100.
- Ünlü, İ. İ. ve R. Gökler (2021). “Otizmli Çocuğa Sahip Ailelerde Sosyal Destek Sisteminin Önemi”. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, Sayı 18, 194-215.

- O’Gorman, K. (2006). “The Legacy of Monastic Hospitality 1 the Rule of Benedict and Rise of Western Monastic Hospitality”. *Hospitality Review*, Vol. 8, No. 3, 35-44.
- Özbesler, C. (2013). “Hasta Yaşam Kalitesinde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamalarının Önemi”. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, Sayı 2, 6-12.
- Özel, Y. ve B. Özkan (2020). “Kayıp ve Yasa Psikososyal Yaklaşım”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, Cilt 12, Sayı 3, 352-367.
- Özkan, Y. ve E. Kılıç (2013). “Aile’nin Psiko-Sosyal Destek İhtiyacını Karşılamada Yeni Bir Model Önerisi: Aile Sağlığı Merkezlerinde Aile Psiko-Sosyal Destek Birimi”. *Sosyal Politika Çalışmaları*, Cilt 7, Sayı 30, 25-44.
- Özpolat, A. O. (2021). *Türkiye’de Risk Altındaki Ailelerin Psikososyal Destek İhtiyaçlarının Analizine Yönelik Bir Model Önerisi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi SBE.
- Tezcan, D., M. H. Yücel vd. (2014). “Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşunda Hasta Memnuniyeti”. *Pamukkale Tıp Dergisi*, Cilt 7, Sayı 1, 57-62.
- Türk Dil Kurumu, <https://www.tdk.gov.tr/?s=yokluk> (Erişim Tarihi: 22.04.2022).
- Tschirhart, N., F. Nosten and A. Foster M (2017). “Migrant Tuberculosis Patient Needs and Health System Response Along the Thailand–Myanmar Border”. *Health Policy and Planning*, Vol. 32, No. 8, 1212-1219.
- Yavuz, B., E. Çakın vd. (2020). “Hastanede Sosyal Hizmet Uzmanı ve Tıbbi Sosyal Hizmet Farkındalığının Değerlendirilmesi”. *Afet ve Acil Tıp Derneği Dergisi*, Cilt 1, Sayı 3, 23-38.
- Yeşilyurt, Ö. (2018). *Sağlık İşletmesinde Algılanan Hizmet Kalitesi, Algılanan Risk ve Algılanan Değer Boyutlarının Hasta Memnuniyeti ve Davranışsal Niyeti Üzerine Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli İle Değerlendirilmesi*, (Yayımlanmış Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi SBE.
- Yeşilyurt, Ö. ve M. Tekin (2020). *Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi*. Bursa: Ekin Yayınevi.

- Yiğit, V. (2016). “Kamu Hastanelerinde Medikal Turizminin Gelişimini Etkileyen Faktörler”. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, Cilt 7, Sayı 15, 107-119.
- Yirik, Ş. ve R. Ekici (2014). “Medikal Turizm Kapsamında Yaşanan Genel Etik Problemler ve Bölge Pazarında Yaratmış Olduğu Olumsuzluklar (Akdeniz Bölgesi Örneği)”. *15. Ulusal Turizm Kongresi*, Ankara: Akdeniz Üniversitesi.
- Yücesan, B. ve Ö. Özkan (2020). “COVID-19 Pandemi Sürecinin Sağlık Yönetimi Açısından Değerlendirilmesi”. *Eurasian Journal of Health Sciences*, Sayı 3, 134-139.
- Zengin, O. (2011). “Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü”. *Konuralp Tıp Dergisi*, Cilt 3, Sayı 3, 29-34.
- Zeybek, K. (2010). *Hastane İşletmelerinde Örgüt İklimi ve Tükenmişlik Etkileşimi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi SBE.
- Touray, M. (2016). “Definitions and Measures of Poverty”. *Development Initiatives*, <http://devinit.org/wp-content/uploads/2016/07/Definitions-and-measures-of-poverty.pdf> (Erişim Tarihi: 18.01.2022).
- Willis, J., P. Goad and C. Logan (2018). *Architecture and The Modern Hospital*. London: Routledge.

EK 1: Sağlık Bakanlığı İzin Belgesi



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
 Belge Doğrulama Kodu: 4606166012544110-9022-0000012612 - Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiyc.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
 Başlangıç Tarihi: 14.05.2020 14:00:00 - Bitiş Tarihi: 14.05.2020 14:00:00
 Başkan Yardımcılığı
 Telefon: 0312 291 10 00



EK 2: Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 17.05.2022-49988



**T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu**

**Sayı : E-10879717-050.01.04-49988
Konu : Kurul Kararı 7-41**

17.05.2022

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 22.04.2022 tarihli ve 47752 sayılı yazınız.

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulunun 11.05.2022 tarihli ve 7 sayılı toplantısında alınan 41 numaralı kararı ve değerlendirme formu yazımız ekinde sunulmuştur.
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

**Prof. Dr. Ekrem ALMAZ
Kurul Başkanı**

**Ek:
1- Kurul Kararı (1 sayfa)
2- Değerlendirme Formu (1 sayfa)**

Elektronik imza ve mühür kullanılarak oluşturulan belgeyi imza ve mühür kullanılarak oluşturulan belge ile karşılaştırmak için tıklayınız.

Elektronik imza ve mühür kullanılarak oluşturulan belgeyi imza ve mühür kullanılarak oluşturulan belge ile karşılaştırmak için tıklayınız.

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu (BAYEK) Sayı: 17.05.2022-49988

Kurul Başkanı: Prof. Dr. Ekrem ALMAZ, Kurul Üyeleri: Prof. Dr. Mustafa YILMAZ, Doç. Dr. Mustafa YILMAZ, Doç. Dr. Mustafa YILMAZ

Kurul Üyeleri: Prof. Dr. Mustafa YILMAZ, Doç. Dr. Mustafa YILMAZ, Doç. Dr. Mustafa YILMAZ

Kurul Üyeleri: Prof. Dr. Mustafa YILMAZ, Doç. Dr. Mustafa YILMAZ, Doç. Dr. Mustafa YILMAZ

Kurul Üyeleri: Prof. Dr. Mustafa YILMAZ, Doç. Dr. Mustafa YILMAZ, Doç. Dr. Mustafa YILMAZ

Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu (BAYEK)

Kurul Başkanı: Prof. Dr. Ekrem ALMAZ

Kurul Üyeleri: Prof. Dr. Mustafa YILMAZ, Doç. Dr. Mustafa YILMAZ, Doç. Dr. Mustafa YILMAZ

Kurul Üyeleri: Prof. Dr. Mustafa YILMAZ, Doç. Dr. Mustafa YILMAZ, Doç. Dr. Mustafa YILMAZ



T.C.
MUŞ ALPARSLAN ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU

Toplantı Tarihi: 11.05.2022	Toplantı Sayısı: 7	Karar Sayısı: 59
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu, Kurul Başkanı Prof. Dr. Ekrem ALMAZ başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır. KARAR-41: Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığının 22.04.2022 tarihli ve 47752 sayılı yazısı okundu ve ekleri incelendi. Yapılan incelemeler sonucunda; Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümünde görev yapmakta olan Dr. Öğr. Üyesi Özgür YEŞİL YURT, danışmanı olduğu Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Güler METİN'in yüksek lisans tez konusu olan "Hastane Otellerinin Yoksulluk, Psikososyal Destek ve Tıbbi Sosyal Hizmet Açısından Değerlendirilmesi" adlı çalışması Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından uygun görülmüş olup, durumun Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına bildirilmesine, Oy birliği ile karar verildi.		
BAŞKAN (e-imzalıdır) Prof. Dr. Ekrem ALMAZ Kurul Başkanı		
ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Bolat GÜNDÜZ Başkan Yardımcısı	ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Mehmet SALMAZZEM İslami Bilimler Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Bünyamin SARIKAYA Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi
ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Zekeriya ÇAM Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Doç. Dr. Fuat KORKMAZER SBF Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Necmettin ÇİFTÇİ Sağlık Hizmetleri MYO Öğr. Üyesi
ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Demet DENİZ YILMAZ Eğitim Fakültesi Öğr. Üyesi	ÜYE (e-imzalıdır) Dr. Öğr. Üyesi Atike YILMAZ Spor Bilimleri Fakültesi Öğr. Üyesi	

EK 3: MÜLAKAT SORULARI

SOSYAL HİZMET UZMANLARI MÜLAKAT SORULARI

DEMOGRAFİK SORULAR

1.Yaş
2.Cinsiyet
3.Görev Süresi
4. Eğitim Durumu

1. Hastane otelinin olmayışı hasta, hasta yakını ve hastaneyi hangi açılardan etkiliyor?
2. Hastaları nereye ve neye göre yönlendiriyorsunuz?
3. Yönlendirilen hastaların, hastalık gruplarına göre özel şartları nelerdir?
4. Konaklama için yönlendirilen hasta/ yakınlarının kalış süresi neye göre belirleniyor?
5. Konaklama için belli bir ücret alınıyor mu, alınıyorsa hangi durumlar göz önünde bulunduruluyor?
6. Konukevinin fiziksel yapısı hazırlanırken nelere dikkat edildi?
7. Hasta ve hasta yakınlarını konaklama için yönlendirirken bireylerin kişisel bilgilerinde dikkat edilen özellikler?
8. Konukevinde kalan hasta ve hasta yakınlarının mahremiyeti nasıl sağlanıyor?
9. Konukevinde acil durumlar için sağlık personeli bulunuyor mu?
10. Daha önce konukevinden yararlanmış bireyler, tekrardan konaklama imkanından yararlanabiliyor mu?
11. Hastanelerdeki konaklama hizmetleri hususunda önerileriniz nelerdir?

**KONAKLAMA İMKANI SAĞLANAN HASTA / HASTA YAKINLARI
MÜLAKAT SORULARI**

DEMOGRAFİK SORULAR

1.Yaş
2.Cinsiyet
3.Gelir Durumu
4.Eğitim Durumu
5.Sosyal Güvence Durumu
6.İkamet Edilen Yer
7. Hastalık Kategorisi
8. Meslek
9. Medeni Durum
10. Hastaya Yakınlık Derecesi

1. Konukevinde/misafirhanede hangi tür hizmetleri alıyorsunuz?
2. Verilen hizmetlerden memnun musunuz?
3. Verilen hizmetler dışında eksikliğini hissettiğiniz durumlar nelerdir?
4. Konukevinde kendinizi güvende hissediyor musunuz?
5. Odada kaç kişi ile kalıyorsunuz?
6. Odadaki diğer bireyler ile iletişiminiz nasıl?
7. Hastaneye ulaşım açısından yaşadığınız sorunlar nelerdir?
8. Konaklama imkanı olmasaydı ne gibi sorunlar yaşardınız?
9. Çalışanların/personellerin size karşı yaklaşımları nasıl?
10. Konuk evinde kalmak tedavi sürecinize nasıl etki ediyor, neler hissediyorsunuz?
11. Hastanelerdeki konaklama hizmetleri hususunda önerileriniz nelerdir?