



JOEEP

e-ISSN: 2651-5318
Journal Homepage: <http://dergipark.org.tr/joeep>



Araştırma Makalesi • Research Article

“Hastane Balinaları” Fenomeni: Uzun Süreli Hastanede Yatan Hastaların Ekonomik ve Psikososyal Maliyeti Üzerine Nitel Bir Araştırma *

“Hospital Whale” Phenomenon: A Qualitative Study on the Economic and Psychosocial Costs of Long-Term Hospitalization of Patients

Muhammed Fatih Ertaş^{a,**}

^a Dr. Öğr. Üyesi., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, 34668, İstanbul / Türkiye.
ORCID: 0000-0002-5271-6719

MAKALE BİLGİSİ

Makale Geçmişi:

Başvuru tarihi: 22 Eylül 2025
Düzeltilme tarihi: 5 Kasım 2025
Kabul tarihi: 23 Kasım 2025

Anahtar Kelimeler:

Uzun Süreli Hastane Yatışı
Sağlık Ekonomisi
Sağlık İşletmeleri Yönetimi
Sağlık Politikası

ARTICLE INFO

Article history:

Received: Sep 22, 2025
Received in revised form: Nov 5, 2025
Accepted: Nov 23, 2025

Keywords:

Long-Term Hospitalization
Health Economics
Healthcare Business Management
Health Policy

ÖZ

Araştırma uzun süreli yatış gerektiren hastaların/hasta-yakınlarının psikososyal ve ekonomik durumlarına etkilerini ve sağlık çalışanlarının bu duruma ilişkin algılarını anlamayı hedeflenmektedir. Araştırmada veriler yapılandırılmış görüşme formlarıyla toplanmıştır. Araştırmanın örneklemini İstanbul’da 30 gün süreyle kamu/özel hastanede yatan hasta/yakını ile sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Hastalar ağırlıklı olarak kronik rahatsızlıkları ve tedavi-takip süreçleri nedeniyle hastaneye başvurdıklarını, aile desteğiyle evde bakımın mümkün olduğunu, en fazla ulaşım-yemek-konaklama giderlerinin olduğunu, en fazla zorluğu yalnızlık/refakatçi eksikliği konusunda yaşadıkları sonucuna varılmıştır. Sağlık çalışanları bu hastaların bakım süreçlerinde hastaların motivasyon eksikliği, kapasite ve yer sıkıntısı gibi konularda zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir.

ABSTRACT

The study aims to understand the impact of long-term hospitalization on the psychosocial and economic situations of patients, their relatives, and healthcare professionals. Data were collected using structured interviews. The study sample consisted of patients, their relatives, and healthcare professionals who were hospitalized in public or private hospitals in Istanbul for 30 days. It was concluded that patients primarily sought hospital care due to chronic illnesses and their treatment and follow-up processes. Home care is possible with family support. Transportation, food, and accommodation expenses are the most significant, and loneliness and lack of companionship are the most challenging factors. Healthcare professionals also noted difficulties in caring for these patients, including a lack of motivation, limited capacity, and limited space.

1. Giriş

Hastanede yatış süresi; bir hastanın hastaneye başvurması ile taburculuğu arasında geçen süre olarak tanımlanmaktadır (Aydın ve Arıkan, 2021). Uzun süreli hasta ise, hastanelerde 6 aydan fazla kalan kişileri ifade

etmektedir (Hodkinson ve Hodkinson, 1981). Doctoroff ve Herzig (2020) uzun süreli hastane yatışlarını 21 gün veya daha uzun sürenler olarak tanımlamışlardır. Bu hastalar genellikle çoklu kronik rahatsızlıklarının olması, birinci bakım sağlayıcılarının olmaması, ileri yaş, enfeksiyon, kilo kaybı, elektrolit bozuklukları, pıhtılaşma bozuklukları ve

* Bu çalışmanın anket uygulaması için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 26.08.2025 tarih ve 42994 nolu karar ile etik kurul izni verilmiştir.

** Sorumlu yazar/Corresponding author.

e-posta: mfertat@gmail.com

Atf/Cite as: Ertaş, M.F. (2025). “Hastane Balinaları” Fenomeni: Uzun Süreli Hastanede Yatan Hastaların Ekonomik ve Psikososyal Maliyeti Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Journal of Emerging Economies and Policy*, 10(2), 265-277.

This article is published under the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0) licence. Anyone may reproduce, distribute, translate and create derivative works of this article (for both commercial and non-commercial purposes), subject to full attribution to the original publication and authors.

felç gibi fizyolojik sağlık sorunları yaşayan bireylerden oluşmaktadır (Harris vd., 2016; Welzel vd., 2017; Doctoroff ve Herzig, 2020). Bu bireylerin sıklıkla hastaneye başvuruda bulunmaları bireysel ve kamusal düzeyde sağlık hizmetlerini ve bu hizmetlerin sürdürülebilirliği üzerinde de olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Hastanede yatarak tedavi ve yatış süresi hastanelerde sunulan tıbbi hizmete bağlı sağlık maliyetinin de önemli belirleyicileri arasındadır (Aydın ve Arıkan, 2021, Torrini vd., 2022). 2023 yılı verilerine göre Türkiye’de sağlık harcaması gayrisafi yurt içi hasılanın (GSYH) %4,7’sini oluştururken toplam sağlık harcamasının %52,5’inin ise hastanelerde yapıldığı ortaya çıkmıştır. Kişi başı sağlık harcamalarının ise 621\$ olduğu görülmüştür (TÜİK, 2024).

Uzun süreli yatışların tıbbi maliyetlerine ek olarak uzun süreli yatış gösteren hastaların psikolojik sağlıkları, sosyal ve ekonomik hayatları üzerinde de olumsuz etkileri bulunmaktadır. (Palmer vd., 2021; Nurseline, t.y.; Alzahrani, 2021). TÜİK 2023 sağlık harcamaları raporuna göre, Türkiye’de hanehalkları tarafından tedavi, ilaç vb. amaçlı yapılan cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı %17,8 olarak gerçekleştiği bulgulanmıştır (TÜİK, 2024). Bu çalışma, çeşitli sebeplerden dolayı uzun süreli yatış gerektiren ve sağlık çalışanları arasında da gayri resmi olarak “hastane balinaları” şeklinde ifade edilen hasta bireylerin ve yakınlarının psikososyal ve ekonomik durumları üzerindeki etkilerini derinlemesine incelemeyi, sağlık çalışanlarının bu duruma ilişkin algılarını anlamayı ve çözüm önerileri sunmayı amaçlamaktadır. Bu araştırma sonucunda elde edilecek bulgular doğrultusunda evde sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, sosyal destek mekanizmalarının geliştirilmesi ve hastanede yatış sürelerinin optimize edilmesi gibi sağlık politikalarının geliştirilerek sağlık yönetimi alanına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde araştırmaların genel olarak hastane yatış süresini etkileyen faktörler (Kırkıl vd., 2013; Geniş vd., 2020; Kıray vd., 2020; Aydın ve Arıkan, 2021) ve bu hastaların mortalite sıklığı ve etkileyen faktörler (Özay vd., 2013; Kılıç vd., 2016; Çakır vd., 2020) üzere araştırmalar yapıldığı görülmüştür. Ayrıca literatürde hastanede yatış süresini tahmin eden modeller ve araçlar üzerine (Stone vd., 2022; Gokhale vd., 2023), yaşlı hastalarda hastanede kalış süresinin uzamasıyla ilişkili faktörler üzerine (Toh vd., 2017), yoğun bakım ünitelerinde tedavi gören hastalar (Baran vd., 2023) üzerine yapılan araştırmalar olduğu görülmüştür. Fakat literatürde nitel araştırma yöntemleri ile hastaların psikososyal ve ekonomik durumları üzerindeki etkilerini derinlemesine inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu kapsamda yapılan araştırmaların da oldukça sınırlı olduğu görülmüş ve bu bağlamda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. Yöntem

Bu araştırma nitel araştırma desenlerinden fenomenoloji (olgubilim) deseni kullanılarak planlanmıştır. Nitel

araştırmalarda veriler yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış ve yapılandırılmamış görüşme formlarıyla toplanmaktadır (Akman Dömbekci ve Erişen, 2022). Bu araştırmada ise veriler yazar tarafından hazırlanan yapılandırılmış görüşme formlarıyla toplanmıştır.

2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini hastanelerde en az 30 gün boyunca yatış gösteren hastalar ve bu hastaların birincil bakımlarını üstlenen yakınları ile ilgili sağlık çalışanları oluştururken, araştırmanın örneklemini İstanbul ilinde 30 gün süreyle kamu ve özel hastanede yatan hasta veya yakını ile sağlık çalışanları arasından seçilmiştir. Araştırmada amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örnekleme tercih edilmiştir. Bu yöntem ile araştırılan olayla ilişkili birden fazla farklılığı içeren ana temaların ortaya konulması amaçlanmıştır (Baltacı, 2018). Bu yöntem kapsamında araştırmanın örneklem grubu İstanbul’un farklı ilçelerinde yaşayan, farklı hastanelerde ve farklı birimlerde yatış gösteren, farklı demografik özelliklere sahip bireylerden seçilmiştir. Amaçlı örneklem yönteminde örneklem büyüklüğü ise amaç bilgi kapsamında örneklem birimlerinden yeni bir bilgi gelmediği an durdurulmasıyla belirlenmektedir. Diğer bir ifade ile verilerin tekrara düşmesi ilk ölçüttür (Yıldız, 2017). Bu araştırmanın örneklem büyüklüğü ise verilerin tekrara düşmesi sonucunda hastalar için 18 kişi, çalışanlar için ise 20 kişi olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın anket uygulaması için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 26.08.2025 tarih ve 42994 nolu karar ile etik kurul izni verilmiştir. Çalışmanın örnekleme dair bilgileri ise Tablo 1’de gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan uzun süre hastanelerde yatış gösteren katılımcıların demografik bilgilerine bakıldığında %55,6’sının kadın, %44,4’ünün ise erkek olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu evli (%72,2) iken bekar grubun oranı %16,7’dir. Katılımcıların %77,8’inin çocuğu bulunmaktadır. Katılımcıların %33,3’ü 60 ve üzeri yaş grubunda yer alırken ikinci sırada ise 30-39 yaş (%27,8) grubu gelmektedir. Katılımcıların ağırlıklı bir bölümü ön lisans ve lisans (%44,4) mezunudur. İlk ve ortaöğretim ile lise mezunlarının oranı ise her iki grup için %27,8 oranındadır. Çalışan katılımcıların oranı %38,9, çalışmayanların oranı %22,2, emekli olanların oranı ise %38,9’dur. Katılımcıların %83,3’ü SSK/SGK sağlık güvencesine sahip olduklarını belirtirken, %16,7 BAĞ-KUR’a bağlı olduklarını ifade etmiştir. Katılımcıların 3’ü hasta yakındır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik bilgileri değerlendirildiğinde %55’inin erkek %45’inin kadın olduğu, %60’ının evli, %35’inin ise bekar olduğu görülmektedir. Ağırlıklı bir kısmı ise 30-39 (%40) yaş grubunda yer almaktadır. Katılımcıların yarısı ön lisans ve lisans (%50), %40’ı ise lisansüstü mezunudur. Katılımcıların %35’i doktor, %25’i hemşire ve sosyal

hizmet uzmanı, %10'u hasta bakıcı, %5'i fizyoterapisttir. Sağlık çalışanlarının meslekte çalışma yıllarına bakıldığında %55'inin 10-19 yıl arası, %30'unun 0-9 yıl arası, %15'inin 20-29 yıl arası çalıştıkları görülmektedir.

Tablo 1: Çalışmanın Örneklemine Dair Bilgiler

Hastanede Uzun Süre Yatış Gösteren Hastalar					
Cinsiyet	N	%	Medeni Durum	N	%
Kadın	10	%55,6	Evli	13	%72,2
Erkek	8	%44,4	Bekar	3	%16,7
Yaş	N	%	Dul	2	%11,1
20-29 Yaş	2	%11,1	Çocuk Sahibi Olma Durumu	N	%
30-39 Yaş	5	%27,8		14	%77,8
40-49 Yaş	3	%16,7	Var	1	%5,6
50-59 Yaş	2	%11,1	Eğitim Seviyesi	N	%
60 ve Üzeri Yaş	6	%33,3		5	%27,8
Çalışma Durumu	N	%	İlk ve ortaöğretim	5	%27,8
Çalışıyor	7	%38,9	Lise	5	%27,8
Çalışmıyor	4	%22,2	Ön Lisans ve Lisans	8	%44,4
Emekli	7	%38,9	Sağlık Güvencesi	N	%
				3	%16,7
			Bağkur	15	%83,3
			SSK/SGK		
Sağlık Çalışanları					
Cinsiyet	N	%	Medeni Durum	N	%
Kadın	9	%45	Evli	12	%60
Erkek	11	%55	Bekar	7	%35
Yaş	N	%	Ayrı	1	%5
20-29 Yaş	5	%25	Eğitim Seviyesi	N	%
30-39 Yaş	8	%40		2	%10
40-49 Yaş	5	%25	Lise	10	%50
50-59 Yaş	2	%10	Ön Lisans ve Lisans	8	%40
Çalışma Yılı	Meslek				
0-9 yıl	6	%30	Lisansüstü	5	%25
10-19 yıl	11	%55	Hemşire	7	%35
20-29 yıl	3	%15	Doktor	2	%10
			Hasta Bakıcı	1	%5
			Fizyoterapist	5	%25
			Sosyal Hizmet Uzman		

2.2. Veri Toplama Araçları ve Veri Toplama Süreci

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından oluşturulan uzun süreli yatış gösteren hasta veya yakını ile sağlık çalışanlarına yönelik olarak hazırlanmış iki ayrı yapılandırılmış görüşme formlarıyla toplanmıştır. Uzun süreli yatış gösteren hastalara yönelik hazırlanan görüşme formunun ilk 8 soruluk kısmı hastaların demografik bilgilerini değerlendirmeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Araştırmaya dair 18 soru bulunmakta olup, bu sorulardan ilk dördü hastane deneyimi ve sağlık hizmetine erişimi, sonraki on soru ekonomik maliyetleri ve

psikososyal etkileri, son dört soru ise genel deneyim ve önerilere yöneliktir. Sağlık çalışanlarına yönelik hazırlanan görüşme formunun ilk 8 soruluk kısmı demografik bilgileri değerlendirmeye yönelik bilgileri, ikinci kısmı ise araştırmaya yönelik 7 soruluk kısımdan oluşmaktadır.

Görüşme formlarının iç tutarlılıkları alanında uzman 7 kişinin formları incelemesi ve önerilerinin alınması ile sağlanmıştır. Hazırlanan görüşme formlarının anlaşılabilirliğine yönelik bir sorun olup olmadığını değerlendirmek için ise üç kişi hasta iki kişi sağlık çalışanı olmak üzere toplamda beş kişiden oluşan bir pilot çalışması gerçekleştirilmiştir. Pilot çalışması sonrasında son şekli verilen formlar ile veri toplama süreci başlatılmıştır.

Hastalara (Palmer vd., 2021; Alzahrani, 2021) ve sağlık çalışanlarına (Özata ve Özer, 2017; Baykal ve Tütüncü, 2017; Naldan vd., 2018; Nightingale vd., 2018) yönelik hazırlanan yapılandırılmış görüşme formları literatürdeki bazı çalışmalardan faydalanılarak oluşturulmuştur. Veri toplama süreci 20.08.2025 ile 10.09.2025 tarihleri arasında katılımcılarla yüz yüze görüşmeler ile toplanmıştır.

2.3. Verilerin Analizi

Araştırmada ilk olarak katılımcıların demografik özellikleri frekans ve yüzde hesaplamaları ile test edilmiştir. Görüşme formlarıyla toplanan veriler önce bir kelime işlemci programına aktarılmış yazım hataları düzeltilmiş ve deşifre işlemleri gerçekleştirilmiştir. Ardından verilerin kodlanması, kodların düzenlenmesi ve bulguların yorumlanması ile içerik analizi gerçekleştirilmiştir (Baltacı, 2018). İçerik analizi sonucunda 11 ana kod ve 36 alt kod olmak üzere toplamda 47 kod oluşturulmuştur.

Nitel araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik analizi genellikle meslektaş teyidi, katılımcı onayı ve çeşitlendirme gibi yöntemlerle gerçekleştirilir (Yıldırım ve Şimşek, 2013).

Yazar tarafından oluşturulan kodlar sağlık sektöründe uzman dört sağlık personelinin görüşlerine sunulmuş, gerekli incelemelerden sonra nihai kod sayısı 47 olarak belirlenmiştir. Araştırmanın güvenilirliğine yönelik Miles ve Huberman (1994) tarafından geliştirilen formül kullanılmıştır. Hesaplamalar sonucunda araştırmanın güvenilirliği %87,03 olarak bulunmuş bu ise kabul edilen %80 oranından yüksek olduğu için araştırma güvenilir olarak kabul edilmiştir (Baltacı, 2017).

$$\frac{\text{Uzlaşılan Kod Sayısı}(47)}{\text{Uzlaşılan Kod Sayısı}(47) + \text{Farklı Kod Sayısı}(7)} \times 100 = 87,03$$

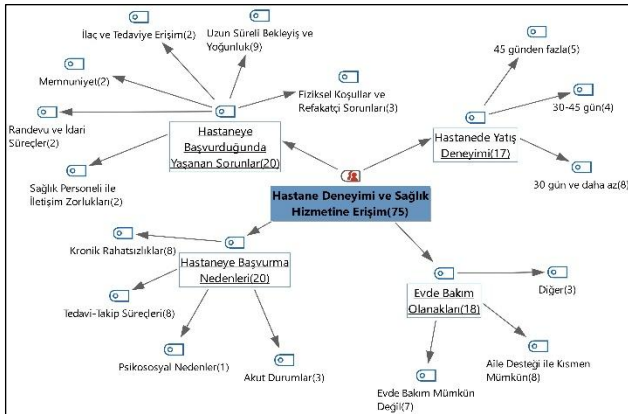
3. Bulgular

Bulgular kısmı, hastanelerde uzun süreli yatan hastalardan elde edilen bulgular ve sağlık çalışanlarından elde edilen bulgular olmak üzere iki alt başlık halinde incelenecektir.

3.1. Hastanelerde Uzun Süre Yatış Gösteren Hastalarla Gerçekleştirilen Mülakatlara Dair Bulgular

Araştırma kapsamında “Hastane Deneyimi ve Sağlık Hizmetine Erişim”, “Ekonomik Maliyetler”, “Psikososyal Etkiler” ve “Genel Deneyim ve Öneriler” olmak üzere 4 ana tema ve bu temalara ait toplamda 15 alt kod belirlenmiş ve bu temalar toplamda 335 defa kodlanmıştır. “Hastane Deneyimi ve Sağlık Hizmetine Erişim (75)” ana koduna ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli Şekil 1’de gösterilmiştir.

Şekil 1. Hastane Deneyimi ve Sağlık Hizmetine Erişim Ana Koduna Dair Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli



“Hastane Deneyimi ve Sağlık Hizmetlerine Erişim (75)” ana kodu altında 4 alt kategori 75 kez kodlanmıştır. Katılımcılar ağırlıklı olarak hastaneye kronik rahatsızlıklarından (8) dolayı ve tedavi-takip süreçleri nedeniyle (8) hastaneye başvuruda bulunduklarını ifade etmişlerdir: “Kalp yetmezliği var, nefes alamıyorum bazen. Bu sebeple hastaneye sık başvuruyorum.”, “KOAH var, nefes darlığı, ciğerler iflas etti.”, “Diyabetten dolayı ayakta yara çıktı, iyileşmedi.”, “Takip, ilaç ayarlamaları nedeniyle başvuruda bulunuyorum.”, “Kanser tedavisi, düzenli ilaç uygulamaları nedeniyle başvuruyorum.” Akut durumlar (3) nedeniyle hastaneye başvuranlar ise: “Babam beyin kanaması geçirdi, durumu ağır.”, “Kaza sonrası kontroller, fizik tedavi için gidiyorum.”, “Doğum sonrası komplikasyonlar, ateş, ağrı, enfeksiyon.” ifadelerini kullanmışlardır. Hastaneye en az başvuru nedeninin ise psikososyal nedenler (2) (atak, duygusal dalgalanma, destek ihtiyacı vb.) olduğu görülmektedir.

Katılımcıların “Hastanede Yatış Deneyimi” kategorisine toplamda 17 kez vurgu yaptıkları görülmektedir. Katılımcılar ağırlıklı olarak hastanede “30 gün ve daha az (8)” sürelerle kaldıklarını ifade etmişlerdir. Diğer en fazla kalış süresi ise “45 günden fazla (5)” kategorisi olmuştur. En az kalış süresi ise “30-45 gün (4)” dır. Bu bulgu hastanede yatış süresinin ağırlıklı olarak 30 günden fazla sürmediğini göstermektedir.

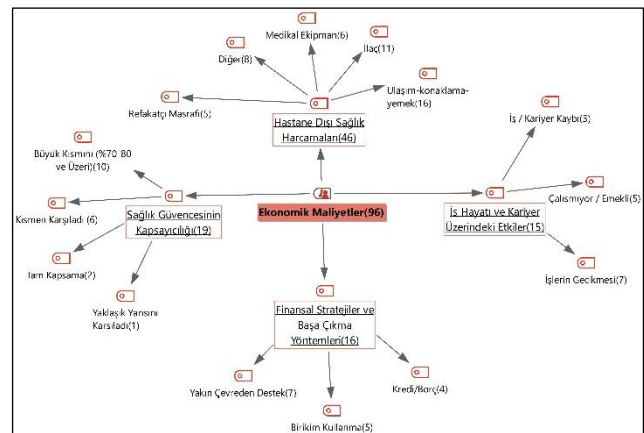
Katılımcıların evde bakım olanakları değerlendirildiğinde en fazla vurgunun “Aile Desteği ile Kısmen Mümkün (8)” alt temasına olduğu görülmektedir: “Eşim yardımcı oluyor

ama hemşire desteği olsa iyi olurdu.”, “Ailem destek oluyor ama öyle çok da değil. Onlar da yoruluyor.”, “Eşim yardımcı oluyor ama bir yere kadar. Bebekle ilgilenmek zor.”. İkinci sırada ise katılımcılar evde bakımın mümkün olmadığını (7) ifade etmişlerdir: “Evde buradaki gibi olmuyor. Hastane daha rahat.”, “Olmaz, cihaz lazım, doktor lazım. Evde zor.”, “Evde bakım zor, çünkü ilaçlar hastanede veriliyor.”

“Hastaneye Başvurduğunda Yaşanan Sorunlar (20)” teması altında katılımcılar ağırlıklı olarak bekleme sürelerinden ve yoğunluktan şikâyet ettikleri görülmektedir (9): “Bekleme çok oluyor, sıra zor geliyor.”, “Çocuk onkolojisi kalabalık, oda bulmak zor.”, “Fizik tedavi cihazları doluydu, sıra gelmiyordu.”. Katılımcıların diğer en fazla sorun yaşadığı kısım fiziksel koşullar ve refakatçi sorunları (3) ile ilgili zorluklar olmuştur: “Refakatçi kalacak yer bulmak zor, otel masrafı yordu.”, “Refakatçi için yatak yoktu, açılır koltukta uyudum.”, “Gürültü, bazen hemşireler geç geliyor.”. Katılımcılar randevu ve idari süreçlerle ilgili yaşadıkları zorlukları (2) şu şekilde ifade etmişlerdir: “Doktor değişimi, her seferinde başka biri bakıyor.”, “Yoğun bakımda bilgi almak zor.”. Katılımcılar sağlık personeli ile iletişimde de zorluklar yaşadıklarını belirtmişlerdir (2): “Bazı hemşireler anlayışlı değil, delisin gibi bakıyorlar.”, “Nefes üflettiren hemşire çok kabaydı.”. Diğer yandan ilaç ve tedaviye erişim (2) ile sosyal ve kültürel faktörler (2) gibi nedenlerle zorluk yaşayanlar olduğu gibi memnuniyet ve şükranlarını (2) iletenler de olmuştur.

“Ekonomik Maliyetler (96)” ana koduna ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli Şekil 2’de gösterilmiştir.

Şekil 2. Ekonomik Maliyetler Ana Koduna Dair Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli



“Ekonomik Maliyetler” ana kodu altında 4 alt kategori 96 kez kodlanmıştır. Hastanede uzun süreli yatış gösteren katılımcılar bu ana kod altında ağırlıklı olarak “Hastane Dışı Sağlık Harcamaları (46)” alt koduna vurgu yaptıkları görülmektedir. Bu kod altında ise katılımcılar ağırlıklı olarak “Ulaşım-konaklama-yemek (16)” gibi harcamaların daha ağırlıklı olduğunu vurgulamışlardır. Katılımcıların

ifadeleri şöyledir: “Hastaneye gidip gelmek, yemek, bazen refakatçi kalıyor, komşumun kızı, öyle biraz masraf oluyor.”, “Hastaneye gidip gelmek, yemek.”, “İstanbul pahalı, yemek ve ulaşım çok tuttu.”. Katılımcılar diğer en fazla harcamayı ise “İlaç (11)” giderlerine yaptıklarını ifade etmişlerdir: “İlaç parası çok gidiyor.”, “Psikiyatri ilaçları pahalı.”, “İlaçların bazıları dışarıdan, devlet karşılamıyor.”. “Diğer (8)” kategorisinde ise katılımcılar hastane dışı giderlerini şu sözlerle dile getirmişlerdir: “Özel beslenme ürünleri.”, “Yan ürünler, vitaminler, özel beslenme ekstra masraf.”, “çocuklara bakıcı tutmak zorunda kaldık.”. Katılımcıların hastane dışı diğer harcamaları ise “Medikal Ekipmanlar (6)” ve “Refakatçi Masrafları (5)” olduğu görülmektedir.

Katılımcıların gördükleri tedavilerde sağlık güvencesinin kapsayıcılığına dair sorulara verilen cevaplara bakıldığında katılımcıların ağırlıklı olarak hastane harcamalarının “Büyük Kısmını (%70-80 ve üzeri) (10)” kapsadığını ifade ettikleri görülmektedir. İkinci sırada katılımcılar sağlık güvencelerinin hastane giderlerini kısmen karşıladığını (6) ifade ettikleri görülmektedir. Tam kapsadığını (2) ifade edenlerin sayısının ise oldukça düşük olduğu görülmektedir. Yaklaşık yarısını karşıladığını belirten ise bir kişi bulunmaktadır.

“Finansal Destek ve Başa Çıkma Yöntemleri (16)” alt kodunda katılımcıların ağırlıklı olarak yakın çevreden destek (7) aldıklarını ifade ettikleri görülmektedir: “Oğlum destek oldu, kredi haram kızım Allah bulaştırmasın. Borç da etmedik şükür gerek kalmadı.”, “Ailem destek oldu, borç almadım.”, “Eşim ailesinden destek aldı, krediye gerek kalmadı.”. Katılımcılar tedavi süreçlerinde hastane giderlerinde ikinci olarak kendi birikimlerini (5) kullandıklarını dile getirmişlerdir: “Küçük birikim vardı, onu kullanıyoruz.”, “Dükkanı kapattım, birikimle idare ettik.”, “Borç almadık, idare ettik.”. Bu süreçte kredi borç (4) alanların sayısının ise oldukça düşük olduğu dikkat çekmektedir.

Katılımcıların “İş Hayatı ve Kariyer Üzerindeki Etkiler (15)” alt koduna bakıldığında çoğu işlerinin geciktiği (7) kategorisine vurgu yaptıkları görülmektedir. Katılımcılar bu süreci şu sözlerle ifade etmişlerdir: “Dersler aksadı, öğrencilerimle bağım koptu.”, “İşler aksadı, müşteri kaybettim.”, “İkinci plana attım hepsini.”. Katılımcılar bu süreçte iş ve kariyer kaybı (3) da yaşadıklarına vurgu yapmışlardır: “İşim gitti, çalışamayınca iş sahibi de başka adam aldı.”, “İşten ayrıldım. Ruhsal durumum çalışmaya elverişli değil.”. Katılımcılardan beşi ise zaten mevcut bir

işte çalışmadıklarını emekli olduklarını belirtmişlerdir.

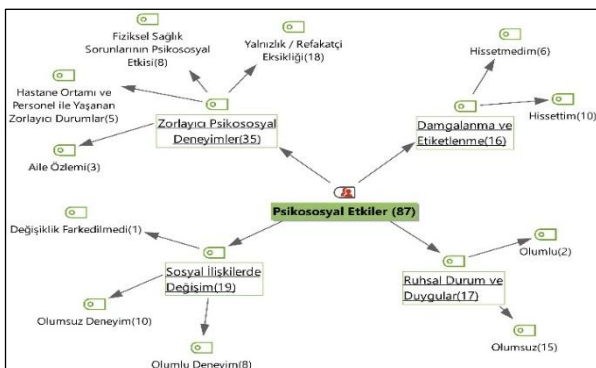
“Psikolojik Etkiler (87)” ana koduna ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli Şekil 3’te gösterilmiştir.

Şekil 3. Psikolojik Etkiler Ana Koduna Dair Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli

“Psikolojik Etkiler (87)” ana kodu altında 4 alt kategori 87 kez kodlanmıştır. Katılımcılar “Zorlayıcı Psikososyal Deneyimler (35)” alt kodunda en fazla vurguyu “Yalnızlık/Refakatçi Eksikliği (18)” kategorisine yapmışlardır. Katılımcılar: “Gece yalnız kalmak, korkuyorum bazen.”, “Gece ağrıyla uyanınca bazen yanında kimse olmayınca çok koyuyor insana.”, “Oldu tabii, özellikle bir seferinde bayrama denk geldi. Çok ağırına gitti.” gibi ifadelerle zorlayıcı deneyimlerini aktardıkları görülmektedir. İkinci sırada en fazla vurgunun “Fiziksel Sağlık Sorunlarının Psikososyal Etkisi (8)” kategorisine yapıldığı görülmektedir: “Saçlarım döküldüğünde çok zorlandım.”, “Hareket edememek, bağımlı hissetmek.”, “Kardeşim ağrıdan kıvrılırken elimden bir şey gelmemesi çok zorladı beni.”. Katılımcılar aynı zamanda “Hastane Ortamı ve Personel ile Yaşanan Zorlayıcı Durumlar (5)” kategorisine de vurgu yapmışlardır. Katılımcılar bu süreçteki zorluklarını şu sözlerle dile getirmişlerdir: “Ağır hasta olan biri ile aynı odayı paylaşmak beni çok yıpratmıştı.”, “Bir hemşireyle aramız bozuldu, şimdi detaya gerek yok ama aklıma saçma şeyler geldi mesela yanlış ilaç verilme korkusu. Sonra psikolojimin bozuk olduğu için olduğunu anladım haksızlık da etmiş olabilirim ama hasta olunca hele genç yaşta insan kendinde olmuyor.”, “Bir hemşirenin “yine mi geldin?” demesi. Çok kırıcıydı.”. En az vurgunun ise “Aile Özlemi (3)” kategorisine yapıldığı görülmektedir: “Torunlarımı eskisi kadar sık göremiyorum. Onun haricinde iyi her şey beni zorlamadı.”, “Bebeğimi yanımda tutamadığım zamanlar çok zor geçti.”, “Çocuklarımı özlemek.”.

“Sosyal İlişkilerde Değişim (19)” alt kodunda en fazla “Olumsuz Deneyimler (10)” kategorisine vurgu yapıldığı dikkat çekmektedir. Katılımcılar olumsuz deneyimlerini şu sözlerle dile getirmişlerdir: “Arkadaşlar arayıp sormaz oldu. Düşenin dostu olmazmış derler, doğruymuş. Allah kimseyi düşürmesin.”, “Sadece ziyaretime gelenlerle görüşebildim. Hep aynı şeyleri anlatmamak için telefon görüşmelerimi azalttım.”, “Aile uzakta, hastanede kimseyle kaynaşamadım.”. “Olumlu Deneyim (8)” kategorisinde ise katılımcılar, “Komşular arayıp sordu, moral verdiler.”, “Arkadaşlarım yalnız bırakmadılar hep destek oldular.”, “Güzel oldu, arkadaşlarım oldu epeyce tanıştık dost olduk.” ifadeleri ile bu sürecin kendileri için sosyal ilişkiler bağlamında olumlu yanlarını dile getirmişlerdir. Bir kişi ise sosyal ilişkilerde herhangi bir değişiklik olmadığını dile getirmiştir: “Çok fark etmedi. Büyük şehir kimse kimsenin umurunda değil.”.

“Ruhsal Durum ve Duygular (17)” alt kodunda katılımcılar ağırlıklı olarak “Olumsuz (15)” duygular yaşadıklarını belirtmişlerdir: “Zor bir süreç, depresyona girdim. Kabul

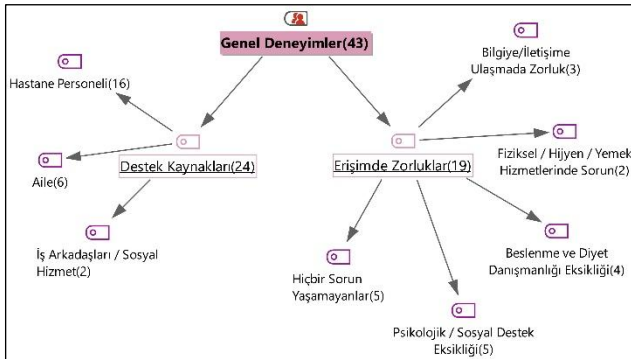


etmek zor. İsyanın eşiğinden dönüyorsunuz.”, “Olumsuz. Yarıya geriden devam ediyorsunuz ve hep geriden yetişmeye çalışacaksınız gibi. Ama yetişemeyeceğinizi biliyorsunuz.”, “Moralim bozuluyor, sürekli hastanedeyim diye.”. “Olumlu (2)” duygular yaşayan katılımcılar ise; “Evde daha çok sıkılıyordum. Burada yol arkadaşları var hemşireler doktorlar var. Bizimle çok ilgileniyorlar. Hastalar var. Onlarla iyi oluyor.”, “İnişli çıkışlı. Hastanede biraz düzene girdi ama dışarı çıkınca zor.” ifadelerini kullanmışlardır.

Uzun süre yatış gösteren hastaların çevresi tarafından damgalandıklarını veya etiketlendiklerini hissetme durumları “Damgalanma ve Etiketlenme (16)” alt koduyla gruplandırılmıştır. Bu kod altında katılımcılar ağırlıklı olarak böyle bir durumu hissettiklerini belirtmişlerdir: “Bilmiyorum ki. İlk günlerde gelenler “Yine hastanede mi?” diyenler oluyordu. Çok da umursamıyorum canımın acısından.”, ““Kanserli” gibi bakışlar oldu. Bazın acıma ile baktıklarını hissediyorum. Ama herkesin başına gelebilecek bir şey. Kabullendim.”, “Hastane kuşu oldun” diyenler oluyor.”.

“Genel Deneyimler (43)” ana koduna ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli Şekil 4’te gösterilmiştir.

Şekil 4. Genel Deneyimler Ana Koduna Dair Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli



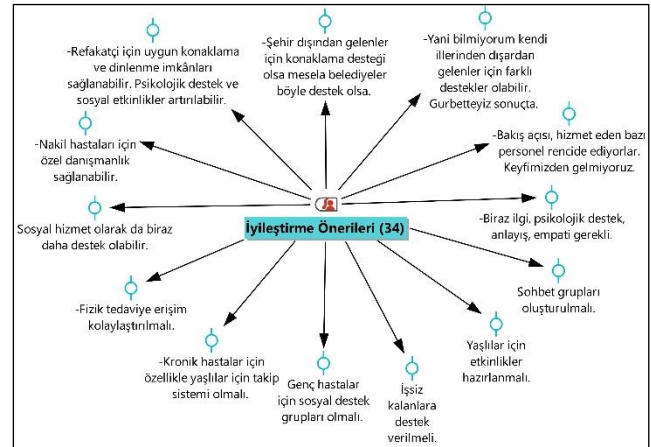
“Genel Deneyimler (43)” ana kodu altında 2 alt kategori 43 kez kodlanmıştır. Destek kaynakları (24) alt kodunda en fazla vurgunun “Hastane Personeli (16)” kategorisine yapıldığı görülmektedir. Katılımcılar, “Hastane çalışanları çok ilgililer hepsi sağ olsunlar. Evimden daha rahat ettiriyorlar.”, “Psikolog ve bir hemşire çok yardımcı oldu.”, “Fizik tedavi hemşiresi çok ilgiliydi. Doktorlar da çok iyiydi. Temizlikçiler hele kahraman gibi. Evimden daha temiz.” ifadeleri ile destek kaynaklarını dile getirmişlerdir. İkinci sırada en fazla vurgunun “Aile (6)”, son olarak ise “İş Arkadaşları/Sosyal Hizmet (2)” kategorisine vurgu yaptıkları görülmektedir.

Katılımcılar “Erişimde Zorluklar (19)” alt kodunda en fazla vurguyu “Psikolojik/Sosyal Destek Eksikliği (5)” kategorisine yaptıkları görülmektedir. Katılımcılar: “Psikolojim bozuldu. Psikolojik destek hiç verilmedi. Zor günlerdi, gözlerim doldu bak.”, “Psikolojik olabilir. Sonuçta çalışıyorsun ve bir kaza sonrası hayatın değişiyor.

Sudan çıkmış balık gibi oldum. Ne yapacağım ne edeceğim bir yol gösteren olsa moral vs. Ama Allah’a tevekkül ediyoruz artık, zorlanıyorum şimdi de ama o günler gibi değil, hayatımın cehennemiydi o günler.”, “Beni dinleyecek ilgilenecek anlayacak birileri olsa fena olmazdı yani.”. “Beslenme ve Diyet Danışmanlığı Eksikliği (4)” kategorisine vurgu yapanlar ise erişimde yaşadıkları zorlukları şu sözlerle dile getirmişlerdir: “Beslenme danışmanlığına ulaşamadım.”, “Diyetisyen desteği yetersizdi.”. Katılımcılar diğer yandan “Bilgiye/İletişime Ulaşmada Zorluk (3)” yaşadıklarını da ifade etmişlerdir: “Bazen anlamıyordum teknik terimleri tıbbi terimleri.”, “bilgi alma çok zor.”. Katılımcılar “Fiziksel / Hijyen / Yemek Hizmetlerinde Sorun (2)” kategorisinde de zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir. “Hiçbir zorluk yaşamayanlar (5)” kategorisine de vurgu yapanların sayısının yüksek olduğu görülmektedir.

“İyileştirme Önerileri (34)” ana koduna ait Tek Vaka Modeli Şekil 5’te gösterilmiştir.

Şekil 5. İyileştirme Önerileri Ana Koduna Dair Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli



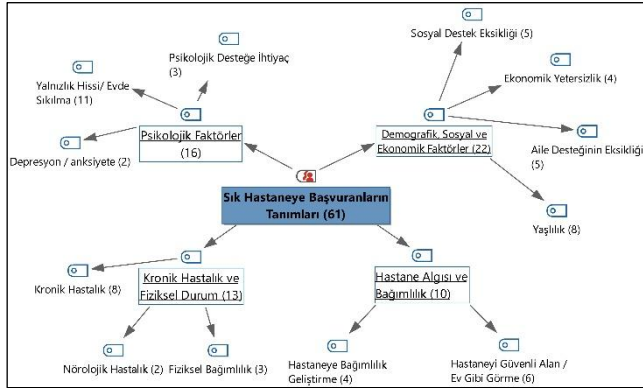
Hastanede uzun süreli yatış gösteren hastaların iyileştirme önerilerine dair yorumlarına bakıldığında, “İşsiz kalanlara destek verilmeli.”, “Genç hastalar için sosyal destek grupları olmalı.”, “Kronik hastalar için özellikle yaşlılar için takip sistemi olmalı.”, “Keşke hastanede biraz daha sohbet edebileceğimiz etkinlikler olsa. İnsan konuşmaya hasret kalıyor.” gibi önerilerde bulunmuşlardır. Bu öneriler doğrultusunda çeşitli iyileştirme çalışmalarının hayata geçirilmesi gerek sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasında gerekse hasta memnuniyetinin yükselmesinde faydalar sağlayacağı düşünülmektedir.

3.2. Sağlık Personeli ile Yapılan Mülakatlara Dair Bulgular

Sağlık çalışanlarının uzun süreli yatış gösteren hastalara yönelik görüşlerinin ele alındığı bu bölümde toplamda 20 sağlık çalışanı ile görüşülmüştür. Elde edilen verilerin içerik analizleri sonucunda 7 ana kod ve 20 alt kod altında kodlamalar gerçekleştirilmiştir. Toplamda 230 kodlama yapılmıştır. “Sık Hastaneye Başvuranların Tanımları (75)”

ana koduna ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli Şekil 6'da gösterilmiştir.

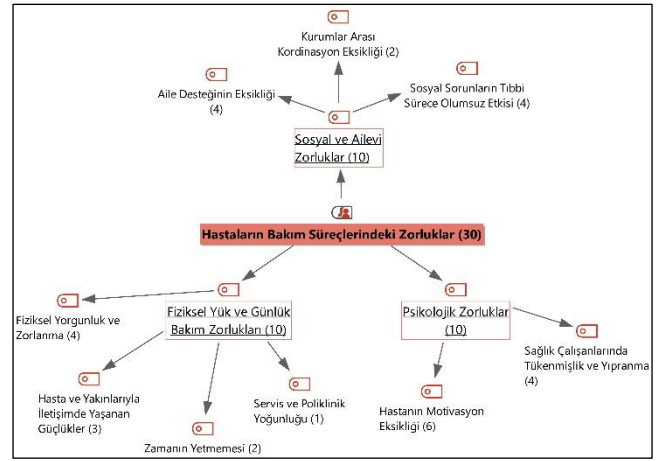
Şekil 6. Sık Hastaneye Başvuranların Tanımları Ana Koduna Dair Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli



Sağlık çalışanların hastanelerde uzun süre yatış gösteren hastaları nasıl tanımladıklarına dair cevapları 4 alt kodda kodlanmıştır. Sağlık çalışanlarının en fazla vurguyu “Demografik, Sosyal ve Ekonomik Faktörler (22)” alt koduna yaptıkları görülmektedir. Bu alt kod altında en çok vurgunun “Yaşlılık (8)” kategorisine yapıldığı dikkat çekmektedir. “Sosyal Destek Eksikliği (5)” ve “Aile Desteğinin Eksikliği (5)” kategorilerine ikinci sırada vurgu yapıldığı görülmektedir. En az vurgu ise “Ekonomik Yetersizlik (4)” kategorisine yapılmıştır. Sağlık çalışanları tanımlamalarında ikinci olarak “Psikolojik Faktörler (16)” alt koduna vurgu yapıldığı görülmektedir. Bu kod altında en fazla vurgunun ise “Yalnızlık Hissi/Evde Sıkılma (11)” kategorisine yapıldığı görülmektedir. Sağlık çalışanları tanımlamalarında üçüncü olarak “Kronik Hastalık ve Fiziksel Durum (13)” alt koduna vurgu yapmışlardır. Bu alt kod altında ise sağlık çalışanlarının ağırlıklı olarak “Kronik Hastalık (8)” kategorisine vurgu yaptıkları görülmektedir. Sağlık çalışanları tanımlamalarında son olarak “Hastane Algısı ve Bağımlılık (10)” alt koduna vurgu yapmışlardır. Bu alt kodda ise sağlık çalışanları “Hastaneyi Güvenli Alan/Ev Gibi Görme (6)” kategorisine en fazla vurguyu yapmışlardır. Sağlık çalışanlarının uzun süre yatış gösteren hastalara dair yaptıkları tanımların birkaç örneği ise şu şekildedir: “Genelde kronik hastalığı olan, sosyal desteği zayıf ya da evde bakımı mümkün olmayan hastalar oluyor. Biz kendi aramızda “tüketenler” diyoruz ama tabii bu biraz espriyle karışık.”, “Genelde hareket kabiliyeti kısıtlı, yaşlı ya da nörolojik hastalığı olan kişiler oluyor. Fiziksel olarak bağımlı ve desteğe muhtaçlar.”, “Çoğu zaman yaşlı, yalnız ve bakıma muhtaç insanlar. Bazıları hastaneyi ev gibi görüyor çünkü dışarıda kimse yok.”.

“Hastaların Bakım Süreçlerindeki Zorluklar (30)” ana koduna ait Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli Şekil 7’de gösterilmiştir.

Şekil 7. Hastaların Bakım Süreçlerindeki Zorluklar Ana Koduna Dair Hiyerarşik Kod-Alt Kod Modeli



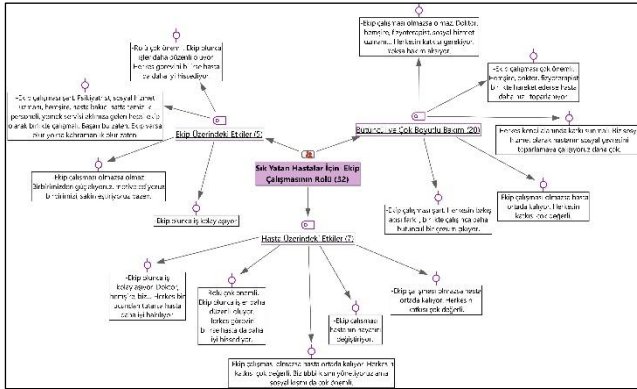
Sağlık çalışanların hastanelerde uzun süre yatış gösteren hastaların bakım süreçlerinde karşılaştıkları zorluklara dair cevapları 3 alt kodda kodlanmıştır. “Sosyal ve Ailevi Zorluklar (10)” alt kodunda en fazla vurgunun “Aile Desteğinin Eksikliği (4)” ve “Sosyal Sorunların Tıbbi Sürece Olumsuz Etkileri (4)” alt kategorilerine yaptıkları görülmektedir. En az vurgu ise “Kurumlar Arası Koordinasyon Eksikliği (2)” kategorisine yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının hastaların bakım süreçlerinde karşılaştıkları “Psikolojik Zorluklar (10)” alt kodunda en fazla “Hastanın Motivasyon Eksikliği (6)” kategorisine vurgu yapmışlardır. “Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve Yıpranma (4)” kategorisine de vurgu yapılmıştır. “Fiziksel Yük ve Günlük Bakım Zorlukları (10)” alt kodunda sağlık çalışanları en fazla “Fiziksel Yorgunluk ve Zorlanma (4)” konusunda zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Diğer en fazla zorluğu ise “Hasta Yakınlarıyla İletişimde Yaşanan Güçlükler (3)” konusunda yaşamışlardır. En az yaşanan zorluk ise “Servis ve Poliklinik Yoğunluğu (1)” kategorisine yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının uzun süre yatış gösteren hastaların bakımlarını gerçekleştirdikleri süreçte karşılaştıkları zorluklara dair verilen cevapları ise şöyledir: “En zor, hastanın psikolojisiyle baş etmek. Uzun süre yatınca moral bozuluyor, agresifleşebiliyor. Bir de sürekli aynı hastaya bakım verince tükenmişlik hissi geliyor.”, “Aileyle iletişim kurmak zor oluyor. Bazı aileler tamamen ilgisiz. Bir de kurumlar arası koordinasyon eksikliği var.”, “Tedaviye uyum düşük oluyor. Bir de hastanın sosyal sorunları tıbbi süreci etkiliyor. İlaçlarını alamıyor, kontrole gelemiyor.”.

“Uzun Süreli Yatışların Sağlık Hizmet Sunumuna Etkileri (28)” ana koduna ait Kod-Alt Kod Bölümler Modeli Şekil 8’de gösterilmiştir.

kuruyorsun ama zamanla tükenmişlik hissi geliyor. Özellikle hasta seni suçlamaya başlarsa, empati zorlaşıyor.”.

“Sık Yatan Hastalar İçin Ekip Çalışmasının Rolü (32)” ana koduna ait Kod-Alt Kod Bölümler Modeli Şekil 11’de gösterilmiştir.

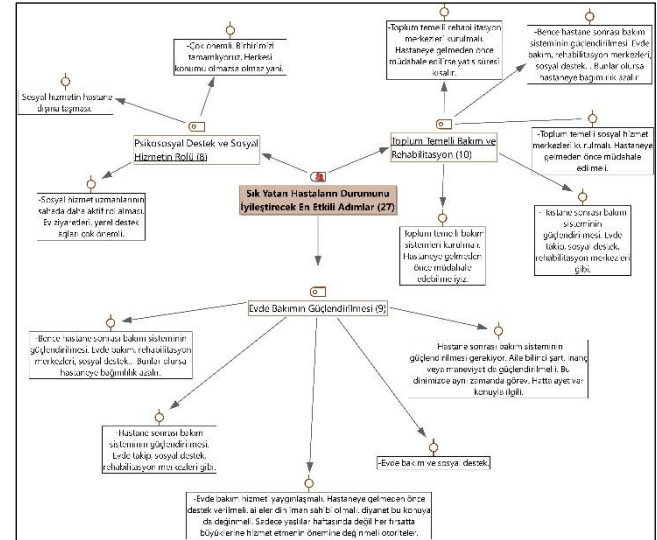
Şekil 11. Sık Yatan Hastalar İçin Ekip Çalışmasının Rolü Ana Koduna Dair Kod-Alt Kod Bölümler Modeli



“Sık Yatan Hastalar İçin Ekip Çalışmasının Rolü (32)” ana kodu altında sağlık çalışanlarının en fazla vurguyu “Bütüncül ve Çok Boyutlu Bakım (20)” alt koduna yaptıkları görülmektedir. Bu kod altında katılımcılar; “Ekip çalışması şart. Herkesin bakış açısı farklı, birlikte çalışınca daha bütüncül bir çözüm çıkıyor.”, “Ekip çalışması olmazsa hasta ortada kalıyor. Herkesin katkısı çok değerli.”, “Ekip çalışması olmazsa olmaz. Doktor, hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı... Herkesin katkısı gerekiyor. Yoksa bakım aksıyor.” ifadeleri ile ekip çalışmasının önemini dile getirmişlerdir. İkinci en fazla vurgu ise “Hasta Üzerindeki Etkiler (7)” alt koduna yapılmıştır. Bu kod altında ekip çalışmasının hastaların toparlanmasında daha etkili olduğu dile getirilmiştir: “Rolü çok önemli. Ekip olunca işler daha düzenli oluyor. Herkes görevini bilirse hasta da daha iyi hissediyor.”, “Ekip çalışması hastanın hayatını değiştiriyor.”, “Ekip çalışması olmazsa hasta ortada kalıyor. Herkesin katkısı çok değerli.”. En az vurgunun ise “Ekip Üzerindeki Etkiler (5)” alt koduna yapıldığı görülmektedir: “Ekip çalışması olmazsa olmaz. Birbirimizden güç alıyoruz, motive ediyoruz birbirimizi, sakinleştiriyoruz bazen.”, “Çok önemli. Birbirimizi tamamlıyoruz. Herkesin konumu olmazsa olmaz yani.”.

“Sık Yatan Hastaların Durumunu İyileştirecek En Etkili Adımlar (27)” ana koduna ait Kod-Alt Kod Bölümler Modeli Şekil 12’de gösterilmiştir.

Şekil 12. Sık Yatan Hastaların Durumunu İyileştirecek En Etkili Adımlar Ana Koduna Dair Kod-Alt Kod Bölümler Modeli



“Sık Yatan Hastaların Durumunu İyileştirecek En Etkili Adımlar (27)” ana kodunda sağlık çalışanları en fazla “Toplum Temelli Bakım ve Rehabilitasyon (10)” alt koduna vurgu yapmışlardır. Bu kod altında katılımcılar en etkili adımları şu sözlerle ifade etmişlerdir: “Toplum temelli bakım sistemleri kurulmalı. Hastaneye gelmeden önce müdahale edebilmeliyiz.”, “Hastane sonrası bakım sisteminin güçlendirilmesi. Evde takip, sosyal destek, rehabilitasyon merkezleri gibi.”, “Bence hastane sonrası bakım sisteminin güçlendirilmesi. Evde bakım, rehabilitasyon merkezleri, sosyal destek... Bunlar olursa hastaneye bağımlılık azalır.”. Sağlık çalışanları ikinci olarak en fazla vurguyu “Evde Bakımın Güçlendirilmesi (9)” alt koduna yapmışlardır. Sağlık çalışanları en etkili adımların evde bakım sistemlerinin güçlendirilmesi olduğunu dile getirmişlerdir: “Evde bakım hizmeti yaygınlaşmalı. Hastaneye gelmeden önce destek verilmeli....”, “Hastane sonrası bakım sisteminin güçlendirilmesi gerekiyor. Aile bilinci şart. İnanç veya maneviyat da güçlendirilmeli. Bu dinimizde aynı zamanda görev. Hatta ayet var konuyla ilgili.”. En az vurgu ise “Psikososyal Destek ve Sosyal Hizmetin Rolü (8)” alt koduna yapılmıştır: “Sosyal hizmet uzmanlarının sahada daha aktif rol alması. Ev ziyaretleri, yerel destek ağları çok önemli.”, “Hastayı sadece tıbbi değil, bütüncül olarak ele almalıyız. Bir de hastanede sosyal hizmet ve bakım ağırlıklı bir yapı yerine sosyal hizmet kurumunda tıbbi destek olacak şekilde bir yapı kurgulanmalı.”.

5. Sonuç ve Öneriler

Çeşitli sağlık nedenleri ile hastanelerde uzun süre yatan hastalar veya hasta yakınlarının psikososyal ve ekonomik durumları üzerindeki etkilerinin ve sağlık çalışanlarının bu durum üzerindeki algılarının değerlendirilmesinin amaçlandığı bu çalışmada ilk olarak hasta veya hasta yakınları ile görüşülmüştür. Sonuç olarak “Hastane

Deneyimi ve Sağlık Hizmetine Erişim” ana kodunda hastalar ağırlıklı olarak kronik rahatsızlıklarından ve tedavi-takip süreçleri nedeni ile hastaneye başvuruda bulunduklarını ifade etmişlerdir. Akut nedenlerle ve psikososyal nedenlerle de hastaneye başvurularının olduğu görülmektedir. Katılımcılar ağırlıklı olarak 30 gün ve daha az sürelerle hastanede kaldıklarını belirtmişler fakat bu sürecin 15 günün altına düşmediği görülmüştür. Diğer en fazla yatış süresinin ise 45 günden fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Katılımcıların hastalık süreçlerinde evde bakım olanakları değerlendirildiğinde ağırlıklı kesimin aile desteği ile evde bakımın mümkün olduğunu belirttikleri gözlemlenmiştir. İkinci en fazla vurgunun ise evde bakımın mümkün olmadığı yönünde olmuştur. Katılımcıların hastaneye başvuru süreçlerinde en fazla bekleme sürelerinden ve yoğunluktan şikâyet ettikleri daha sonra ise fiziksel koşullar ve refakatçi sorunları yaşadıkları görülmüştür. Aynı zamanda randevu ve idari süreçler, sağlık personeli ile iletişimde zorluklar, ilaç ve tedaviye erişim, sosyal ve kültürel faktörlerle ilgili sıkıntılar yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Hastalar aynı zamanda hastane dışı harcamalarında en fazla ulaşım-yemek ve konaklama giderlerine para harcadıklarını belirtirken ilaç ve özel ürünler ile medical ekipmanlar ve refakatçi masrafları gibi giderlerinin de olduklarını ifade etmişlerdir. Çoğu katılımcı sahip oldukları sağlık güvencelerinin tedavi masraflarının büyük kısmını karşıladığını belirtirken, büyük bir kısmı finansal destek olarak yakın çevrelerinden destek aldıklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda ikinci olarak kendi birikimlerini kullandıklarını çok az kesimin kredi/borç aldıkları belirlenmiştir. Diğer yandan çoğu hasta hastanede yattıkları süre boyunca işlerinin geciktiğini belirtirken iş ve kariyer kaybı yaşayanların da olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılar bu süreç boyunca psikolojik zorluklarda yaşadıklarını en fazla zorluğu ise yalnızlık ve refakatçi eksikliği konusunda yaşadıklarını belirtmişlerdir. Sosyal ilişkilerde de olumsuz deneyim yaşayanların yanı sıra olumlu deneyim yaşayanların da olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük bir kısmı psikolojik olarak olumsuz duyguları daha ağır hissetmişler ve çeşitli şekillerde damgalandıklarını veya etiketlendiklerini hissettiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcılar hastanede kaldıkları süre boyunca en fazla hastane personeli tarafından destek gördükleri, aile desteğinin ise ikinci sırada yer aldığı görülmektedir. Katılımcılar hastanede yatış gösterdikleri süre boyunca bazı hizmetlerde erişimde zorluk yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Bu zorluklardan ilki psikolojik/sosyal destek eksikliğidir. Daha sonra sırası ile beslenme ve diyet danışmanlığı eksikliği, “bilgiye/iletişime ulaşmada zorluk, fiziksel/hijyen/yemek hizmetlerinde sorun kategorileri gelmektedir. Ayrıca herhangi bir sorun yaşamadıklarını belirtenler de mevcuttur. Son olarak katılımcılar iyileştirme önerilerinde bulunmuşlardır.

Sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleştirilen mülakatlarda ise 7 tema belirlenmiştir. Sağlık çalışanları uzun süreli yatış gösteren hastaları genellikle kronik rahatsızlıkları

bulunan, yaşlı, fiziksel ve ekonomik yetersizliğe sahip bireyler olarak tanımladıkları görülmektedir. Sağlık çalışanları bu hastaların bakım süreçlerinde en çok hastaların motivasyon eksikliği yaşamaları, aile desteğinin eksikliği, fiziksel yorgunluk ve zorlanma gibi konularda zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarının uzun süreli yatışların sağlık hizmet sunumuna kapasite ve yer sıkıntısı, kaynak ve süreç yönetimi sorunları, sağlık personeli üzerinde olumsuz etkileri, hastanenin işlevinin değişmesi gibi konularda olumsuz etkiler yarattığına dair vurgular yaptıkları görülmektedir. Sağlık çalışanları bu hastaların hastane dışında desteklenebilmeleri için kurumsal ve toplumsal destek ve koordinasyon, evde bakım, aile ve tıbbi destek, psikososyal destek sistemlerinin geliştirilmesine yönelik önlemler alınması gerektiğine vurgu yapmışlardır. Ayrıca sağlık çalışanları kurdukları empati üzerinde hasta davranışlarının olumsuz etkilerini de dile getirmişlerdir. Sık ve uzun süreli yatış gösteren hastalar için ekip çalışmasının olmazsa olmaz olduğunu, birimler arasında bütüncül ve çok boyutlu bakımın desteklenmesi gerektiği, hasta ve ekip üzerindeki olumlu sonuçlarını da aktardıkları görülmektedir. Sık yatan hastaların durumunu iyileştirecek en etkili adımların toplum temelli bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi, evde bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi, psikososyal desteğin ve sosyal hizmetlerin rolünün önemli olduğu vurgulanmıştır.

Elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

- Uzun süreli yatış gösteren hastaların ağırlıklı olarak psikososyal destek eksikliği konusunda sıkıntılar yaşadığı gözlemlenmiştir. Bu doğrultuda psikolog, psikiyatrist ve psikososyal destek ekiplerinin hastalar için erişimlerinin kolaylaştırılması, her yatış biriminde en az bir danışmanın bulunması gerekmektedir. Verilecek bu destek ile hastaların iyileşme süreçlerine katkı sağlanabilir.
- Genç, yaşlı, anne vb. gruplar için sosyal destek ekipleri oluşturulmalıdır. Örneğin, etkinliklerin düzenlenmesi, çay saatlerinin yapılması, yaş gruplarına uygun sohbet gruplarının oluşturulması birkaç öneri arasındadır.
- Hasta kadar hasta refakatçileri de bu süreçten olumsuz etkilenen grup arasındadır. Bu nedenle refakatçilerin de psikolojik, sosyal ve fiziksel sağlıklarının iyilik hali düşünülmelidir. Bu kapsamda konaklama, dinlenme, danışmanlık ve bilgilendirme hizmetlerinin sunulması (şehir dışından gelen hasta/ refakatçi için) önerilmektedir.
- Hasta katılımcıların diyetisyenlik ve beslenme danışmanlığı hizmetlerine erişimde zorluklar yaşadıkları bu hizmetlere erişemediklerini belirttikleri görülmektedir. Bu nedenle bu ekşiğin

kapatılması için daha fazla diyetisyen istihdamının sağlanması ve her birim için en az bir diyetisyenin görevde bulundurulması önerilmektedir.

- Hasta ve yakınlarına tedavi süreçleri ile ilgili bilgilendirmeler düzenli olarak yapılmalıdır. Hasta ile iletişim konusunda sağlık çalışanlarına yönelik empati ve hasta odaklı eğitimler düzenli aralıklarla verilmelidir.
- Hastane hizmetlerine yönelik yemek başta olmak üzere temizlik hizmetlerinin iyileştirilmesi gerekmektedir. Daha fazla sağlık personeli desteği sağlanmalıdır.
- Sosyal hizmet uzmanlarının rolü iş ve kariyer kaybı yaşayan hastaların moral ve motivasyonlarının desteklenmesi, sosyal hayata adapte olmaları konusunda güçlendirilmesi gerekmektedir.
- Hastane sonrası süreçte hastalara yönelik evde bakım hizmetleri güçlendirilmeli toplum temelli rehabilitasyon merkezleri kurulmalı ve her hasta için erişilebilir olmalıdır.
- Ekip çalışmasının hasta ve sağlık personeli için olumlu etkiler oluşturduğu bulgulanmıştır. Bu kapsamda farklı birimlerden sağlık personelinin iş birliği içinde çalışması, düzenli ekip toplantıları yapması, hastanın sosyal ve psikolojik sağlıkları da dikkate alınarak düzenli takiplerinin yapılması önerilmektedir.
- Hastalara ve sağlık çalışanlarına yönelik psikolojik danışmanlık hizmetleri verilmelidir.
- Aileler bakım konusunda bilgilendirilmeli ve eğitilmeli, hasta bakım süreçlerine dahil edilmelidir. Bu doğrultuda evde bakım ücretleri arttırılabilir ve teşvik edecek yeni düzenlemeler eklenebilir (sosyal sağlık sigortası, indirimler vb.).
- Sağlık çalışanlarındaki tükenmişlik hissini azaltmak için dinlenme zamanları ve alanları planlanmalı, kendilerini iyi hissedecek rekreasyonel etkinlikler düzenlenmeli, iş yükünün hafifletilmesi için personel desteğinin sağlanması önerilmektedir.

Kaynakça

- Akman Dömbekci, H. & Erişen, M.A. (2022). Nitel araştırmalarda görüşme tekniği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 22(Özel Sayı 2), 141-160.
- Alzahrani, N. (2021). The effect of hospitalization on patients' emotional and psychological well-being among adult patients: An integrative review. *Appl Nurs Res.*, 61:151488. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151488>.
- Aydan, S. & Arıkan, C. (2021). OECD ülkelerinde hastane yatış süresini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(1), 127-138.
- Aydan, S., & Arıkan, C. (2021). OECD ülkelerinde hastane yatış süresini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(1), 127-138.
- Baltacı, A. (2017). Nitel veri analizinde Miles-Huberman Modeli. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 1-14.
- Baran, O., Şahin, A., Gültekin, A., & Arar, C. (2023). Yoğun bakım ünitesinde uzamış yatış: altı yılın retrospektif analizi. *Namik Kemal Med J*, 11(2), 87-93. <https://doi.org/10.4274/nkmj.galenos.2023.87004>.
- Baykal, D., & Tütüncü, S. K. (2017). Yoğun bakımdaki sağlık çalışanlarının hasta yakınlarıyla olan iletişiminin araştırılması. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (1), 33-47.
- Çakır, E., Kocabeyoğlu, G.M., Gürbüz, Ö., Özen, S. B., Mutlu, N. M., & Turan, İ. Ö. (2020). Yoğun bakım ünitesinde mortalite sıklığı ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 53(1), 20-24.
- Doctoroff, L., & Herzig, S.J. (2020). Predicting patients at risk for prolonged hospital stays. *Med Care*, 58(9), 778-784. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001345>.
- Doctoroff, L., & Herzig, S.J.(2020). Predicting patients at risk for prolonged hospital stays. *Med Care*, 58(9), 778-784. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001345>.
- Geniş, B., Coşar, B., & Arıkan, Z. (2020). Alkol bağımlılığı olan erişkin hastalarda hastanede kalış süresini etkileyen faktörler. *Bağımlılık Dergisi*, 21(1), 24-33.
- Gokhale, S., Taylor, D., Gill, J., Hu, Y., Zeps, N., Lequertier, V., Prado, L., Teede, H. & Enticott, J. (2023), Hospital length of stay prediction tools for all hospital admissions and general medicine populations: Systematic review and metaanalysis. *Frontiers in Medicine*, 10:11922969. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.11922969>
- Harris, L.J., Graetz, I., Podila, P.S., Wan, J., Waters, T.M., & Bailey, J.E. (2016). Characteristics of hospital and emergency care super-utilizers with multiple chronic conditions. *J Emerg Med.*, 50(4), e203-14. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.09.002>.
- Hodkinson, I., & Hodkinson, H.M. (1981). The long-stay patient. *Gerontology*, 27(3), 167-72. <https://doi.org/10.1159/000212467>.
- Kılıç, F. Z., Çoban, Y., Davutoğlu, M., & Dalkıran, T.

- (2016). Çocuk yoğun bakım ünitesinde izlenen hastaların geriye dönük analizi ve mortaliteyi etkileyen faktörlerin incelenmesi. *J Pediatr Emerg Intensive Care Med*, 3,140-145.
- Kıray, G., Inal, M.T., Memiş, D., & Turan F.N. (2020). Uzamış yoğun bakım yatışı üzerine etkili olan faktörlerin araştırılması. *Türk J Intensive Care*, 18, 84-90. <https://doi.org/10.4274/tybd.galenos.2019.86619>
- Kırkıl, G., Deveci, F., Turgut, T., Muz, M. H., & Türkoğlu, S. (2013). KOAH'lı olguların hastanede yatış süresini etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(3), 171-175.
- Naldan, M. E., Kara, D., Soyalt, C., & Gürol, A. (2018). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan sağlık personelinin yaşlılığa ilişkin ayrımcı tutumlarının değerlendirilmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(1), 8-16.
- Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., & Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *International journal of nursing studies*, 80, 106-117.
- Nurseline (t.y.). Health risks associated with prolonged hospital stays.<https://nurselinecs.co.uk/blog/health-risks-associated-with-prolonged-hospital-stays/#:~:text=Social%20and%20Emotional%20Challenges,feelings%20of%20loneliness%20and%20alienation> adresinden 15 Eylül 2025 tarihinde alındı.
- Özata, M., & Özer, K. (2017). Sağlık çalışanlarının hasta mahremiyeti konusundaki tutumlarının incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(1), 81-92.
- Özay, H. Y., Bombacı, E., Çobanoğlu Ercan, G., & Çolakoğlu, S. (2012). Yoğun bakım ünitesine tekrar yatış yapılan olguların geriye dönük analizi; nedenleri, sonuçları ve mortaliteyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Türk Yoğun Bakım Dergisi*, 8(3), 91-96. <https://doi.org/10.4274/Tybdd.30074>
- Palmer, P.K., Wehrmeyer, K., Florian, M.P., Raison, C., Idler, E., & Mascaro, J.S. (2021). The prevalence, grouping, and distribution of stressors and their association with anxiety among hospitalized patients. *PLoS One*, 6;16(12):e0260921. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260921>.
- Stone, K., Zwiggelaar, R., Jones, P., & Mac Parthalain, N. (2022). A systematic review of the prediction of hospital length of stay: Towards a unified framework. *PLOS Digit Health* 1(4): e0000017. <https://doi.org/10.1371/journal.pdig.0000017>
- Toh, H.J., Lim, Z.Y., Yap, P., & Tang, T. (2017). Factors associated with prolonged length of stay in older patients. *Singapore Med J*, 58(3):134-138. <https://doi.org/10.11622/smedj.2016158>.
- Torrini, I., Lucifora, C., & Russo, A. (2022). The long-term effects of hospitalization on health care expenditures: An empirical analysis for the young-old population, Working Paper, No. 117, Università Cattolica del Sacro Cuore, Dipartimento di Economia e Finanza (DISCE), Milano. <https://www.econstor.eu/handle/10419/298284>
- TÜİK (2024). Sağlık harcamaları istatistikleri, 2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2023-53561> adresinden 10 Eylül 2025 tarihinde alındı.
- Welzel, F.D., Stein, J., Hajek, A., König, H.H., & Riedel-Heller, S. G. (2017). Frequent attenders in late life in primary care: a systematic review of European studies. *BMC Fam Pract*, 18(104), 1-14. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0700-7>.
- Yıldız, S. (2017). Sosyal bilimlerde örnekleme sorunu: Nicel ve nitel paradigmalardan örnekleme kuramına bütüncül bir bakış. *Kesit Akademi Dergisi*, (11), 421-442.

Extended Summary

Purpose

This study aims to understand the impact of long-term hospitalizations on the psychosocial and economic well-being of patients and their families, who require long-term hospitalization for various reasons and are informally referred to as "hospital whales" among healthcare professionals, using a qualitative approach. It is also aimed to understand healthcare professionals' perceptions of this situation. The findings of this study are expected to contribute to the field of healthcare management by developing health policies such as improving home healthcare services, enhancing social support mechanisms, and optimizing hospital stays.

Literature Review

Hospital length of stay is defined as the time between a patient's admission to the hospital and their discharge (Aydın and Arıkan, 2021). Long-term patients are those who stay in hospitals for more than 6 months (Hodkinson and Hodkinson, 1981). Doctoroff and Herzig (2020) defined long-term hospital stays as those lasting 21 days or longer. These patients typically have multiple chronic conditions, lack a primary care provider, and experience physiological health problems such as advanced age, infection, weight loss, electrolyte disturbances, coagulation disorders, and stroke (Harris et al., 2016; Welzel et al., 2017; Doctoroff and Herzig, 2020). The frequent hospital visits of these individuals can negatively impact healthcare services and their sustainability at both the individual and public levels. Inpatient treatment and length of stay are among the important determinants of healthcare costs related to medical services provided in hospitals (Aydın and Arıkan, 2021, Torrini et al., 2022). According to 2023 data, healthcare expenditures in Turkey constituted 4.7% of gross domestic product (GDP), while 52.5% of total healthcare expenditures were spent in hospitals. Per capita healthcare expenditures were found to be \$621 (TUIK, 2024).

In addition to the medical costs of long-term hospitalizations, they also have negative impacts on the psychological health, social, and economic lives of patients. (Palmer et al., 2021; Nurseline, n.d.; Alzahrani, 2021). According to the TUIK 2023 healthcare expenditures report, households in Turkey spent 4.7% of their expenditures on treatment, medication, etc. It has been found that the ratio of out-of-pocket health expenditures to total health expenditures is 17.8% (TUIK, 2024).

Methodology

This research was designed using the interview technique, a qualitative research design. Interviews are a preferred method in qualitative research, and the purpose of this method is to engage in conversation within the context of data collection. In this study, data was collected using

structured interview forms.

The study population consisted of patients hospitalized for at least 30 days, their primary caregivers, and healthcare professionals. The study sample consisted of patients, their relatives, and healthcare professionals hospitalized in public and private hospitals in Istanbul for 30 days. Maximum variation sampling, a purposive sampling method, was used in the study. The sample size of this study was determined as 18 people for patients and 20 people for employees, as a result of data duplication.

Findings

In the main code "Hospital Experience and Access to Healthcare," patients stated that they primarily sought hospital care due to chronic illnesses and treatment and follow-up procedures. Participants reported hospital stays of 30 days or less, but this period did not fall below 15 days. While a significant portion stated that home care was possible with family support, their primary complaints were the waiting times and congestion during the hospital admission process. Among out-of-hospital expenses, transportation, food, and accommodation were the largest expenses. Most participants stated that their health insurance covered a large portion of their treatment expenses. They also reported experiencing psychological difficulties throughout this process, with loneliness and a lack of companionship being the most significant challenges.

Healthcare professionals generally describe patients undergoing long-term hospitalizations as individuals with chronic illnesses, the elderly, and those with physical and financial disabilities. Healthcare professionals emphasized that these patients often experience a lack of motivation during their care process, and that services such as institutional and social support and coordination, as well as home care, should be provided to support them outside the hospital. It was emphasized that patient behaviors have a negative impact on the empathy that healthcare professionals develop, and that teamwork is essential. The most effective steps to improve the situation of frequently hospitalized patients are the development of community-based care and rehabilitation services, strengthening home care services, and the role of psychosocial support and social services.